



## 242/1121 - ¿Y AHORA POR QUÉ?

J. Zampaña Quintero<sup>a</sup>, M. Alonso Pino<sup>b</sup>, L. García Reyes<sup>a</sup>, P. Vélez Molina<sup>a</sup>, N. Betancor Alonso<sup>c</sup> y F. Conde López<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Federico Rubio. El Puerto de Santa María. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Doctor Federico Rubio. El Puerto de Santa María. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 47 años. No RAMC. No hábitos tóxicos. AP: Ca. mama intervenido en 2011, en estudio por adenopatías mediastínicas y supraclaviculares pendiente de resultado de biopsia. Consulta por crisis de ansiedad y astenia. Se pauta bromazepam cada 12h y analítica. 3 días después acude a recoger resultados sin hallazgos importantes. Presenta deterioro importante, hipotensión con TSVP que cede con masaje carotideo. Se deriva a hospital para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** REG, COC, eupneica en reposo. FC 130 lpm, TA 99/60. Analítica 13.000 leucocitos, troponinas normales, PCR 19,95. EcoTT: derrame pericardio grave circunferencial con cavidades derechas dilatadas sin colapso inspiratorio. Pericardiocentesis: Se extraen 200 cc de líquido serohemático: 3.616 leucocitos, 69% pmn, LDH 1875, glucosa 38, proteínas 5,4, lactato 8,2. Compatible con exudado. Rx tórax: ensanchamiento mediastino. TAC: trombosis venosa yugular interna con extensión a vena innominada y origen de vena cava superior la cual se rellena distalmente a través de vena ácigos. Probable TEP en arteria segmentaria. Derrame pleural bilateral. Progresión de enfermedad metástasis ganglionar derecha y axilas. AP: metástasis de carcinoma.

**Juicio clínico:** Taponamiento cardíaco. TEP segmentaria derecha. Progresión de enfermedad tumoral.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis ansiedad, TEP, neoplasia.

**Comentario final:** La etiología maligna puede ser considerada como una de las causas más comunes de derrame pericárdico significativo de larga evolución, con largos períodos asintomáticos, sobre todo si se demuestra el carácter serohemático del líquido pericárdico. El carcinoma ductal infiltrante que padeció nuestra paciente es el tipo más común de cáncer de mama invasivo, responsable del 70-80% del total de este tipo de lesiones, lo que puede explicar la recurrencia después de cinco años de su diagnóstico, de una infiltración pericárdica. Como en nuestro caso, la ecocardiografía es la herramienta imagenológica usada como primera línea.

## Bibliografía

1. Chong HH, Plotnick GD. Pericardial effusion and tamponade: evaluation, imaging modalities,

and management. Compr Ther. 1995;21(7):378-85.

2. Lehmann S, Schröter T, Lehmann A, Altmann I, Leontyev S, Bakhtiary F, Seeburger J, Garbade J, Rastan A, Mohr FW. Pericardial effusion. Differential diagnostics, surveillance and treatment. Chirurg. 2011 Nov;82(11):1001-7.

**Palabras clave:** Derrame pericardio. Hipotensión. Taquicardia.