

Caso Clínico

Caso clínico de derrame pericárdico crónico severo idiopático

Clinical case: severe idiopathic chronic pericardial effusion

Boris Loja Zavala.

Sanatorio UME (Unidad Médica Educativa). Chaco, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 10 de Junio de 2021

Aceptado después de revisión

el 24 de Febrero de 2022

www.revistafac.org.ar

El autor declara no tener
conflicto de intereses

Palabras clave:

Taponamiento Cardíaco.

Derrame Pericárdico.

Keywords:

Cardiac Tamponade.

Pericardial effusion.

Abreviaturas:

TP: Taponamiento Cardíaco

DPCSI: Derrame Pericárdico Crónico Severo Idiopático

RMN: Resonancia Magnética Nuclear

TC: Tomografía Axial Computarizada

RESUMEN

Objetivos: Determinar la importancia de la semántica semiológica como método diagnóstico sobre los estudios complementarios, así como también la presentación y evaluación clínica del paciente con Derrame Pericárdico Crónico Severo Idiopático.

El Derrame Pericárdico Crónico Severo Idiopático es un tema poco conocido, con escasos estudios realizados, así como causas etiológicas variables, los pacientes que presentan DPCSI (Derrame Pericárdico Crónico severo Idiopático) por lo regular pueden pasar asintomáticos por un periodo prolongado de tiempo, sin embargo, en algún momento pueden desarrollar síntomas y en casos excepcionales complicaciones tales como el Taponamiento Cardíaco. El caso clínico expuesto, se trata de un paciente masculino de 74 años de edad, que ingreso derivado por guardia, por presunto ACV en curso, acude sin familiares, por lo que se desconocía antecedentes patológicos previos, se encontraba en mal estado general, hemodinámicamente inestable, con deterioro del sensorio, que luego de una exhaustiva valoración por parte del servicio de cardiología se lo asume como un Taponamiento Cardíaco, descartándose de esta manera ACV, motivo por el cual se realizó una Pericardiocentesis de emergencia, decisión que fue tomada basándose en la priorización esquemática semiológica sobre los estudios complementarios que fueron realizados, la evolución del paciente fue favorable, se determinó que la causa que lo conllevó a mencionado evento fue DPCSI, paciente fue dado de alta en buenas condiciones.

Clinical case: severe idiopathic chronic pericardial effusion

ABSTRACT

Objectives: To determine the importance of semiological semantics as a diagnostic method in auxiliary tests, as well as the presentation and clinical evaluation of patients with Severe Idiopathic Chronic Pericardial Effusion.

Severe Idiopathic Chronic Pericardial Effusion is a little known topic, with few studies carried out, as well as variable etiological causes. Patients who present Severe Idiopathic Chronic Pericardial Effusion (SICPE) can usually be asymptomatic for a prolonged period of time; however, at some point they can develop symptoms, and in exceptional cases, complications such as Cardiac Tamponade. The clinical case presented is a 74-year-old male patient, who was admitted referred from the ER, due to a presumed stroke in progress, who presented without family members, so his previous pathological history was unknown. He was in a poor general condition, hemodynamically unstable, with deterioration of the sensorium, symptoms that after an exhaustive evaluation by the cardiology service are assumed to be Cardiac Tamponade, thus ruling out stroke. For this reason, an emergency pericardiocentesis was performed, a decision that was made based on the semiological diagram based on the auxiliary tests that were carried out. The evolution of the patient was favorable, and it was determined that the cause that led to the aforementioned event was SICPE. The patient was discharged in good condition.

INTRODUCCIÓN

El Pericardio es un doble saco membranoso, fibroso y seroso que envuelve al corazón y al origen de los grandes vasos. Está compuesta por una capa interna o visceral serosa y una capa externa o parietal fibrosa. El espacio pericárdico está localizado entre la capa parietal y visceral. Normalmente contiene entre 10 a 50 ml de fluido claro que actúa como lubricante, permitiendo el movimiento libre del corazón dentro del saco pericárdico, y se distribuye mayormente en los surcos auriculoventricular e inter-ventricular^{1,2,3}.

