



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 253/21 - TAPONAMIENTO CARDIACO COMO PRESENTACIÓN DE NEOPLASIA DE PULMÓN

L. de La Fuente Blanco<sup>a</sup>, L. Gómez Ruiz<sup>b</sup>, A. Fernández Serna<sup>c</sup>, C. Fortuny Henríquez<sup>d</sup>, M. Arques Pérez<sup>e</sup>, M. de la Hoz Gutiérrez<sup>f</sup>, R. López Sánchez<sup>g</sup>, S. Díez Martínez<sup>h</sup>, Á. González Díaz-Faes<sup>i</sup> y Á. del Castillo Criado<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. <sup>e</sup>Médico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. <sup>f</sup>Médico de Familia. SUAP Santander. <sup>g</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. <sup>h</sup>Médico de Familia. SUAP Alisal. Santander. <sup>i</sup>Médico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. <sup>j</sup>Médico Residente de Cirugía General. HUMV. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 46 años que acude a Urgencias por disnea y dolor torácico. Antecedentes personales: fumador de 26 paquetes-año. Clínica de disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos de un mes de evolución, acompañado de febrícula y tos sin expectoración. El día del ingreso acude a urgencias dada la progresión de la disnea. Se realizó un ECG estando en taquicardia sinusal y en la Rx tórax se objetivó cardiomegalia con derrame pleural derecho y un infiltrado en el vértice pulmonar izquierdo. Ante la sospecha clínica de taponamiento cardiaco se realiza Ecocardiograma que muestra derrame pericárdico significativo con datos de taponamiento, función biventricular conservada. Se realiza pericardiocentesis drenando 600 ml de líquido serohemático. Se completa estudio de masa pulmonar mediante TAC y análisis de líquido pleural que es positiva para carcinoma no microcítico de pulmón. Posteriormente el derrame pleural y pericárdico recidivan realizándose ventana pleuropericárdica, pero con disnea refractaria y mal tolerancia al primer ciclo de quimioterapia paliativa produciéndose el fallecimiento del paciente.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 36,8 °C, TAS: 139 mmHg, TAD: 97 mmHg, FC: 108 lpm, SatO<sub>2</sub>: 96%. PVY elevada. Rítmico sin soplos ni roce. Hipofonesis base pleural izquierda. No edemas ni hepatomegalia. Electrocardiograma: RS a 110 lpm. Eje 75°. PR 0,12. QRS < 120 ms. No cumple criterios de microvoltaje. Alternancia respiratoria. Descenso del PR en todas las derivaciones excepto ascenso en aVR. Ondas T aplanadas en cara lateral y lateral alta. Rx tórax: cardiomegalia, derrame pleural bilateral y condensación en LSI. Ecocardiograma: derrame pericárdico significativo con datos de taponamiento. Función biventricular conservada. Examen citológico de líquido pericárdico: aisladas células de aspecto atípico y extrahematológico. Examen citológico de líquido pleural: frotis positivo para células malignas: carcinoma no microcítico. TAC toraco-abdominal: abundantes conglomerados adenopáticos mediastínicos, masa parahiliar izquierda, derrame pleural bilateral y lesión sospechosa de metástasis en hígado.

**Juicio clínico:** Taponamiento cardiaco. Carcinoma no microcítico de pulmón.

**Diagnóstico diferencial:** Infarto de ventrículo derecho, TEP, disección aortica. Pericarditis constrictiva.

**Comentario final:** El taponamiento cardiaco se trata del acumulo del liquido en la cavidad pericárdica que de forma progresiva comprime las cavidades cardiacas. Los pacientes suelen presentar clínica de disnea, dolor torácico, astenia o síncope. Los hallazgos en la exploración que deben hacernos sospecharlo son la elevación de la presión venosa yugular, taquicardia, hipotensión, pulso paradójico. En el electrocardiograma es característica la presencia de bajos voltajes y de alternancia eléctrica. En la radiografía de tórax se puede observar aumento de la silueta cardiaca. Las causas más frecuentes son la pericarditis, tuberculosis, iatrogénica, traumática y neoplásica. El tratamiento en pacientes inestables es la pericardiocentesis urgente.

### **Bibliografía**

1. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. European Heart Journal. 2015;36:2921-64.

**Palabras clave:** Taponamiento. Neoplasia de pulmón.