

privada, 24.2% (16) institución académica, 4.6% (3) ONG. El 83.3% (55) procedía de Tegucigalpa, 7.8% (5) Comayagua, 4.6% (3) Olancho y 1.5% (1) cada uno de Choluteca, Yoro y Colón; 54.6% (36) participó en taller apicomplexa intestinales. La nota global en evaluación pre y post taller malaria fue 46.3% (IC95% 31.0-58.0) y 81.1% (IC95% 73.0-84.5), respectivamente, y en taller apicomplexa intestinales fue 11.0% [IC95% 8.0-24.0] y 74.7% (IC95% 63.0-84.5), respectivamente. No se observó diferencia significativa en evaluación pre y post taller malaria y apicomplexa de los participantes de nivel universitario en comparación con los de nivel técnico. (Comparación de medianas con IC95%, <http://www.openepi.com/Median/CIMedian.html>). **Lecciones aprendidas:** La metodología de enseñanza aplicada en los talleres generó un incremento en el conocimiento de los participantes, independientemente de su formación académica. Se identificaron vacíos importantes de información básica estratégica con mayores vacíos en el tema apicomplexa intestinales. Honduras es un país endémico de parasitosis como malaria y las producidas por apicomplexa intestinales por lo que se requiere una capacidad de respuesta adecuada en la formación de talento humano a nivel profesional y técnico.

CASOS CLÍNICOS

1CC. SITUS INVERSUS TOTALIS Y TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CONGÉNITAMENTE CORREGIDA EN PUÉRPERA ADOLESCENTE.

¹Melvin Efraín Gómez Yánez, ²Geovanna Michele Moya-Díaz, ²Alejandro Ramírez-Izcoa, ³Dr. Carlos Godoy-Mejía, ⁴Dra Liliam Jayne Discua-Flores. ¹Estudiante de séptimo año de medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), ²Médico en servicio social UNAH y miembro ASOCEM-UNAH, ³Jefe de Sala Medicina Pediátrica, Hospital Escuela Universitario, UNAH, ⁴Pediatra Cardiólogo, Hospital Escuela Universitario UNAH.

Antecedentes: El Situs inversus totalis consiste en una transposición de órganos torácicos y abdominales, es una malformación congénita hereditaria, autosómica recesiva con una prevalencia estimada entre 1/10,000 a 1/20,000 nacidos vivos. La transposición de grandes arterias congénitamente corregida se refiere a que las aurículas se comunican con el ventrículo equivocado, igualmente el ventrículo izquierdo se comunica con la arteria pulmonar y el ventrículo derecho con la aorta, tiene una prevalencia de 0,03 por cada 1.000 recién nacidos vivos, aproximadamente el 0,05% de todas las malformaciones cardíacas congénitas. En Honduras se no se dispone de datos epidemiológicos sobre estos trastornos.

Descripción del caso: Paciente femenina de 17 años de edad, sin antecedentes patológicos importantes, en estado de gestación que posterior al parto presentó insuficiencia cardíaca congestiva, se realizaron estudios de: rayos x de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma, ultrasonido y tomografía computarizada abdominal indicando: dextrocardia, transposición de grandes arterias congénitamente corregida, comunicación interauricular tipo foramen oval, insuficiencia de válvulas aurículo ventriculares, hipertensión pulmonar severa y disfunción biventricular; en abdomen hígado, vesícula y vías biliares en lado izquierdo, estómago y bazo

en ubicación derecha. En base a los hallazgos clínicos y de imagen se diagnosticó situs inversus totalis. La paciente fue evaluada por varios servicios con mal pronóstico, recibió tratamiento paliativo con: furosemida, espironolactona, enalapril, digoxina, sildenafil con mejoría clínica, pero en cuatro ocasiones presentando falla cardíaca e insuficiencia renal, dos semanas después falleció. **Conclusiones y recomendaciones:** Actualmente no se cuentan con algoritmos de acción para la atención de afecciones en pacientes con situs inversus totalis, desde guías para la búsqueda intencionada de malformaciones asociadas, reanimación cardiovascular, protocolos quirúrgicos, hasta manejo del trabajo de parto y puerperio. El diagnóstico temprano permite brindar consejería y manejo sobre la prevención de complicaciones como las asociadas a los cambios fisiológicos del embarazo que se puede evitar.

