Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 891

Revista Española de Cardiología

6015-491. TAPONAMIENTO CARDIACO: CAUSAS Y EVOLUCIÓN

Cristina Sánchez Enrique, Iván Núñez-Gil, Ana Viana, Jean Paul Vilchez Tschischke, Julián Palacios Rubio, Alberto Cecconi, Carlos Macaya y Antonio Fernández Ortiz del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: El taponamiento cardiaco es una entidad grave que requiere identificación urgente. Existen pocos datos acerca de su etiología y evolución. El objetivo del estudio fue determinarlas.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 109 pacientes ingresados por taponamiento cardiaco entre 2003 y 2012. Se revisaron la epidemiología, clínica, características del líquido y sucesos adversos en el seguimiento (recidiva de taponamiento ± muerte).

Resultados: El 53% eran varones y la edad media 63,3 ± 17,4 años. Entre los antecedentes destaca que el 32% tenía cáncer, el 10% recibía anticoagulación, 10 pacientes tuvieron un IAM y 3% un traumatismo. Un gran porcentaje se había sometido a un procedimiento invasivo reciente: 11% coronariografía, 5% cirugía cardiaca e implantación de marcapasos (MCP). El 20% refería clínica infecciosa, 15% fiebre y el 10% asoció derrame pleural. Fue precisa pericardiocentesis en el 79% y ventana subxifoidea en el resto. Las características del líquido fueron: aspecto predominantemente hemático (37%) o serohemático (28%), volumen medio fue 817 mL, la mitad exudados, citología positiva para malignidad en el 18%, bacterias en 5 casos y levaduras en 1. El Zielh Nielssen fue negativo en todos. La causa mayoritaria (31,5%) fue tumoral (17% pulmonares y 6% de mama), seguida de la infecciosa-idiopática (18%) y urémica (5,4%). 8 casos se dieron post-IAM, 5 tras angioplastia primaria, 2 poscirugía cardiaca y 1 caso tras implantación de prótesis valvular aórtica transcatéter (TAVI), cateterismo diagnóstico, implantación de MCP y realización de estudio electrofisiológico. El 3,6% fue por tuberculosis, 2 en anticoagulados, 1 por hipotiroidismo y otro tras radioterapia (tabla). Tras un seguimiento mediano de 102 días (rango 0–2.687) el 41% presentó algún evento: recidiva en 16 pacientes (la mayoría de etiología tumoral y urémica), con una media de aparición a los 55 días; y muerte en 38 (22 durante el ingreso índice). De ellos 23 fueron por causa tumoral, 5 infecciosa y el resto por otras patologías (fig.).

Figura. Curva de supervivencia (Kaplan-Meier).

Tipo de tumor en pacientes con taponamiento cardiaco	
	Tipo de tumor en pacientes con taponamiento cardiaco

Número de pacientes	Porcentaje	
Adenocarcinoma de mama	6	17,6
Adenocarcinoma de pulmón	13	38,2
Adenocarcinoma Indiferenciado	1	2,9
Carcinoma de cérvix	1	2,9
Carcinoma de probable origen pulmonar	2	5,9
Carcinoma de pulmón de células grandes	2	5,9
Carcinoma epidermoide de pulmón	1	2,9
Carcinoma gástrico	1	2,9
Carcinoma microcítico de pulmón	1	2,9
Carcinoma de recto	1	2,9
Carcinoma de tiroides	1	2,9
Linfoma folicular	1	2,9
Melanoma	1	2,9
Tumor de origen desconocido	2	5,9
Total	34	100,0

Conclusiones: La mayoría de los taponamientos se dan en pacientes oncológicos, cuyo pronóstico es infausto ya que suelen estar en estadios avanzados. Aún existe un gran porcentaje cuya causa es idiopática, por lo que es importante seguir un protocolo diagnóstico exhaustivo de forma reglada que ayude a disminuirlo.