Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 1056

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

# 347/3878 - TAPONAMIENTO CARDIACO, UNA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE VITAL IMPORTANCIA

*M. Quesada Martínez[a], V. Nicolás García[b], M. Pérez González[c] y R. García Madrid[b]*

*[a]Médico de Familia. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia.*

## Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años con antecedentes de HT, DM tipo 2 y cáncer de pulmón en estadio IIA. Consulta por disnea de aumento progresivo en las últimas semanas y con intensificación en las últimas 24 horas haciéndose de reposo con ortopnea mayor de la habitual. Asocia dolor centrotorácico de características pleuríticas. No cuadro catarral. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 95/62 mmHg (descenso de presión arterial sistólica con la inspiración), frecuencia cardiaca 120 lpm, Tª 37,5 ºC, saturación O2 90%. Glasgow 15. Taquipneico, palidez cutánea, sudoración, signos de mala perfusión periférica. Cabeza y cuello: carótidas rítmicas sin soplos, discreta ingurgitación yugular con aumento en la inspiración. Auscultación cardiopulmonar: tonos cardiacos apagados. Crepitantes bibasales. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, hepatomegalia. No signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: edemas bilaterales con fóvea. Electrocardiograma: ritmo sinusal, 110 lpm, complejos QRS de bajo voltaje en todas las derivaciones con alternancia eléctrica. Dado la inestabilidad clínica se deriva a urgencias para tratamiento. Analítica: glucosa 180, urea 32, creatinina 0,73, sodio 142, potasio 3,6, pro BNP 8.450, troponina 0,8, hemoglobina 12,1, leucocitos 12.400, neutrófilos 8.200, plaquetas 164.000, tiempo protrombina 72%, INR 1,21, dímero D 300. Gasometría venosa: pH 7,32, CO2 55, HCO3 23. Radiografía de tórax: cardiomegalia con leve pinzamiento senos costofrénicos. Ecocardiografía de urgencias: colapso telediastólico de la aurícula y ventrículo derecho.

Orientación diagnóstica: Taponamiento cardiaco.

Diagnóstico diferencial: Edema agudo de pulmón, infarto agudo de miocardio, tromboembolismo pulmonar, disección de aorta.

Comentario final: El taponamiento cardiaco es una patología de riesgo vital, presenta características clínicas especiales que debemos identificar para solicitar las pruebas diagnósticas específicas como es la ecocardiografía para confirmar esta patología. Es de vital importancia realizar un abordaje rápido y efectivo para diagnosticar y realizar el tratamiento con pericardiocentesis precozmente, mejorando clínica y hemodinámicamente el paciente. De lo contrario, el retraso en el diagnóstico puede llevar al fallecimiento por el rápido deterioro hemodinámico con el que cursa cuando no es tratada a tiempo.

## Bibliografía

1. Bolaños Gómez CE. Taponamiento cardiaco. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2016;LXXIII(618):165-72.

Palabras clave: Derrame pericárdico. Taponamiento cardiaco. Clínica. Diagnóstico.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.