



6020-223. ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL DERRAME PERICÁRDICO GRAVE CON DATOS INCIPIENTES CLÍNICOS O ECOCARDIOGRÁFICOS DE TAPONAMIENTO CARDIACO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Vanesa Bruña, Carolina Devesa Cordero, Lourdes Vicent Alaminos, Iago Sousa Casasnovas, Miriam Juárez Fernández, Manuel Martínez Sellés y Francisco Fernández Avilés, del Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El taponamiento cardiaco es una entidad que exige generalmente una rápida actuación, con varias causas posibles que requieren un amplio estudio.

Métodos: Estudio descriptivo de casos consecutivos de derrame pericárdico grave con indicación de drenaje registrados entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2018 en nuestro centro.

Resultados: Se registraron 84 casos. La edad media era de 63 años, 31 eran mujeres (37%). El resto de características basales se recogen en la tabla. Solo 15 (17,9%) se manifestaron con compromiso hemodinámico. La mayoría de los derrames pericárdicos tenían distribución circunferencial ($n = 74$, 88%). El resto eran asimétricos de predominio en cara lateral de ventrículo izquierdo. Se describió colapso de cavidades derechas en 57 casos (69,7%), plétora de vena cava inferior en 51 (60,7%), y variación de los flujos transtricuspidé o transmitral en 26 (31%). El abordaje inicial para el drenaje fue quirúrgico en 7 casos (8,3%), y percutáneo en el resto ($n = 74$, 88,1%): 62 por vía subxifoidea (73,8%) y 12 por vía apical ecoguiada (14,3%). En 3 casos se decidió abordaje médico (3,6%). Las causas se recogen en la figura. 19 recidivaron (22,6%). Nueve de ellos eran derrames idiopáticos (47,4%), 6 eran derrames oncológicos (31,6%), 1 por insuficiencia cardiaca (5,3%), 1 por enfermedad de Lyme (5,3%), 1 por perforación coronaria (5,3%), y 1 tuberculoso (5,3%). Dos pericardiocentesis percutáneas subxifoideas se complicaron con perforación de pared de ventrículo derecho (2,4%), resueltas exitosamente con cirugía urgente. Hubo 25 pacientes fallecidos durante el seguimiento (29,8%), 2 durante el ingreso inicial por derrame pericárdico (2,4%): uno por *shock* mixto y otro por parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria por fibrilación ventricular durante la cirugía. 17 de los 25 fallecidos a largo plazo (68%) fallecieron como consecuencia de su tumor de base. Una causa de muerte (4%) fue *shock* séptico, otra (4%) se produjo por isquemia de MMII y el resto de fallecimientos son de causa desconocida ($n = 4$, 16%).

Características basales

Hipertensión arterial

$n = 50$, 59,5%

Dislipemia	n = 31, 37%
Tabaquismo activo	n = 16, 19%
Tabaquismo inactivo	n = 22, 26,2%
Obesidad	n = 9, 10,7%
Diabetes mellitus	n = 24, 28,6%
Fibrilación auricular (todos anticoagulados)	n = 22, 26,2%
Cardiopatía isquémica	n = 13, 15,5%
Cardiopatía valvular	n = 6, 7,1%
Miocardiopatía no compactada	n = 1, 1,2%
Miocardiopatía por antraciclinas	n = 1, 1,2%
Derrame pericárdico crónico	n = 4, 4,8%
Portadores de marcapasos	n = 3, 3,6%
Ictus previos	n = 3, 3,6%
Enfermedad pulmonar crónica	n = 24, 28,6%
Enfermedad renal crónica	n = 15, 17,9%
Cáncer activo	n = 8, 9,5%
Cáncer en remisión completa	n = 18, 21,4%
Infección VIH	n = 2, 2,4%

Tratamiento inmunosupresor activo (trasplante renal/hepático)

n = 3, 3,6%

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.



Causas de derrame pericárdico.

Conclusiones: El derrame pericárdico con datos incipientes de taponamiento es frecuentemente idiopático, y la segunda causa más frecuente es la oncológica. La pericardiocentesis percutánea es un procedimiento accesible y seguro, que rara vez se complica. Los derrames de causa oncológica tienen peor pronóstico a largo plazo dada la patología de base.