



---

## REPORTE DE CASO

---

# TAPONAMIENTO CARDÍACO IDIOPÁTICO: REPORTE DE UN CASO.

### *IDIOPATHIC CARDIAC TAMPONADE: CASE REPORT.*

Juan Pablo Blanco<sup>1</sup>, Allyson Cid<sup>1</sup>, Felipe Cifuentes<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Interno de medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

---

## RESUMEN

---

**Introducción:** El taponamiento cardíaco es una alteración del llenado del corazón como resultado de acumulación de líquido en el pericardio bajo presión.

**Caso Clínico:** Hombre de 44 años con antecedentes de artritis reumatoide y orquiectomía derecha por seminoma. 4 días después de su primer ciclo de quimioterapia consulta por dolor abdominal, vómitos y compromiso del estado general. Ingresa febril, mal perfundido, abdomen distendido y sensible a la palpación. Laboratorio destaca parámetros inflamatorios elevados, leucopenia y neutropenia severa. Evoluciona inestable hemodinamicamente, requiriendo resucitación con cristaloides y drogas vasoactivas. Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis destaca gran masa retroperitoneal compatible con adenopatías y trombosis extensa de vena cava infrarrenal e ilíaca común izquierda. Se hospitaliza con diagnóstico de neutropenia febril, iniciando antibióticos de amplio espectro y antifúngicos. Presenta reagudización de dolor abdominal, rectorragia, taquicardia e hipotensión sostenida. AngioTC de tórax, abdomen y pelvis evidencia extenso derrame pericárdico y pleural sin identificarse sitio de sangrado. Ecocardiografía transtorácica evidencia signos de taponamiento cardíaco. Se maneja shock hipovolémico y se instala drenaje pericárdico. Estudio de líquido pericárdico determina transudado, sin diagnóstico etiológico específico. Evoluciona favorablemente, con estabilización de su condición de base. Se da alta hospitalaria.

**Discusión:** El síntoma cardinal del taponamiento cardíaco es el dolor torácico. Si bien hay signos comunes al examen físico como la hipotensión, no son específicos. La conducta diagnóstica fue realizar AngioTC de tórax, resultando el taponamiento extenso como hallazgo. El tratamiento definitivo es el drenaje pericárdico. El líquido extraído debe ser estudiado para determinar la etiología probable.

**PALABRAS CLAVE:** *taponamiento cardíaco; derrame pericárdico; shock.*

---

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Cardiac tamponade is a heart filling alteration as a result of accumulation of fluid in the pericardium under pressure.

**Clinical Case:** 44 years old man with history of rheumatoid arthritis and orchiectomy for right seminoma. Four days after his first cycle of chemotherapy he presents abdominal pain, vomiting and malaise. On the Emergency Room he is febrile, poorly perfused, has distended abdomen and tenderness to palpation. Laboratory shows elevated inflammatory parameters, leukopenia and severe neutropenia. He evolves hemodynamically unstable, requiring crystalloid resuscitation and vasoactive drugs. Abdominal and pelvic computed tomography shows a large retroperitoneal mass compatible with lymphadenopathy and extensive infrarenal vena cava and left common iliac artery thrombosis. He is hospitalized with a





diagnosis of febrile neutropenia, initiating broad-spectrum antibiotics and antifungal agents. The patient presents exacerbation of abdominal pain, rectal bleeding, tachycardia and sustained hypotension. Chest, abdomen and pelvis CT angiography shows extensive pericardial and pleural effusion without identification of the bleeding site. Transthoracic echocardiography shows signs of cardiac tamponade. Hypovolemic shock is handled and a pericardial drainage is installed. Analysis of pericardial fluid finds transudate, without specific etiologic diagnosis. The patient evolves favourably, with stabilization of his base condition. He is discharged.

**Discussion:** The cardinal symptom of cardiac tamponade is chest pain. While there are common signs on physical examination as hypotension, they are not specific. Diagnostic conduct was performing a CT angiography, resulting in extensive tamponade as a finding. The definitive treatment is pericardial drainage. The extracted liquid should be studied to determine the cause of the effusion.

