



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

## 212/1121 - La discusión letal

C. Celada Roldán<sup>a</sup>, E.R. Schmucke Forty<sup>b</sup>, A.E. Pérez Díaz<sup>c</sup>, E.M. Fernández Cueto<sup>d</sup>, L. Tomás Ortiz<sup>e</sup>, M. Martínez Hernández<sup>d</sup>, M.N. Plasencia Martínez<sup>c</sup>, M.S. Fernández Guillén<sup>d</sup>, S. López Zácarez<sup>e</sup> y A.M. Fernández López<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Antón. Cartagena. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 40 años que acude de forma urgente a nuestra consulta de Atención Primaria ya que refiere disnea brusca junto a dolor torácico opresivo con síncope de minutos de duración tras discusión con su pareja. Como antecedentes de interés destacar hipertensión mal controlada y hábito tabáquico de 2 años.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destacar regular estado general. Tendencia a la somnolencia sin focalidad neurológica. TA: 105/52 Afebril, palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar rítmica a 113 lpm con hipofonesis global predominante en base izquierda y sibilancias bilaterales. Extremidades inferiores edematosas con signos de insuficiencia venosa crónica. ECG: taquicardia sinusal a 100 lpm sin alteraciones de la repolarización. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) por inestabilidad hemodinámica se deriva a hospital en ambulancia medicalizada. En URG: Rx tórax: atelectasia basal derecha y derrame pleural derecho. Analítica: TnI 0,030- 0,015. Dímero D 6.285. PCR 6,8. Hb 9,7, hto 29,7%, leucocitos 9.500 (Nt 6.440), plaquetas 107.000. Coagulación normal. AngioTAC que descarta TEP e informa de derrame pericárdico grave que se confirma con ecocardiograma urgente y muestra compromiso hemodinámico. Se realiza pericardiocentesis urgente, extrayendo 300 ml de líquido pericárdico hemático (bioquímica: Glu 42, hematíes 3.069.000, leucos 8.784, Hcto 33%, Mn 26%, PMN 74%. Micro LP: negativo).

**Juicio clínico:** Taponamiento pericárdico grave con compromiso hemodinámico.

**Diagnóstico diferencial:** Shock cardiogénico. Aneurisma aórtico roto a cavidad pericárdica. Dissección aórtica. Neoplasias. Pericarditis aguda.

**Comentario final:** El taponamiento cardíaco es una emergencia médica ya que produce un severo trastorno hemodinámico que pone en peligro la vida del paciente por lo que desde Atención Primaria es esencial establecer unos criterios diagnósticos (clínica de dolor torácico, disnea, hipotensión y síntomas asociados con bajo gasto cardíaco) para un correcto enfoque que permita ampliar el estudio (ecocardiograma, TAC y/o a RNM) y una actuación terapéutica rápida y eficaz mediante pericardiocentesis evacuadora.

### Bibliografía

1. Zylberman M, Pupareli C, Rosales A, Rosemberg M, Santos D, Gastaldello N, et al. Utilidad del cisplatino intrapericárdico en el tratamiento del derrame pericárdico maligno. Rev Argent Cardiol. 2010;78:114-7.

*Palabras clave:* Disnea. Taponamiento cardiaco. Compromiso hemodinámico. Pericardiocentesis.