El espectro de los derrames pericárdicos van desde la presencia de derrames leves asintomáticos hasta el cuadro de taponamiento cardíaco, podemos clasificarlo según el tipo de comienzo en agudo, subagudo, crónico (mayor a tres meses); por su distribución en circunferencial o loculado; por el impacto hemodinámico sin complicación, taponamiento cardíaco y efusivo-constrictivo; por el tamaño en leve > 10 mm, moderado 10-20 mm, grave < 20 mm por método ecocardiográfico, siendo el más utilizado el modo M con criterios de Weitzman; y por su composición exudado, trasudado, hemorrágico, quilopericardio (contenido linfático), piopericardio, presencia de aire o gas^{1,3}.

El primer desafío frente a un Derrame Pericárdico es determinar su etiología, entre las que se incluyen la Infectológica (Bacteriana, Viral, Tuberculosis, Hongos); la repercusión hemodinámica como la Insuficiencia Cardíaca, Hipertensión Pulmonar, Derrame Post-infarto Agudo de Miocardio; causas metabólicas tales como hipoalbuminemia, hipotiroidismo, Insuficiencia Renal^{3,4,5,6}.

Un estudio realizado en Argentina entre 1992 y el 2005, en el cual se evaluaron a 152 pacientes, reveló que la primera causa de Derrame Pericárdico Crónico Severo fue la Idiopática, seguida de la neoplasia⁷.

Una complicación del Derrame Pericárdico es el Taponamiento Cardíaco, que lo podemos determinar por diversas herramientas diagnósticas, siendo la principal la semiología, pudiendo encontrar taquicardia, hipotensión, pulso paradójico, aumento de la presión venosa yugular, ruidos cardíacos atenuados, reducción del voltaje electrocardiográfico con alternancia eléctrica, así como estudios por imágenes tales como radiografía de tórax, tomografía computarizada o RMN (clase IIa con nivel de evidencia B), y ecocardiograma (clase I nivel de evidencia B).

Si el paciente presenta descompensación hemodinámica, así como evidencia de muerte eminente, se deber tomar la decisión de pericardiocentesis^{1,2}.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 74 años de edad, que es derivado a la guardia médica por presentar presunto ACV en curso, acude sin acompañantes, en mal estado general, somnoliento, disnea CF III-IV, signos vitales: PA: 60/30 mmHg, FC: 93 Lpm, T: 36° C, SpO2: 75% con aporte de O2 por mascarilla, FR: 23 rpm, Hemogluco-test: 115 mg/dl, se evidencia restos alimentarios por lo que se coloca sonda nasogástrica, así como colocación de sonda vesical (presencia de hematuria).

El examen físico realizado presentó a nivel de cuello ingurgitación yugular grado II-III/IV en especial en la inspiración, con respecto al aparato respiratorio la elasticidad y expansibilidad se encontraban disminuidos con presencia de estertores crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares, con predominio en base pulmonar derecha.

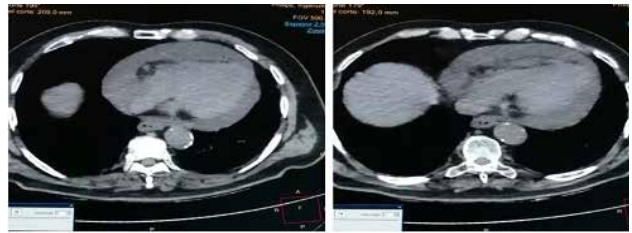


FIGURA 1.

TC de Tórax donde se observa un importante derrame pericárdico de distribución circunferencial que alcanza un espesor máximo en la porción antero inferior de 33 mm con densidad 18 UH.

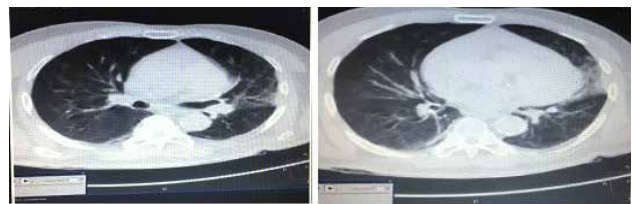


FIGURA 2.

TC de tórax ventana pulmonar se puede evaluar parénquima pulmonar con infiltrados en vidrio esmerilado sobre la lóbulos y refuerzo intersticial bibasal.

