



Derrame pericárdico: del cuore a la autoinflamación

María Gutiérrez Zamorano¹, Laura María Sáez García¹, Silvia Rodríguez del Rosario¹, Rebeca Garrote Molpeceres¹, M^a Luisa Bartolomé Cano¹, M^a Sol Jiménez Casso², Sara Rellán Rodríguez¹, M^a Dolores Sánchez González³, M^a Asunción Pino Vázquez.
1.Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Servicio de Pediatría 2.Complejo Asistencial de Segovia. Servicio de Pediatría. 3. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Servicio de Reumatología.

Introducción

Las enfermedades autoinflamatorias (EA) son alteraciones de la regulación del sistema inmune innato secundarias a mutaciones genéticas que activan citoquinas inflamatorias. La sintomatología puede ser muy diversa y común a distintas enfermedades, como la fiebre recurrente y la serositis.

Caso clínico

Mujer de 9 años. Ingresa en UCI Pediátrica por derrame pericárdico (imagen 1 y 2).
AF: madre con psoriasis.
AP: anemia ferropénica, TDAH tratado con metilfenidato, episodio de dolor precordial dos meses antes del ingreso con ecocardiograma y ECG normales.

Historia actual

Dolor torácico opresivo, abdominalgia, vómitos, fiebre 37,9°C, disuria y polaquiuria

Exploración física

Roce pericárdico, hipoventilación bibasal pulmonar, abdominalgia con hepatomegalia y leve distensión.

Pruebas complementarias

- **Analítica:** VSG 46 mm, PCR: 161,29 mg/L, Dímero D: 4.772 mcg/ml, NT-proBNP: 255 pg/m.
- **Microbiología:** frotis faríngeo, serologías (virus y bacterias), hemocultivo, urocultivo, coprocultivo, PPD y quantiferón negativos.
- **Inmunología:** autoanticuerpos, ASLO, factor reumatoide y ANAs negativos, complemento, inmunoglobulinas y subpoblaciones linfocitarias normales, IgD normal y proteína sérica del amiloide elevada.
- **Ecocardiografía:** derrame pericárdico de 2,6 cm con tractos de fibrina, sin signos de taponamiento.
- **Ecografía pulmonar:** derrame pleural bilateral.
- **Ecografía abdominal:** líquido libre intraabdominal, poliserositis. ECG normal.

Sospecha

Fiebre Mediterránea Familiar

Tratamiento

Ibuprofeno (40mg/Kg/día) + colchicina (0,5mg c/12 horas), furosemida (1mg/kg) y metilprednisolona (2 mg/Kg/día, 2 días).

Evolución

Alta con ibuprofeno y colchicina tras desaparición de la clínica. Reingreso al 3er día por reaparición del derrame pericárdico y pleural y febrícula, reiniciándose tratamiento completo. Posteriormente alta con corticoterapia 7 semanas, ibuprofeno 4 meses y colchicina hasta el momento actual, con controles ecográficos normales