2CC. Angiofibroma nasofaríngeo juvenil con trastorno cerebro vascular posterior a embolización terapéutica: Reporte de caso. Miguel Bandes-Vairo¹, Alejandro Medina-Fonseca², Ana Aldana-Raudales², Idalmy Maldonado-Reyes³. ¹ Médico residente de segundo año del post-grado de Otorrinolaringología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras. ² Doctor en Medicina y Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras ³ Estudiante Medicina y Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El nasoangiofibroma juvenil es un tumor altamente vascularizado de presentación casi exclusiva en adolescentes masculinos. Representa 0.5% al 0,05% de los tumores de cabeza y cuello. Histológicamente benigno pero su compleja localización, tendencia a invasión local, recurrencia y crecimiento agresivo, lo hacen peculiar. La obstrucción nasal, las epistaxis unilaterales y recidivantes son los síntomas frecuentes. El diagnóstico es clínico, los hallazgos de la tomografía pueden confirmarlo. **Descripción del caso:** Presentamos paciente masculino de 15 años con historia de obstrucción nasal izquierda de 2 meses asociado a episodios de epistaxis ocasionales. Examen físico evidencia masa en reborde superointerno desplazando el globo ocular derecho hacia abajo y lateralmente, ptosis palpebral; rinoscopia anterior muestra masa vascular en meato medio izquierdo ocluyendo el 100% de la luz. Nasofibrolaringoscopia denota tumoración vascularizada en fosa nasal izquierda. Tomografía de senos paranasales reporta lesión osteolítica de fosa nasal izquierda, nasofaringe y fosa pterigopalatina. Angioresonancia magnética determina lesión ocupante en región nasal izquierda extendida al seno maxilar y región infra-temporal ipsilateral; en relación a nasoangiofibroma. Se realiza embolización previa resección tumoral; seis horas después muestra alteraciones neurológicas. Angioresonancia magnética cerebral revela evento isquémico agudo que compromete región precentral y postcentral izquierda; se diagnóstica evento cerebrovascular izquierdo secundario a embolización. Se realiza nueva embolización y exceresis tumoral vía endoscópica y rinotomía lateral izquierda con éxito. Biopsia revela nasoangiofibroma. Como seguimiento, nasofibrolaringoscopia reportó masa vascular recidivante, nuevo tomografía computada determina osteoma en órbita y seno frontal del lado derecho, con extensa lesión de base del cráneo. Se reinterviene con ablación de nasofibroma; sin complicaciones y con buena recuperación. **Conclusiones:** La evolución terapéutica proporciona novedosos métodos como embolización selectiva, útil para disminuir complicaciones como sangrado intraoperatorio, tiempo quirúrgico y lesión de estructuras vecinas. Sin embargo, previo a esto se requieren estudios individualizados para valorar beneficio contra riesgo de estas intervenciones.

3CC. RUPTURA ESPONTÁNEA DE ÚTERO DIDELFO EN PACIENTE GESTANTE: REPORTE DE CASO. Luis Zuñiga¹, Blanca Valladares², María José Valladares³, Azaria Garcia³ ¹ Especialista en Ginecología y Obstetricia, HMCR ²Especialista en Ginecología y Obstetricia ³Médico en Servicio Social, UNAH-VS.