En cuanto al aparato cardiovascular, los ruidos cardíacos atenuados, pulso radial débil en inspiración. Las extremidades con presencia de hemiparesia fascio-braquio-crural izquierda, edema de miembros inferiores que dejan fóvea Godet +++/++++. Examen neurológico: paciente con un Glasgow de 9/15, pupilas isocóricas normoreactivas a luz.

Se realizó electrocardiograma donde se constató disminución de la amplitud del QRS.

Se realizó TC simple de cráneo, así como de tórax, en las cuales se pudo observar secuelas de daño cerebral isquémico crónico, sin evidencia de un episodio agudo; la tomografía de tórax muestra importante derrame pericárdico en región antero inferior (figura 1), en ventana pulmonar se reconocen infiltrados en vidrio esmerilado sobre la lóbulos e intersticio bibasal (figura 2).

Mientras se realizaban estudios complementarios se pudo contactar con un familiar (hija), quien informa antecedentes del paciente Hipotiroidismo, Hipertensión Arterial, ACV secular por el que permanece postrado, Derrame Pericárdico con pericardiocentesis en 2 ocasiones previas; además refiere abandono de su medicación habitual (Enalapril 10 mg cada 12 horas, Levotiroxina 150 mcg día, Furosemida/Espironolactona 40/25 mg día). El paciente había acudido al hospital de su localidad por disnea como síntoma principal, desde donde fue derivado al sanatorio.

Al paciente se lo asume como Taponamiento Cardíaco debido a un Derrame Pericárdico Crónico Severo, se tomó en cuenta la semiología presentada, tríada de Beck, signo de Kussmaul, pulso paradójico, así como TC de tórax, ECG. En evidencia de la inestabilidad hemodinámica, con peligro de muerte inminente, se tomó la decisión de realizar pericardiocentesis de urgencia.

A las 3 horas de su ingreso se realizó la pericardiocentesis, drenándose un aproximado de 500 ml de líquido pericárdico de aspecto seroso, con mejoría hemodinámica relativa y estabilización

del paciente, se dejó un dren, que en 24 horas drenó 150 ml más de líquido pericárdico con un total de 650 ml, se realizó análisis de la muestra tomada, mismo que reportó características de trasudado.

En cuanto a los resultados del laboratorio de ingreso, lo más relevante fue la presencia de Leucocitosis: 13.400/mm³, alteración en la función renal urea: 0.74g/l, creatinina: 4.82 mg/dl, el ionograma mostró hipopotasemia 2.98 mEq/l, sodio dentro de parámetros normales 145 mEq/l, perfil hormonal (muestra tomada al ingreso y reportada en el transcurso de su internación) TSH: 25.80 uUI/ml, T3: 0.37ugr/l, T4 libre: 6.20 pmol/l.

El paciente permaneció internado por el lapso de 7 días, en el transcurso de su internación presentó Insuficiencia Renal Aguda, misma que tuvo una remisión por aporte hídrico, y a su vez se realizó corrección del medio interno; Neumonía Adquirida en la Comunidad por lo que se mantuvo con un esquema antibiótico, así como su Derrame Pericárdico con inestabilidad hemodinámica, con necesidad de inotrópicos, con mejoría y retiro paulatino de los mismos, con instauración de levotiroxina, con una evolución favorable por lo que se le dio el alta sanatorial.

DISCUSIÓN

El Derrame Pericárdico Crónico Severo es una enfermedad con información limitada, existen pocos datos de ensayos aleatorizados que orienten a los médicos. La AHA (American Heart Association), así como ACC (American College of Cardiology) no presentan guías sobre el tema, sin embargo, recomiendan seguir las guías ESC 2015 sobre diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio (Sociedad Europea de Cardiología)⁸. En el 2000 la SEC (Sociedad Española de Cardiología) presentó contenido sobre guías de práctica clínica de patología pericárdica⁹. En Latinoamérica la SAC (Sociedad Argentina de Cardiología) presentó en el 2017 el consenso de enfermedad pericárdica, no obstante estudios específicos sobre Derrame Pericárdico Crónico Severo son escasos, el más llamativo es un estudio realizado en Argentina por el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de la Fundación Favalaro desde 1992 hasta el 2005, expuesto por la SAC, donde fueron analizados 152 pacientes por 13 años, donde se determinó que 54 pacientes presentaron Derrame Pericárdico Severo y 17% presentaron taponamiento cardíaco: las causas se atribuyeron en primer lugar a las idiopáticas, seguido por neoplásicas, hipotiroidismo, tuberculosis, insuficiencia renal, vasculitis^{3,5}.