**KEYWORDS:** *pericardial effusion; cardiac tamponade; shock.*

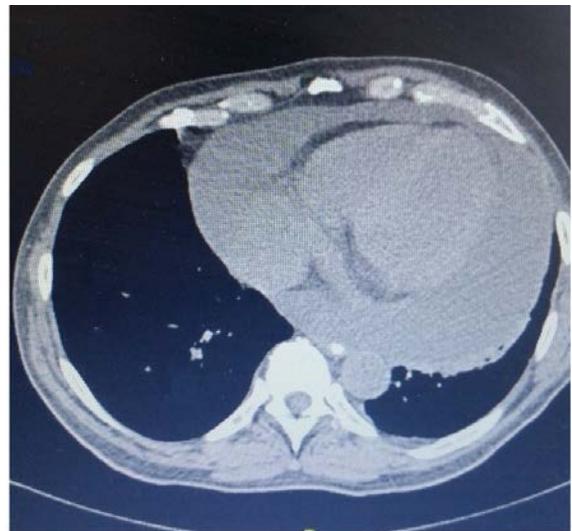
## INTRODUCCIÓN

El taponamiento cardíaco resulta de la acumulación de líquido pericárdico bajo presión, resultando en una alteración del llenado cardíaco y compromiso hemodinámico<sup>(1)</sup>. Los tipos de taponamiento incluyen: agudo, subagudo, oculto (de baja presión) y regional<sup>(2)</sup>. Las causas son variadas incluyendo las infecciosas, autoinmunes, neoplásicas, cardíacas, traumas, metabólicas, radiación, drogas e idiopáticos, siendo esta última la más frecuente<sup>(3,4,5)</sup>. A continuación, presentamos un caso de Taponamiento Cardíaco de tipo agudo de causa idiopática.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 44 años, sexo masculino. Antecedentes de artritis reumatoide y orquiectomía derecha por seminoma, con recidiva tumoral de reciente diagnóstico. Consulta por cuadro de dolor abdominal, vómitos y compromiso del estado general, que comienza 4 días después de su primer ciclo de quimioterapia. Ingresa febril, mal perfundido, con abdomen distendido y sensible a la palpación. Laboratorio destaca parámetros inflamatorios elevados, leucopenia y neutropenia severa. Evoluciona rápidamente con inestabilidad hemodinámica, requiriendo resucitación con cristaloides y drogas vasoactivas. Tomografía computada de abdomen y pelvis destaca gran masa retroperitoneal compatible con adenopatías y trombosis extensa de vena Cava infrarrenal y vena íliaca común izquierda. Se hospitaliza con diagnóstico de neutropenia febril, recibe cobertura antibacteriana de amplio espectro y antifúngica. El día 14 de hospitalización presenta reagudización de su

dolor abdominal, rectorragia, taquicardia e hipotensión sostenida con caída de hemoglobina hasta 5.3g/dL. AngioTC de tórax (**Figura 1**), abdomen y pelvis evidencia extenso derrame pericárdico y pleural, sin progresión de trombosis, sin tromboembolismo pulmonar (TEP), no se identifica sitio de sangrado digestivo. Ecocardiografía transtorácica evidencia signos de taponamiento cardíaco. Se maneja shock hipovolémico y se instala drenaje pericárdico. Estudio de líquido pericárdico determina efusión con características de transudado, sin diagnóstico etiológico específico. Paciente evoluciona de manera favorable, con estabilización de su condición de base, sin neutropenia, sin nuevos episodios de sangrado. Se da alta hospitalaria.



**Figura 1.** AngioTC de Tórax- Derrame pericárdico extenso



## DISCUSIÓN

Los síntomas de presentación de taponamiento cardíaco varían en función del tipo de presentación: los pacientes con taponamiento cardíaco agudo suelen tener dolor en el pecho, disnea, taquipnea y/o taquicardia, asociada a un traumatismo o un procedimiento cardíaco; no existiendo ninguno de estos 2 últimos en este paciente. Una serie de hallazgos pueden estar presentes al examen físico, tal como la hipotensión, sin embargo, ninguno por sí solo es altamente sensible o específico para el diagnóstico<sup>(6)</sup>.

La sospecha clínica puede ser complementada con electrocardiograma, radiografía de tórax y ecocardiograma. En el caso de este paciente, la primera conducta diagnóstica fue realizar un AngioTC de tórax para descartar el diagnóstico de TEP, resultando del estudio imagenológico, el hallazgo de un derrame pericárdico extenso. Por lo general, la TC y la resonancia magnética cardiovascular (RMC) no son necesarias para la evaluación de un derrame pericárdico si la ecocardiografía está disponible. Sin embargo, el derrame pericárdico puede ser diagnosticado inicialmente por TC, especialmente cuando se utiliza con otros fines diagnósticos, como el descartar TEP. Además, la TC puede ayudar a determinar la factibilidad de realizar un drenaje percutáneo, en comparación con el quirúrgico, cuando el taponamiento cardíaco es subagudo debido a un derrame tabicado o complejo<sup>(7)</sup>.

Por otro lado, el uso de la ecocardiografía para la evaluación de todos los pacientes con sospecha de enfermedad pericárdica fue altamente recomendado por un grupo de trabajo de 2003 de la American College of Cardiology, la Asociación Americana del Corazón, y la Sociedad Americana de Ecocardiografía<sup>(8)</sup>.