Antecedentes: Las Malformaciones Congénitas Müllerianas se presentan en un 0.5% a 4%, se subdividen en siete subgrupos. El útero didelfo corresponde a la Clase III de dicha clasificación y su incidencia es del 5%. La rotura uterina es una complicación rara y generalmente grave, que compromete la vida de la paciente. **Descripción caso clínico:** Mujer evaluada en labor y parto del Hospital Mario Catarino Rivas de 21 años de edad, embarazada, referida de Hospital Leonardo Martínez el día 21-8-14 a las 03:50 a.m. con dolor abdominal de 21 horas de evolución, localizado en hipogastrio, de severa intensidad, continuo, irradiado a epigastrio, sin atenuantes, acompañado de vómitos de contenido alimentario, negando sangrado transvaginal, fiebre y paro de evacuaciones. En mal estado general, pálida con signos de irritación peritoneal, al tacto vaginal cérvix cerrado sin sangrado, se descarta la posibilidad de apendicitis, pero no la de perforación de víscera hueca. Ultrasonido reporta producto único, vivo, bradicárdico (100 lpm), Índice de líquido amniótico: cualitativamente normal, placenta previa total Grado I, Peso: 330gr, edad gestacional de 20SG x Longitud de fémur, hemograma registra hemoglobina: 9.5mg/dl. Una hora después paciente, con signos de choque hipovolémico, nuevo hemograma reporta Hemoglobina: 4.3mg/dl. Se realiza laparotomía exploratoria y se encuentra Útero Didelfo, gestante, roto el fondo uterino, producto sin latido cardiaco, masculino, sin malformaciones evidentes, en cavidad abdominal y un hemoperitoneo de 4000 ml. Se realizó histerectomía de útero roto, salpingectomía izquierda, legrado biopsia y drenaje de hemoperitoneo. Posterior a la cirugía se transfunden unidades de sangre, se da cobertura antibiótica durante una semana y es dada de alta sin complicaciones. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se combinó el útero didelfo y la rotura uterina en una mujer gestante, al lograr una intervención quirúrgica adecuada, se obtuvo un pronóstico favorable para la paciente, razón para destacar la importancia del caso.

4CC. Asociación VACTERL en lactante femenina: A propósito de un caso. Eduardo Murillo¹, Julia Alejandra Rodríguez Antúnez¹, Paola Tábor Osorto¹, Ian Fernando Guillén¹. ¹Estudiante 6to año, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Miembro ASOCEM-UNAH, Secretaria General AEMECI-UNAH.

Antecedentes: El acrónimo VACTERL se refiere al conjunto de malformaciones congénitas: anomalías óseas de columna vertebral (V), atresia anal (A), cardiopatías congénitas (C), defectos del esófago y la tráquea (TE), anomalías renales y radiales (R) y afectación de miembros inferiores (L). Es denominado asociación y no síndrome, debido a que todos los defectos están en una persona pero no están vinculados a una etiología específica y Su frecuencia es de 1:10,000 a 1:40,000 lactantes, afectando mayormente varones que mujeres con una relación de 2.6:1. **Descripción del Caso:** Lactante femenina 4 meses de edad, nacida en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa con ano imperforado, dextrocardia con

trasposición de grandes vasos, fístula esofagobronquial e hipoplasia pulmonar, diagnosticada por examen físico al identificar las anomalías, respaldadas por estudios de imagen y cumpliendo con 3 de los 6 hallazgos clínicos e imaginológicos de malformación congénita básicos necesarios para confirmar diagnóstico. En vista que no existe tratamiento curativo de la enfermedad, el manejo se centró en la corrección quirúrgica paliativa con colostomía en el período postnatal inmediato, de rehabilitación nutricional y uso de antibióticos, esteroides, diuréticos y analgésicos. Presentando adecuada evolución clínica y con alta médica y seguimiento ambulatorio. **Conclusiones /Recomendaciones:** Esta enfermedad presenta baja prevalencia pero tiene alto índice de morbimortalidad. Debido a la pluralidad clínica de sus casos, se recomienda, realizar minuciosos controles prenatales y examen físico exhaustivo neonatal, que permita tener un diagnóstico presuntivo temprano, cuando se identifique por lo menos uno o más de los siete criterios clínicos y brindar tratamiento oportuno.

5CC. EVENTO CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO SECUNDARIO A MORDEDURA DE SERPIENTE: REPORTE DE CASO CLÍNICO, HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA. Gabriela Raudales Santos,¹ **Pablo Toro Amaya² ¹Doctora en Medicina y Cirugía General, UNAH; ²Especialista en Medicina Interna UNAH, Hospital Santa Teresa.