En el caso clínico presentado se determinó que se trataba de un DPCSI, las características del líquido pericárdico determinaron un trasudado, no presentaba el patrón de pintura dorada de etiología hipotiroidea, se excluyeron otras causas posibles, por lo que se llegó a la conclusión que era de origen idiopático^{3,7,8}. La interconsulta realizada con el servicio de Medicina Interna coincidió que aunque el hipotiroidismo es una causa del DPCSI, no suele ocasionar inestabilidad hemodinámica, descartando esa posibilidad. En casos de TP, ya sean ocasionados por Derrames Pericárdicos agudos o severos, en los que se evidencie un peligro para el paciente, las guías recomiendan la pericardiocentesis en lo posible con guía ecocardiográfica, en el caso de remisiones, la pericardiectomía es una opción segura^{1,2,10}.

Las guías atribuyen a la ecocardiografía como el método más eficaz frente a un Derrame Pericárdico así como para determinar el Taponamiento Cardíaco, a pesar de ello, el que subscribe considera que la primera herramienta diagnóstica será la semiología, la realización de una historia clínica minuciosa, ECG y la complementación de estudios por imágenes, estos últimos serán dependientes de lo que cuente cada sanatorio, con la finalidad de realizar una estrategia diagnóstica y un tratamiento adecuado^{1,3,7,11}.

CONCLUSIÓN

Cuando el Taponamiento Cardíaco es evidente y amenaza la vida del paciente, la toma de decisiones debe ser de urgencia, tomando en consideración la importancia de la semiología como primera herramienta diagnóstica, el apoyo electrocardiográfico así como estudios de imágenes que se dispongan en la guardia médica en ese momento, si el diagnóstico es desconocido, se debe realizar una evaluación minuciosa del paciente una vez que se encuentre fuera de peligro, con el objetivo de determinar su etiología, que en este caso se estableció que la causa probable fue el DPCSI. Si se cuenta con la posibilidad de interrogar al paciente o familiar, con la finalidad de conocer los antecedentes patológicos personales así como para realizar una anamnesis adecuada, que en conjunto con lo anteriormente mencionado se podrá realizar un tratamiento eficaz y en el menor tiempo posible.

BIBLIOGRAFIA

- Adler Y, Charron P, Imazio M. et al. Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. Rev Esp Cardiol 2015; 68: 1126.e1-e46
- Zipes D, Libby P, Bonow R, et al. Tratado de Cardiología. Texto de Medicina Cardiovascular. Undécima Edición. Elsevier, Inc. 2015. Tema: Enfermedades del Pericardio. Cap. 85. Páginas: 1667-1672.
- Casabé H, Klin P, Oberti P, et al. Consenso Enfermedades del Pericardio. Rev Soc Arg Cardiol 2017; 85: 5 - 54.
- Clavería C, Vergara L, Negrón S, et al. Derrame Pericárdico, Enfrentamiento Clínico. Rev Chil Pediatr 2009; 80: 262 - 273
- Barwell J. Healthline. Cardiac Tamponade. 2019. Disponible en <https://www.healthline.com/health/cardiac-tamponade> Acceso 24 de Febrero de 2022.
- Sagrístá Sauleda J, Almenar Bonet L, Juan Ángel Ferrer et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 394 - 412.
- Gabe E, Santos J, Casabé H, et al. Presentación clínica y evolución alejada de los derrames pericárdicos crónicos severos idiopáticos. Rev Arg Cardiol 2007; 75: 6 - 11.
- Little WC, Freeman GL. Pericardial Disease. Circulation 2006; 113: 1622 - 1632.
- Sagrístá J, Gaietà Permanyer-Miraldá JA, Soler-Soler J. Long-Term Follow-up of idiopathic Chronic Pericardial Effusion. N Engl J Med 1999; 341: 2054 - 2059.
- Navarro Ulloa O, Bello Espinosa A, Borré Naranjo D, et al. Derrame pericárdico y taponamiento cardíaco. Revista Colombiana de Cardiología 2017; 24: 622 - 625.
- Alonso Lizano Loría C. Manejo Del Derrame Pericárdico. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 2015; 71: 819 - 823.