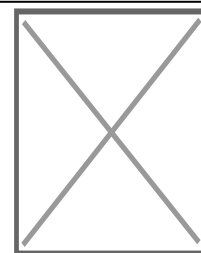


Revista Española de Cardiología



6005-12. TAPONAMIENTO CARDIACO EN LA UNIDAD CORONARIA

Luis López Flores¹, Fernando Altarejos Salido¹, Rocío Martínez Núñez¹, María Correa Romero², Jesús Carmona Carmona¹ y Juan Carlos García Rubira¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y ²Universidad de Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El taponamiento cardiaco constituye una emergencia médica que puede ser revertida con un reconocimiento rápido y un tratamiento adecuado. La frecuencia de las diferentes etiologías varía en función de la geografía y criterios de selección. Tras el cuadro agudo, sigue teniendo consecuencias pronósticas importantes, ya que puede ser la primera manifestación de una enfermedad oncológica. El objetivo de nuestro trabajo fue revisar las causas, la forma de presentación y las variables asociadas a diagnóstico de malignidad o muerte en el seguimiento en los pacientes sometidos a drenaje de derrame pericárdico en la Unidad Coronaria de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyen a los pacientes sometidos a pericardiocentesis o a drenaje quirúrgico de derrame pericárdico con ingreso en Unidad Coronaria entre septiembre de 2019 y septiembre 2021.

Resultados: Se realizaron 39 procedimientos de drenaje pericárdico en 36 pacientes. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer (42,9%, de los que el 40% no tenían diagnóstico previo de cáncer), iatrogénico (5,7%), pericarditis (14,3%) y posoperatorio de cirugía cardiaca (11,4%). A los 3 meses, 7 pacientes (20%) habían fallecido, 6 por cáncer. En el líquido pericárdico, la glucosa y proteínas bajas se asociaron a malignidad. El aspecto del líquido (seroso/hemático) y la forma de presentación clínica no permitieron predecir etiología maligna del derrame ni mortalidad a los 3 meses.

Derrame causa maligna vs otras causas

Características	Derrame pericárdico de causa maligna (DPM) (n = 15; 42,9%)	Otras causas de derrame pericárdico (ODP) (n = 20; Valor p 57,1%)	
Edad, años	63,6 ± 11,3	66,2 ± 10,8	0,471
Sexo mujer	6 (40,0%)	4 (20,0%)	0,266

Tabaquismo	5 (33,3%)	4 (20,0%)	0,451
HTA	4 (26,7%)	18 (90,0%)	0,001
Diabetes mellitus	1 (6,7%)	13 (65,0%)	0,001
Dislipemia	3 (20,0%)	14 (70,0%)	0,006
Cardiopatía isquémica	2 (13,3%)	10 (50,0%)	0,034
AVC previo	2 (13,3%)	3 (15,0%)	1,000
Cáncer previo	9 (60,0%)	3 (15,0%)	0,011
ERC previa	1 (6,7%)	4 (20,0%)	0,365
Derrame pericárdico previo	2 (13,3%)	5 (25,0%)	0,672
Aspecto macroscópico			
Seroso	3 (20,0%)	1 (5,0%)	0,292
Serohemático	7 (46,7%)	12 (60,0%)	0,433
Hemático	5 (33,3%)	6 (30,0%)	0,833
Glucosa en LP, mg/dl	84,6 ± 38,6	118,3 ± 56,6	0,048
Proteínas en LP, g/dl	4,54 ± 0,60	5,23 ± 0,57	0,005
Hematíes en LP, × 1.000/?l	855,5 ± 1,057,1	814,0 ± 1,003,9	0,711
Leucocitos en LP, × 1/?l	2,470 ± 1,862	2,743 ± 2,049	0,707
Citología de LP positiva	3 (20,0%)	0 (0,0%)	0,224

Fallecido durante el ingreso	1 (6,7%)	1 (5,0%)	1,000
Fallecido a los 3 meses	6 (40,0%)	1 (5,0%)	0,027

AVC: accidente vascular cerebral; ERC: enfermedad renal crónica; HTA: hipertensión arterial; LP: líquido pericárdico.



Etiologías del taponamiento cardiaco.

Conclusiones: El taponamiento cardiaco es una situación clínica grave con buena evolución intrahospitalaria tras el tratamiento adecuado. La causa más frecuente es el cáncer, con una alta mortalidad en el seguimiento a corto plazo (40% a los 3 meses).