



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

415/12 - LAS URGENCIAS TAMBIÉN VISITAN LA ATENCIÓN PRIMARIA

L. Villota Ferreiro¹, D. Rodríguez Álvarez², E. Velásquez González³, G. Ferreiro Gómez⁴, A. Meabe Santos³, R. Cuadra San Miguel²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. Ponferrada. León. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. Ponferrada. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años de edad, procedente de Bulgaria, aunque residente en España desde hace 7 años, acude a su centro de salud por cuadro de deterioro del estado general, disminución de la ingesta y disnea intermitente de una semana de evolución. No refiere dolor torácico ni palpitaciones. No disminución de diuresis, ortopnea o disnea paroxística nocturna (DPN). No cambios en el hábito intestinal. No fiebre ni clínica infecciosa. Como antecedentes personales destacan alergia al paracetamol, no hábitos tóxicos, HTA, sarcoma sinovial torácico con metástasis hepáticas y costales en tratamiento paliativo. Sin antecedentes quirúrgicos de interés. Tratamiento farmacológico con enalapril 10 mg, metoclopramida, bisoprolol 5 mg y torasemida 5 mg.

Exploración y pruebas complementarias: TA 98/75 mmHg, FC 113 lpm, SatO2 94%, T^a 36,5 °C. Regular estado general, consciente, orientada y colaboradora, normohidratada, normocoloreada, normoperfundida. Eupneica en reposo. No aumento de la presión venosa yugular. Auscultación cardiaca: rítmica con FC 110 lpm sin soplos añadidos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con hipofonesis en base pulmonar derecha. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes. Pulsos femorales presentes y simétricos. No defensa muscular. Extremidades inferiores: edemas con fóvea hasta raíz de muslo. No signos de TVP o flebitis. Pulsos pedios presentes y simétricos. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales normales sin asimetrías faciales. Fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades. Tono muscular normal. Coordinación motora normal y marcha sin hallazgos de interés. ECG: Ritmo sinusal a 115 lpm, QRS de bajos voltajes (alternancia eléctrica) sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: cardiomegalia, derrame pleural derecho. No condensaciones o infiltrados. Ecografía cardíaca: derrame pericárdico severo, hipercinesis cardíaca (swinging heart). Colapso de cavidades derechas. Vena cava pletórica.

Juicio clínico: Taponamiento cardíaco.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca. Edema agudo de pulmón. Infarto agudo de miocardio.

Comentario final: El diagnóstico del taponamiento cardíaco es fundamentalmente clínico. Suele presentar alguno de los síntomas de la tríada de Beck (ingurgitación yugular, ruidos cardiacos apagados, hipotensión). Las manifestaciones clínicas son variadas, siendo típicos aunque no patognomónicos, el signo de Kussmaul y el pulso paradójico. Gracias a la ecografía a pie de cama en el Centro de salud se pudo filiar el diagnóstico de presunción, siendo los hallazgos del ecocardiograma (derrame pericárdico, colapso de cavidades derechas, corazón bailante) muy sugestivos de taponamiento cardíaco como proceso clínico. Tras las pruebas realizadas

en Atención Primaria, se solicita ambulancia medicalizada para el traslado al hospital de referencia. En Urgencias se amplía el estudio con analítica sanguínea y TAC torácico. Ingresa a cargo de la Unidad de Cuidados paliativos, desarrolla shock cardiogénico secundario al taponamiento cardiaco, siendo exitus 48h tras el ingreso.

Bibliografía

Sagristá Sauleda J, Almenat Bonet L, Ferrer JA, et al. Guías de práctica Cardio Agudos (Vol II). Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Patología pericárdica. Rev Esp Cardiol. 2000;53:394-412.

Vázquez Lima MJ, Casal Codesido, JR. Guía de actuación en Urgencias, 5^a ed, 2017; p. 129-35.

Palabras clave: Disnea. Taponamiento. Ecocardiografía.