



269/72 - TAPONAMIENTO CARDIACO COMO PRESENTACIÓN DE UN ADENOCARCINOMA PULMONAR

L. Campo Alegría^a, V. González Novoa^b, S. Quintana Cabieces^c, E. Vejo Puente^d, A. Villaverde Llana^e y M. de la Hoz Gutiérrez^f

^aMédico de Familia. Hospital Universitario de Burgos. ^bFEA Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^dMédico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos. ^fMédico de Familia. SUAP Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 61 años, acude a urgencias por tos desde hace 6 semanas, sin expectoración, con astenia y disnea, últimamente de mínimos esfuerzos. Edema pierna derecha de 24 horas evolución. Sin antecedentes de interés. No toma tratamiento, salvo 3 ciclos antibióticos en las últimas semanas. Exfumador (> 75 paquetes/año).

Exploración y pruebas complementarias: TA. 146/98, T^a 35,9 °C, SatO₂ 97%, FC 110 lpm, FR 32 rpm. Auscultación cardiaca: rítmica, tonos apagados. Respiratoria: disminución murmullo vesicular en campo izquierdo. Ingurgitación yugular, arañas vasculares en tórax. Abdomen: hepatomegalia. Edema en pierna derecha, insuficiencia venosa crónica bilateral. EKG: ritmo sinusal a 87 lpm, eje normal, escaso voltaje del QRS. Rx tórax: índice cardiorácico aumentado, elevación hemidiafragma izquierdo, no presente en estudios previos. Analítica: discreta anemia. PCR 2,2, resto normal. Ante sospecha de derrame pericárdico, se solicita ecocardiograma. Aurícula derecha: colapso parcial. Cava inferior dilatada. Derrame pericárdico circunferencial muy severo, hasta 37-40 mm lateral a ventrículo izquierdo (VI), confirmándose taponamiento. Ingresa en UCI, drenándose 830 cc de líquido serohemático por pericardiocentesis. Se envían muestras a Anatomía Patológica, Microbiología y Laboratorio. Se drenan 1.400 cc en total. TAC torácico: conglomerado adenopático heterogéneo, localizado en la ventana aortopulmonar de 6 × 4 cm (etiología infecciosa vs neoplásica). PSA, AFP, CA19.9 B2mg normales. Elevación de CEA10.18, CA72.4, CA15.3, CA125. La etiología más probable del derrame es la tuberculosis. Adenosina desaminasa (ADA) 49 UI/L. Se inicia tratamiento antituberculoso (rifampicina, isoniacida pirazinamida) y prednisona. La citología del derrame resultó compatible con tumor epitelial. En PAAF ganglios cervicales: adenocarcinoma probable origen pulmón. TAC cerebral: dos lesiones secundarias en los lóbulos cerebeloso y parietal derechos.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón estadio IV (derrame pericárdico) TxN3M1b.

Diagnóstico diferencial: Derrame pericárdico infeccioso. Neoplasias (pulmón, mama, linfoma). Hemorragia. Traumatismo. Infarto de miocardio. Disección aorta.

Comentario final: En Urgencias se diagnostican a menudo procesos neoplásicos que cambiarán drásticamente la vida de los pacientes y sus familias. La presión asistencial hace que en estos servicios no se pueda prestar atención a la forma en la que se comunican estas malas noticias y se "deshumaniza" el cuidado. Los pacientes oncológicos, terminales, cuando acuden a urgencias sufren esta falta de tiempo para poder paliar su sufrimiento, que no curar su enfermedad. Por todo ello, los profesionales debemos intentar dedicarles el trato cuidadoso que merecen al final de su vida a pesar de la sobrecarga asistencial.

Bibliografía

1. Soto de Prado D, Martín I, Ocaña A, et al. Taponamiento cardíaco como forma de presentación de un tumor de origen desconocido: abuso en las pruebas diagnósticas. *Oncología (Barc)*. 2005;28(6):39-42.