Antecedentes: En Honduras se estiman 600-800 casos anuales de mordedura de serpiente, sin tener datos actualizados. El accidente ofídico afecta mayormente a población joven, de sexo masculino, de área rural. Los pies son el sitio anatómico usual de la mordedura. El veneno puede tener péptidos y proteínas tóxicas que ocasionan manifestaciones locales (edema, hemorragia, necrosis) y sistémicas (alteraciones hematológicas, falla renal aguda, infección de partes blandas). En casos severos se ha descrito evento cerebrovascular como una seria complicación en estos accidentes. **Caso Clínico:** Femenino de 70 años, procedente de Palmital, Meámbar, con antecedente de hipertensión arterial con abandono terapéutico y EPOC, con historia de mordedura de serpiente no identificada por la paciente, en pie izquierdo y posterior caída de mismo plano de sustentación con impacto en cráneo, acude a Hospital Santa Teresa, encontrando al examen físico: PA 130/80 mmHg, FC 84x, FR 16x, T 37C, sin alteración neurológica, región plantar de miembro inferior izquierdo con estigma de mordedura de serpiente y cambios inflamatorios perilesionales, múltiples equimosis en piel. Con tiempos de coagulación al ingreso que reportaron TP: 135' (TPc 12'), TTP 145' (TTPc 34') y plaquetas de 7,000 confirmadas al frotis de sangre periférica. Ocho horas después presenta deterioro de estado de conciencia, con agitación psicomotriz, Glasgow 9/15, disminución de fuerza en extremidades, solicitándose tomografía que reporta hemorragia intraparenquimatosa de lóbulo occipital derecho, hemorragia subaracnoidea en región posterior de cisura interhemisférica y cisterna de vena de galeno, se aplicó suero antiofídico y dió manejo para complicaciones sistémicas. Se da alta médica al 5to día con evolución favorable. **Conclusiones/Recomendaciones:** El accidente ofídico constituye un problema de salud pública y una emergencia médica que involucra múltiples sistemas, requiriendo monitoreo continuo. El evento cerebrovascular hemorrágico es una complicación poco frecuente, deben identificarse oportunamente los factores de riesgo y mantener siempre alta sospecha clínica.

6CC. MORDEDURA DE SERPIENTE: SERIE DE CASOS ATENDIDOS EN HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, HONDURAS.

Jackeline Alger ¹, MD, PhD. ¹ Servicio Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Las mordeduras de serpientes venenosas provocan alta morbilidad y mortalidad. Se estima que mundialmente se producen 2,4 millones de intoxicaciones por mordedura de serpiente y 94,000-125,000 defunciones, 400,000 amputaciones y otras consecuencias graves (infecciones, tétanos, deformaciones por cicatrices, contracturas y secuelas psicológicas) cada año (OMS 2013). **Serie de casos clínicos:** Se presenta serie de cinco casos de mordedura de serpiente, atendidos en la Sala de Emergencia de Pediatría/Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, 2014-2016. **Caso 1.** Niña, 7 años, procedencia Guinope, El Paraíso. Accidente 11-6-2015, 5 p.m., cercanía vivienda, usando sandalias abiertas. Mordedura en tercio distal de segundo dedo pie izquierdo. Serpiente juvenil *Porthidium ophryomegas* (tamagás negro), 35 cm longitud. **Caso 2.** Niña, 13 años, procedencia Aldea Guanábano, Cerro Grande, DC. Accidente 12-8-2015, 8 p.m., cercanía de vivienda, usando sandalias abiertas. Mordedura en tercio proximal de tercer dedo pie izquierdo. Serpiente juvenil *Crotalus durissus* (cascabel), 38.5 cm longitud. **Caso 3.** Niño, 6 años, procedencia Aldea La Cañada, DC. Accidente 20-7-2016, cercanía vivienda, usando sandalias abiertas. Mordedura en maléolo externo pie derecho. Serpiente juvenil *Crotalus durissus* (cascabel), cercenada, fragmento distal 13 cm longitud. **Caso 4.** Niño, 2 años, procedencia Monte Redondo, DC. Accidente ocurrió 17-7-2014, cercanía vivienda, contacto con sábana tendida. Mordedura en espalda entre omoplatos. Serpiente no venenosa género *Adelphicus* (guardacaminos), 43 cm longitud. **Caso 5.** Adulto, 45 años, procedencia Cedros FM. Accidente ocurrió 17-12-2015. Mordedura en mano izquierda, base dedo índice. Serpiente *Micrurus* spp. (coral), 67 cm longitud. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se documentan cinco casos clínicos de mordedura por serpiente; tres por serpiente venenosa juvenil, en niños con intoxicación leve. Las medidas de prevención incluyen eliminar residuos/acúmulos alrededor de vivienda, mantener zonas de almacenamiento libres de roedores, usar zapatos, iluminar el camino. Es necesario contar con personal institucional capacitado y con provisión adecuada de antivenenos.

7CC. Enfermedad arterial periférica (EAP) crónica agudizada con insuficiencia arterial por embolo cardiaco secundario a fibrilación auricular.