Estudio genético

Negativo.
Sospecha clínica compatible con ausencia de síntomas

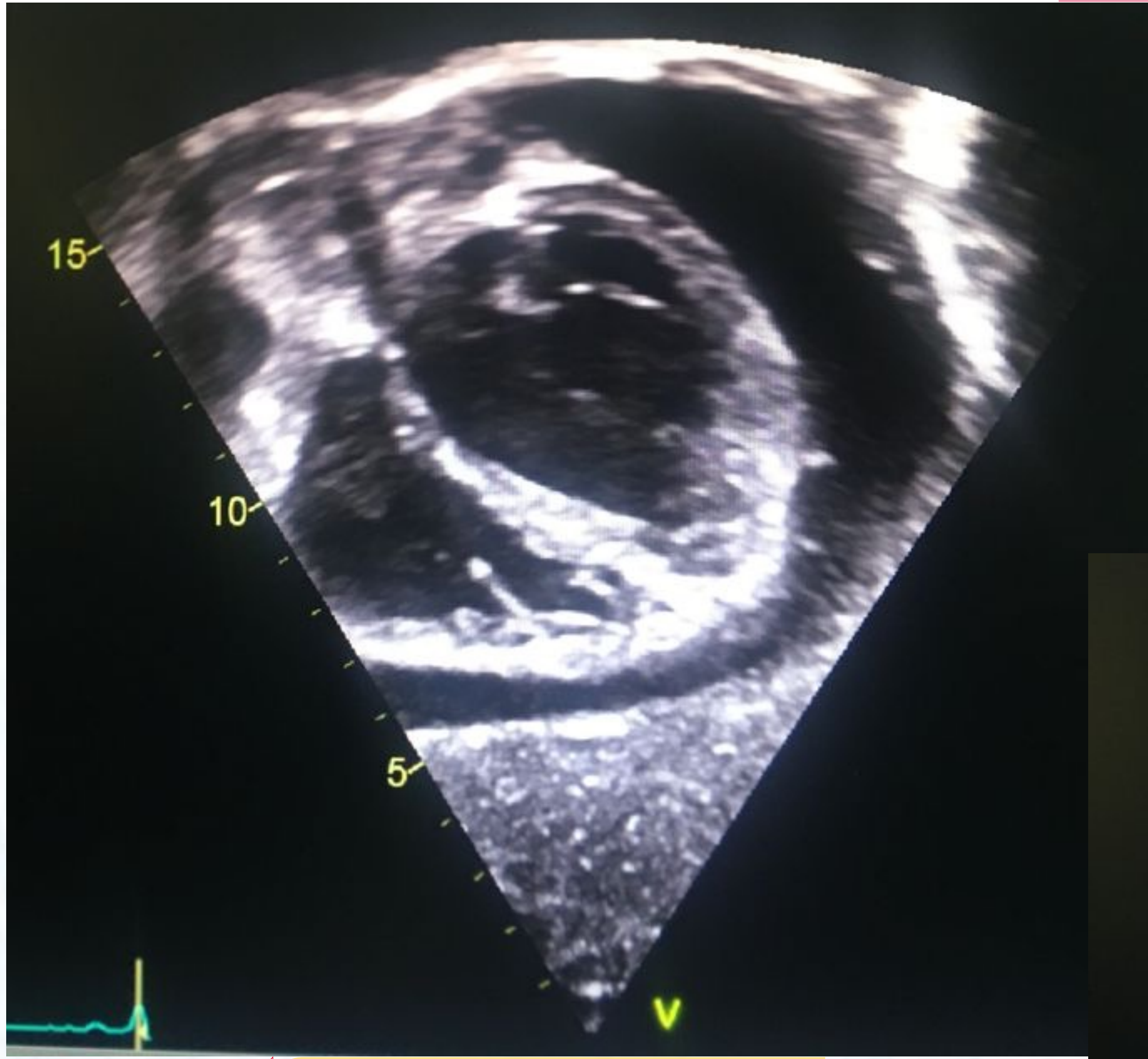


Imagen 1: Plano subcostal: derrame pericárdico

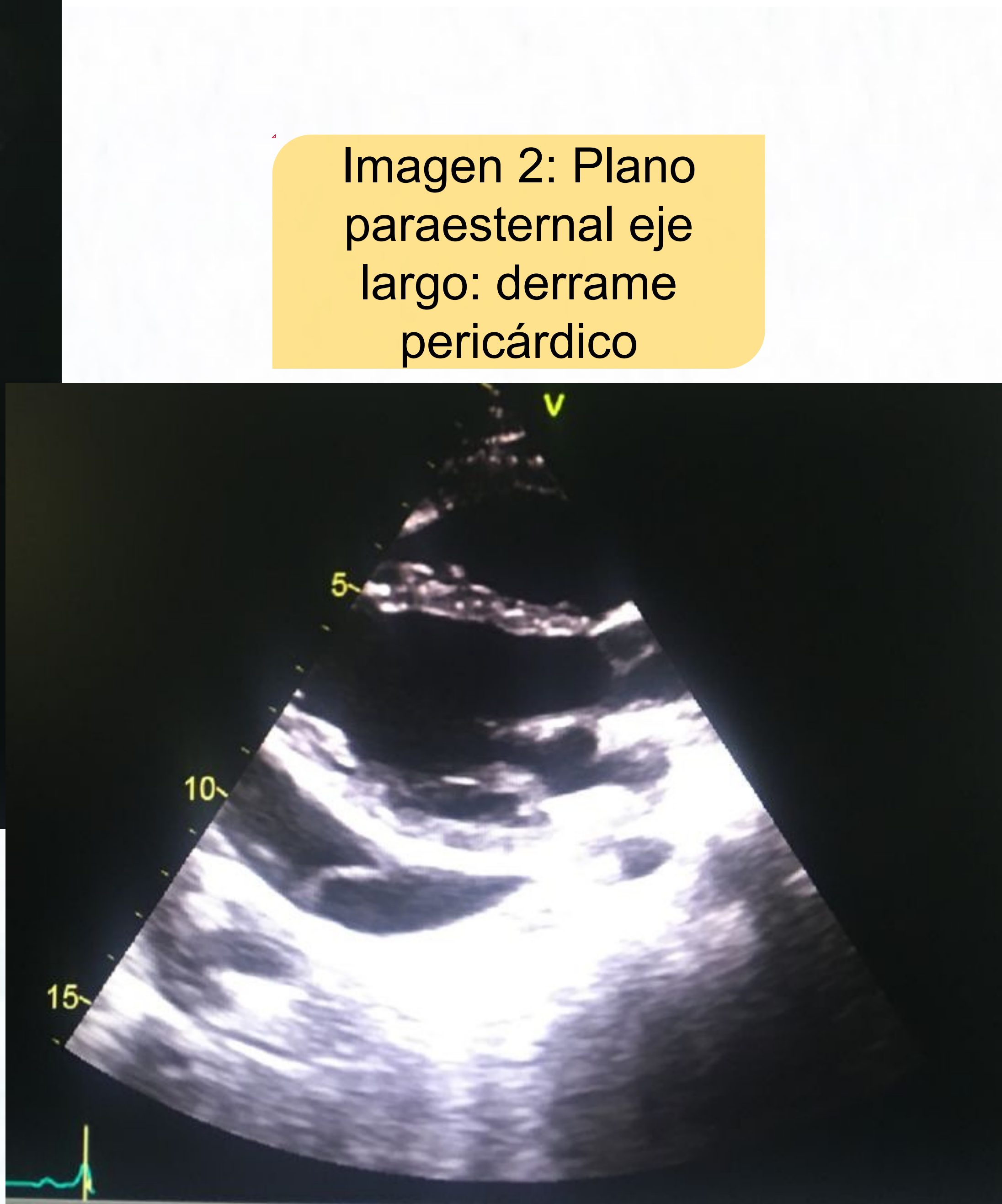


Imagen 2: Plano paraesternal eje largo: derrame pericárdico

Comentarios

Poliserositis y fiebre constituyen síntomas comunes a diversos tipos de EA, siendo la FMF la más frecuente en pediatría. Aunque la identificación genética confirma el diagnóstico, su ausencia no lo invalida, puesto que se desconoce la base molecular subyacente en la mitad de pacientes con clínica compatible. Es fundamental realizar un diagnóstico y tratamiento precoces que mejoren el pronóstico del paciente.