Con respecto al manejo, el tratamiento definitivo es el drenaje pericárdico, favoreciendo la disminución de la presión intrapericárdica y la estabilidad hemodinámica. La necesidad de drenaje pericárdico depende de la repercusión sistémica, los hallazgos ecocardiográficos, así también de los riesgos inherentes al tratamiento. El drenaje percutáneo y el drenaje quirúrgico son efectivos para el manejo del taponamiento cardíaco, siendo el drenaje percutáneo guiada por ecocardiografía el abordaje de elección<sup>(6,9,10)</sup>.

La extracción de líquido pericárdico es terapéutico y potencialmente diagnóstico. El estudio de la efusión pericárdica puede determinar la etiología del derrame, tales

como la causa neoplásica, infecciosa, iatrogénica, entre otras. Sin embargo, el 29-48% de los casos no se logra determinar la causa probable de la efusión pericárdica<sup>(11,12)</sup>. Con respecto al paciente del caso clínico, se realizó drenaje pericárdico guiado ecocardiográficamente. El estudio del líquido pericárdico no identificó la causa, sin embargo, la causa neoplásica y/o iatrogénica podría ser la etiología desencadenante del taponamiento cardíaco, dado las comorbilidades del paciente.

En conclusión, el diagnóstico de shock de causa obstructiva, como lo es el taponamiento cardíaco, puede ser difícil, en especial cuando el cuadro se acompaña de otras causas probables, como la hipovolemia. En este paciente, la descompensación hemodinámica y la instalación de una anemia aguda dirigió el estudio a descartar un tromboembolismo pulmonar e identificar algún sitio específico de sangrado, siendo el gran derrame pericárdico un hallazgo imagenológico que definió un cambio de conducta. Por tanto, es importante recordar que el taponamiento cardíaco, si bien es una causa poco frecuente de shock, es fundamental considerarla como diagnóstico diferencial en pacientes de riesgo.



## Información sobre el artículo

Recibido el 30 de abril de 2016.

Aceptado el 20 de octubre de 2016.

Publicado el 29 de noviembre de 2016.

Autor corresponsal: Juan Pablo Blanco, [juanpabloblancoguerrero@gmail.com](mailto:juanpabloblancoguerrero@gmail.com).

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Este trabajo fue realizado con el debido consentimiento informado del paciente.

Citar de la siguiente forma en formato de la National Library of Medicine (Vancouver):

Blanco JP, Cid A, Cifuentes F. Taponamiento Cardíaco Idiopático: Reporte de un caso. Rev Chil Estud Med. 2016 Nov; 9(3):448-452.

## Referencias

1. Spodick D. Acute cardiac tamponade. American Heart Journal. 1991;122(6):1794.
2. Reddy P, Curtiss E, Uretsky B. Spectrum of hemodynamic changes in cardiac tamponade. The American Journal of Cardiology. 1990;66(20):1487-1491.
3. Permanyer-Miralda G. Acute pericardial disease: approach to the aetiologic diagnosis. Heart. 2004;90(3):252-254
4. Huang C, Yu S, Chen Y, Lin S. Cardiac tamponade as a symptom of the blast crisis of chronic myeloid leukemia. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 2016;32(3):160-161.
5. Xingxing lv, Jinlan he, yuan shen, Hong zheng. Malignant pleural and pericardial effusions and meningeal infiltrates without other metastases in breast cancer: A case report. Mol Clin Oncol. 2016;4(5): 855-858.
6. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. Eur Heart J. 2015;36(42):2921-2964.
7. Klein A, Abbara S, Agler D, Appleton C, Asher C, Hoit B et al. American Society of Echocardiography Clinical Recommendations for Multimodality Cardiovascular Imaging of Patients with Pericardial Disease. Journal of the American Society of Echocardiography. 2013;26(9):965-1012.e15.
8. Cheitlin M. ACC/AHA/ASE 2003 Guideline Update for the Clinical Application of Echocardiography: Summary Article: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASE Committee to Update the 1997 Guidelines for the Clinical Application of Echocardiography). Circulation. 2003;108(9):1146-1162.
9. Gumrukcuoglu H, Odabasi D, Akdag S, Ekim H. Management of Cardiac Tamponade: A Comperative Study between Echo-Guided Pericardiocentesis and Surgery—A Report of 100 Patients. Cardiology Research and Practice. 2011;2011:1-7.
10. Imazio MADler Y. Management of pericardial effusion. European Heart Journal. 2012;34(16):1186-1197.
11. Sagristà-Sauleda J, Mercé J, Permanyer-Miralda G, Soler-Soler J. Clinical clues to the causes of large pericardial effusions. The American Journal of Medicine. 2000;109(2):95-101.
12. Levy P, Corey R, Berger P, Habib G, Bonnet J, Levy S et al. Etiologic Diagnosis of 204 Pericardial Effusions. Medicine. 2003;82(6):385-391.

