

Mujer de 42 años con derrame pericárdico – 2012

Dr. Jesús Díaz

Buenas noches Dr Edgardo, de nuevo saludándole, así como a los médicos del foro, para presentarles un caso interesante desde el punto de vista de Urgencias,

Se trata de femenina de 42 años de edad, sin antecedentes personales patológicos. solo hace tres meses un cuadro gripal, con tos persistente, seca, la cual presenta hasta el día de hoy. desde hace un mes presenta blefaroedema bilateral. desde hace 10 días disnea de medianos esfuerzos, la cual progresa hasta la ortopnea. llega a urgencias despierta, tranquila, con faringe no hiperémica, ingurgitación yugular grado III/III, campos pulmonares bien aereados, sin exudativos ni silbantes, el área cardíaca rítmica de baja intensidad, sin soplos ni otros agregados, se observa ortopnéica, se le realiza radiografía de tórax la cual muestra crecimiento de la silueta cardiaca en forma generalizada, con doble imagen, con crecimiento predominante en curvaturas derechas.

Se le realiza ECG el cual muestra ritmo sinusal, con ondas T negativas en V1 aV4, y un ECOcardiograma que refiere derrame pericárdico de aproximadamente 2000 cc. se ingresa a la paciente para protocolo mayor, y tratamiento del derrame.

En este caso, mi interés es principalmente, ya que se hizo el dx del derrame, ¿cuáles serían las causas más probables del mismo?. espero no molestar, pero hace tres meses, tuvimos otro caso de derrame pericárdico en mujer de 45 años, la cual tuvo colapso de cavidades derechas y falleció.

Resultados de laboratorio, : Hb 9.0, Hto 29.0, leucocitos 6 900, neutrófilos 60.6%, eritrocitos 4.40, plaquetas 260 000. tiempos de coagulación normales.

Glucemia 79, urea 37, creatinina 0.8, colesterol 102, triglicéridos 49, sodio 140, potasio 3.4, Mg 1.6, Calcio 7.9, osm sérica 280.

El resultado del ECOcardiograma: DERRAME PERICARDICO DE 2000 CC, con compresión LEVE de cavidades derechas, sin compromiso hemodinámico por el momento.

Aorta sin lesiones, Válvula mitral sin lesiones, Pulmonar sin lesiones.

APRECIO DEFECTO INTERATRIAL. HAP MODERADA PSAP 50 mmHg, FEVI normal.

Agradezco infinitamente la atención.

Un saludo a todos,

Jesús Díaz

OPINIONES DE COLEGAS

Buenas noches. Saludo a todos los integrantes.

Respecto al caso en cuestión, comenzaría por solicitar dosificación de proteínas en orina y valoración de función tiroidea con TSH.

En caso de que las anteriores no arrojaran luz sobre la etiología, implementaría la búsqueda por el lado de las enfermedades autoinmunes, en este LES. Gracias
Nuevamente saludos.

Atilio Parrillo.

Prezado Jesús:

Estes dados são do Prof. Pérez Riera (Curso Rosenbaum de ECG e VCG,

Se tiver copyright ele os cobrará de mim:

- **Idiopática (desconhecida):** 26-86% dos casos. Difícil de diferenciar da virótica.

• **Infecciosa**

(2a) **Virótica:** (1-10% dos casos).

Etiologias: Cocksackie, enterovirus, da influenza A e B, vírus HIV, Echo, da varicela/ zóster, da caxumba, sarampo, da hepatite, Epstein-Barr, herpes simplex tipo 1, parainfluenza 2 e vírus sincicial respiratório.

(2b) Bacteriana: Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus, Proteus, Escherichia coli, Pseudomonas, Klebsiella, Salmonella, Shigella, Neisseria meningitidis, e Haemophilus influenzae.

Anaeróbios: presentes em cerca de 40% das crianças com PA.

(2bC) **Tuberculosa: 4% dos casos.**

(2d) Micótica: histoplasmose, blastomicetos, coccidioides, aspergilose e cândida

(2e) Por Rickésia;

(2f) Entamoeba;

(2g) Echinococcus;

(2h) Toxoplasma

Colagenótica.

(3a) Lúpus: ≈25% dos pacientes com LES desenvolvem PA

Raramente evolui para tamponamento e pericardite constritiva

(3b) Esclerodermia;

(3c) Artrite reumatóide: 11-50% dos pacientes com artrite reumatóide desenvolvem PA silenciosa. O diagnóstico é feito em apenas 2-6% dos casos.

(3d) Dermatomiosite;

(3e) Outras collagenopatias.

4) Pós-infarto agudo: ≈24h após um IAM transmural, surge um exudato pericárdico fibrinoso.

Antes da era trombolítica, cerca de 1/5 dos pacientes com IAM desenvolviam PA. Após a adoção da terapia trombolítica e da angioplastia, esta incidência caiu 5-8%.

Podem ocorrer derrames, mas eles raramente evoluem com tamponamento

O comprometimento pericárdico não contra-indica a terapia trombolítica ou anticoagulante 3 a 5 dias depois de um infarto transmural.

Síndrome de Dressler: Aparece na 2ª ou 3ª semana após o IAM

Associação PA + Dressler < 4%.

9) Traumática:

(9a) Penetrante;

(9b) Fechado;

(9c) Síndrome pós-pericardiotomia: similar ao Síndrome de Dressler, porém com incidência de 10-40%≈1% desenvolve tamponamento

(9d) Ruptura esofágica;

(9e) Fistula pancreato-pericárdica

(9f) Ablação epicárdica;

(9g) Marcapasso epicárdico;

10) Por hipersensibilidade.

(10a) Doença do soro;

(10b) Reação a fármacos: penicilina, doxorubicina, ciclofosfamida, procainamida, hidralazina, metildopa, isoniazida, mesalazina e reserpina

(10c) Imunopatias;

CLASSIFICAÇÃO EVOLUTIVA DA PERICARDITE:

1) Aguda: >6 semanas (fibrinosa com derrame pericárdico).

2) Sub-aguda: 6 semanas a 6 meses (constritiva e derrame pericárdico).

3) Crônica: >6 meses (divide-se em constritiva, derrame pericárdico e adesiva sem constrição).

Andrés Pérez Riera by Adail

Esta pericardite: 3 meses: Sub-aguda

Etiologia:

Veja acima a que mais se enquadra

Aqui no Brasil, na minha Bahia e no Nordeste do Brasil seriam Tuberculose e virótica as primeiras hipóteses, ainda com Rx s/ sinais de Tuberculose.

Abraços

Adail Paixao Almeida