



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/972 - DISNEA COMO SÍNTOMA DE HEMOPERICARDIO

E.M. Ortega Hidalgo^a, A.B. Bárcena Atalaya^b, M.M. Carricondo Avivar^c, M.R. Martos Castello^d, J.D. Moreno Macías^e y J. Gómez Rubio^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera.

^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de Valme. Sevilla. ^cMédico Residente de 3º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla. ^fMédico Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital de Valme. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial mal controlada, síndrome bradicardia-taquicardia con implantación de marcapasos anticoagulado, enfermedad renal crónica, anemia moderada con ferrotterapia ocasional, estenosis carotídea no intervenida con dudosos AITs. Acude a centro de salud por presentar disnea de esfuerzo de 48 horas de evolución y oliguria.

Exploración y pruebas complementarias: Taquipneico, con saturación oxígeno al 97% con mascarilla reservorio, corazón arritmico a buena frecuencia, con soplo sistólico en foco mitral, abolición de murmullo vesicular en base derecha, con crepitantes gruesos en campos medios. Se solicita radiografía de tórax donde se objetiva cardiomegalia importante, y dada la clínica se deriva a urgencias hospitalarias, solicitándose analítica (hemoglobina 8,6 mg/dL, INR 2,83, urea 70 mg/dL, creatinina 2,13 mg/dL, potasio 5,3 mg/dL, PCR 32 mg/L), electrocardiograma (ritmo de marcapasos a 65 lpm), radiografía de tórax (franca cardiomegalia, derrame pleural bilateral bibasal). Durante su estancia en urgencias, sufre dos episodios sincopales, uno de ellos tusígeno, solicitándose TAC toracoabdominal (cardiomegalia, derrame pericárdico importante, vena cava inferior ingurgitada no pudiéndose descartar taponamiento cardiaco, derrame pleural bilateral leve moderado). Tras realización de TAC, el paciente presenta trabajo respiratorio, con uso de musculatura accesoria supraclavicular y abdominal, con saturación oxígeno 81% a pesar de mascarilla reservorio, con diuresis de 300 cc a pesar de sueroterapia y administración de diuréticos, y ante los hallazgos de TAC, se pasa a observación, realizándose ecocardiograma transesofágico (ETT; derrame pericárdico de más de 3 cm en ápex y 3,5 cm en subxifoideo, con compromiso telediastólico de cavidades derechas con FEV1 > 48%). Se deriva a unidad de cuidados intensivos donde, tras administrar factor protrombínico, se realiza drenaje de derrame pericárdico con salida de contenido hemático (700 mL; pH 7, glucosa 118 mg/dL, cultivo negativo, sin células neoplásicas. Manotux negativo), con posterior ETT de control (hipertrofia ventrículo izquierdo moderada, aurícula izquierda severamente dilatada, insuficiencia mitral ligera-moderada, movimiento septal anómalo por marcapasos, disfunción diastólica, derrame pericárdico moderado sin compromiso con material fibrinoide, vena cava inferior

no dilatada).

Juicio clínico: Hemopericardio condicionando taponamiento pericárdico, en probable relación con acenocumarol. Insuficiencia cardiaca asociada. Insuficiencia respiratoria aguda parcial secundaria.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis paraneoplásica/infecciosas: tuberculosa, bacteriana, vírica/urémica/traumática/enfermedad autoinmune. Mixedema. Rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo postinfarto agudo miocárdico. Idiopática.

Comentario final: El taponamiento cardiaco es una urgencia vital, por lo que hay que sospecharlo y tratarlo precozmente. Su diagnóstico se hace a partir de un deterioro hemodinámico en presencia de un derrame pericárdico moderado o importante, y nos podemos ayudar de pruebas complementarias como son la radiografía de tórax, TAC y ETT. Su etiología es muy variada, y entre ellas, se encuentra el hemopericardio por anticoagulantes, como es nuestro caso. Por ello, ante paciente anticoagulado con clínica sugestiva, aunque inespecífica (disnea, taquipnea, trabajo respiratorio, oliguria/anuria, hipotensión, e incluso síncope) y radiografía de tórax con cardiomegalia importante y/o derrame pleural, habría que tener presente este diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo para el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades del Pericardio de la Sociedad Europea de Cardiología. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. Versión resumida. Rev Esp Cardiol. 2004;57(11):1090-114.
2. Malouf JF, Alam S, Gharzeddine W, Stefadouros MA. The role of anticoagulation in the development of pericardial effusion and late tamponade after cardiac surgery. Eur Heart J. 1993;14(11):1451-7.
3. García Vicente E, Campos Nogué A. Taponamiento cardiaco. Med Clin (Barc). 2008;130(1):24-9.