¹ Julieta Pacheco ¹, Claudia Castro ¹, Francisco Panchame ¹, Shaaron Hernandez ², Carlos Cerrato ³, Linarez Nery E ⁴. ¹ Medico en servicio social. ² Medico general. ³ Médico Internista del Hospital Regional del Sur (HRS). ⁴ Cardiólogo y jefe del departamento de medicina interna en el HRS.

Antecedentes. La enfermedad arterial periférica es una manifestación común de la aterosclerosis, donde los principales factores de riesgo son: Tabaquismo, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Dislipidemia e Hiperhomocisteinuria. La presentación clínica puede ser con claudicación intermitente. La insuficiencia arterial aguda es la oclusión súbita de la circulación arterial, que pone en peligro la viabilidad de la extremidad, existiendo dos causas principales: 1. embolia siendo la mayoría de origen cardiaco en un 90%, secundario a FA; 2. trombosis. **Descripción del caso clínico.** Se presenta mujer de 86 años de edad, con

antecedente de tabaquismo crónico, insuficiencia cardiaca, niega diabetes mellitus. Paciente se presenta al hospital salvador paredes con edema de características frío, ascendente y unilateral, cambios de coloración, de rojo a morado de manera súbita (+o- 2 días de evolución) en miembro inferior derecho. Se da el diagnóstico de insuficiencia arterial y se le ofrece amputación de dicho miembro, la cual no se realiza por razones particulares. Lógicamente el proceso de necrosis se exacerbó, dando desprendimiento espontáneo de los tejidos blandos hasta quedar en exposición ósea. Un mes después es ingresada al Hospital Regional de Atlántica de Ceiba (HRA) para someterse a la amputación quirúrgica. El hallazgo operatorio fue Arteria femoral superficial ocluida. Paciente sale estable de sala de operaciones y es contrarreferida al Hospital Salvador Paredes para continuar con cobertura antibiótica. **Conclusiones y recomendaciones.** La FA es factor de riesgo para la formación de trombos, cuyo destino principal es el cerebro, pero también se convierten en una causa importante para oclusión aguda de miembros inferiores junto con arteroesclerosis. Debe hacerse más énfasis a los pacientes sobre las complicaciones que pueden surgir si no aceptan los manejos establecidos.

8CC. **Sarcoma de Ewing Localizado en la Pared Torácica: A Propósito de Un Caso del Tumor de Askin.** Julia Alejandra Rodríguez Antúnez¹ Daniel Andrés Guifarro Rivera², Luis Fernando Fiallos Antúnez³. ¹Estudiante 6to año, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Miembro ASOCEM-UNAH, Miembro FELSOCEM, Secretaria General AEMECI-UNAH, ²Estudiantes 6to año de Medicina Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Miembro ASOCEM-UNAH. ³Estudiantes 6to año de Medicina Facultad de Ciencias Médicas UNAH.

Antecedentes: El sarcoma de Ewing es un tumor de células redondas pequeñas e indiferenciadas provenientes de tejidos óseos y partes blandas. Se localizan principalmente en la diáfisis de huesos largos, en la pelvis, y en raras ocasiones en la pared torácica, donde se denominan tumor de Askin. La incidencia es de 1 a 3 personas por millón de habitantes al año, con un predominio durante la adolescencia, siendo 9 veces mayor en el sexo masculino y raza blanca. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 16 años, raza mestiza, con antecedente de dolor en hemitórax izquierdo de 8 meses de evolución, acompañado de una masa palpable en región axilar anterior izquierda, dolorosa al tacto, con cambios inflamatorios en la zona, y disnea progresiva de pequeños y moderados esfuerzos del mismo tiempo de evolución. Se realizó una resección parcial de la masa, extrayendo tejido de las zonas de la sexta y séptima costilla, cuya biopsia revela presencia de fragmentos de tejido óseo y tejido blando necrótico, con agregados de células pequeñas, redondas y azules; encontrando hallazgos sugestivos del diagnóstico. La terapia multimodal agresiva que incluye: quimioterapia con ciclos de Ifosfamida, Mesna, Filgrastim, Vincristina, Adriamicina y Ondansetrón en diferentes combinaciones, cirugía excisional total con posterior radioterapia y quimioterapia es la mejor opción para el abordaje de este tumor, alcanzando una sobrevivencia a 5 años, desde un 16% a un 75%. Las recidivas se presentan 6 meses después sin quimioterapia posoperatoria. Sin tratamiento, el 90 % de los pacientes fallecen rápidamente por metástasis pulmonares en el primer año. **Conclusiones/Recomendaciones:** Estos tumores tienden a ser agresivos en poco tiempo, por lo tanto, es necesario que el personal de salud conozca los factores que determinaran el pronóstico de esta patología basado en un diagnóstico oportuno, presencia o ausencia de metástasis e inicio de tratamiento convencional.

9CC. **Pericarditis Aguda con Taponamiento Cardíaco. Reporte de Caso.** Pablo Toro Amaya¹, Talia Reyes-Cortes², Eimy Barahona-Moncada², Byron Cerrato Bustillo².
¹Especialista en Medicina Interna, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Doctor en Medicina y Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

ANTECEDENTES La pericarditis aguda es el proceso patológico más frecuente del pericardio, definido como una inflamación aguda que puede cursar con o sin derrame pericárdico y con o sin taponamiento cardiaco. Hasta el 90% de los casos aislados son idiopáticas o virales. La incidencia es difícil de cuantificar, ya que los casos leves pueden resolver sin ser diagnosticados. Se manifiesta por dolor torácico, roce pericárdico y cambios evolutivos de la repolarización en el electrocardiograma, otros síntomas frecuentes son la disnea, fiebre, tos y astenia. Además si presentan taponamiento cardiaco tienen habitualmente signos inflamatorios francos, síncope, ingurgitación yugular, hepatomegalia, pulso arterial paradójico, taquicardia y, en los casos graves, hipotensión arterial y shock El tratamiento de la pericarditis aguda incluye reposo mientras persistan los síntomas inflamatorios. El tratamiento farmacológico consiste en la administración de aspirina o de otros antiinflamatorios no esteroideos. **DESCRIPCION DEL CASO** Paciente femenina de 32 años sin antecedentes clínicos, inicia con cuadro de disnea, que progresó de grandes a pequeños esfuerzos, hasta ortopnea y disnea paroxística nocturna; concomitantemente dolor precordial, además refiere fiebre intermitente no cuantificada de 4 días de evolución, hospitalizada durante 24 horas; se realiza ecocardiograma el cual reportó corazón hiperkinético por derrame pericárdico, cavidades cardiacas de tamaño normal. Se egresó con tratamiento ambulatorio. A las 48 horas, presentó incremento de disnea y ortopnea, razón por la cual acude a hospital, encontrando al examen físico: palidez generalizada, diaforesis, con signos vitales de presión arterial de 130/80 mmHg, frecuencia cardiaca 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 25, temperatura de 37 °C, SaO₂ 97%, presencia de ingurgitación yugular y ruidos cardiacos atenuados, se decide ingreso con diagnóstico de derrame pericárdico de etiología a determinar posible enfermedad reumatológica, además con riesgo de taponamiento cardiaco. Las pruebas inmunológicas reportaron: ANCA: negativo, ANA: negativo, serología por Chagas: negativo. Nuevo ecocardiograma reportó cardiomegalia y derrame pericárdico severo. A las 24 horas presentó hipotensión, alteración de ruidos cardiacos e ingurgitación yugular y aumento de la disnea, por lo que se realiza nuevo ecocardiograma que reporta severo derrame pericárdico con colapso diastólico de la aurícula derecha, leve hipertensión pulmonar, leve insuficiencia mitral. Se realiza biopsia pericárdica abierta se obtuvo 2,100 cc de líquido sanguinolento; sin complicaciones. Se toman muestras para estudio citoquímico, ADA de líquido y biopsia de pericardio. ADA con resultado de 15.35 UI/L y la biopsia reportó pericardio con engrosamiento e inflamación crónica linfohistiocítica con hemosiderina encontrados en pericarditis constrictiva crónica. La evolución de la paciente fue satisfactoria con recuperación y normalización de los signos vitales. **CONCLUSION** La pericarditis aguda, es la patología más común del pericardio, con síntomas característicos, que se deben de tener presente al momento de evaluar pacientes con dolor torácico, puesto muchas veces es subdiagnosticada y si no es detectada a tiempo puede tener consecuencias fatales.