

# Derrame pericárdico masivo

## Massive pericardial effusion

Vanessa E. Méndez-Matthey<sup>1,2,a</sup>

Mujer de 50 años de edad, con retardo mental leve y esquizofrenia con tratamiento de Fluoxetina y Risperidona, que ingresa a emergencia de un Hospital nivel II de Lima por presentar síncope, disnea, dolor abdominal agudo, edema de miembros inferiores y ascitis, con tiempo de enfermedad de 1 semana de evolución, agravándose en las últimas 24 hrs. Al examen general, Aparato Respiratorio: MV disminuido en base derecha. Cardiovascular: RCR de baja intensidad, pulso paradójico, ingurgitación yugular. Abdomen: Globuloso, RHA presentes disminuidos, reflujo hepatoyugular positivo, no masas, doloroso a la palpación profunda. TCSC: Piel pálida y fría. SCG: 14 Ptos. P.A. 90/70 mmHg. Sat.O2: 90% F.R. 26 x'. Analítica: Hemograma: Hb. 8,5 mg/dl., Hto. 26.3%, Albumina 3.7 mg./dl., Creatinina 0.83 mg./dl., Bilirrubina Total 0.55 mg/dl., bilirrubina directa 0.32 mg./dl. EKG: ritmo sinusal 90 lpm., complejos de bajo voltaje. Se le realiza Placa de tórax AP

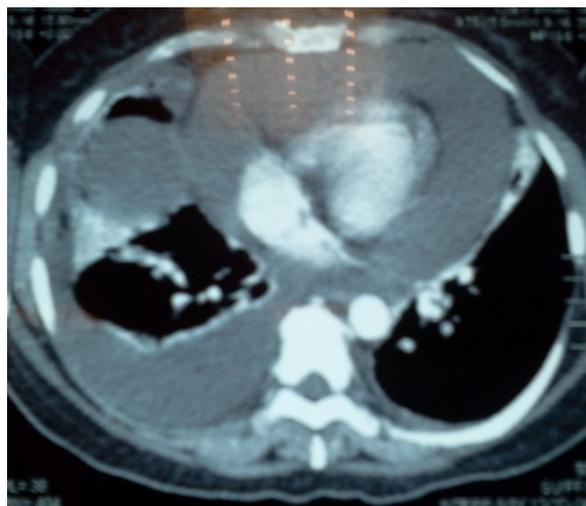


Figura 2

Figura N°1 y TAC torácica sin contraste Figura N°2.

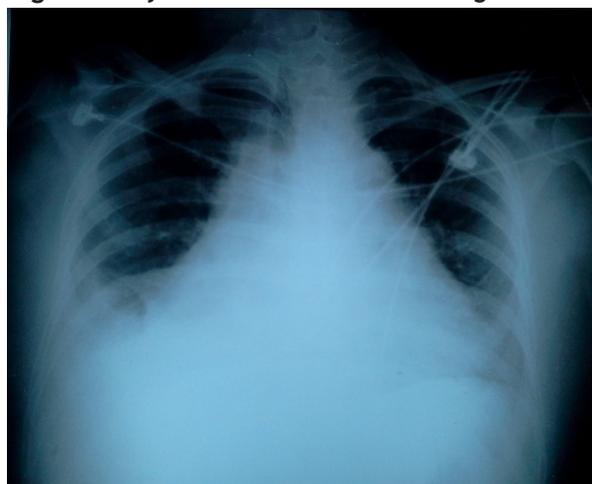


Figura 1

*Evidenciándose derrame pleural en hemitorax derecho, aumento de la silueta cardiome-diastínica, derrame pericárdico masivo; siendo referida a un Hospital de mayor nivel para pericardiocentesis de emergencia.*

El derrame pericárdico se define como la presencia de líquido en el espacio pericárdico en condición superior a lo normal (fisiológicamente de 15 a 50 ml.)<sup>2</sup>, puede tener numerosas etiologías (cirugía cardíaca, IMA, trauma cerrado o penetrante, neoplasias, reacciones autoinmunitarias, mixedema, uremia, radioterapia, infecciones bacterianas, virales, parasitarias y fúngicas, VIH, e idiopática) evolucionando de forma aguda, subaguda o crónica; el derrame pericárdico es la principal complicación de la pericarditis<sup>3</sup>. El pericardio es una membrana poco distensible, por lo que un derrame de 200 a 250ml. puede llegar a producir trastornos de llenado del corazón si aparece en pocas horas. Por el contrario, si el derrame es de instalación lenta, puede alcanzar más de 2000 ml<sup>1</sup>. sin efectos hemodinámicos importantes<sup>4,6</sup>. En la radiología los grandes derrames se evidencian con una imagen del corazón en forma de “botella” o de “garrafa”, el agrandamiento de la silueta cardíaca aparece generalmente cuando se acumula más de 250 ml. de líquido en saco pericárdico<sup>5</sup>; mientras que en el EKG los complejos QRS se hacen pequeños. La acumulación

1. Facultad de Medicina. Universidad Privada San Juan Bautista. Lima-Perú.  
2. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista. (SOCIEM-UPSJB). Lima-Perú.  
a. Estudiante de Medicina.

rápida de líquido es peor tolerado por el paciente, ya que compromete estructuras vecinas.

Adicionalmente, el ecocardiograma brinda información que permite evaluar si existe restricción al llenado ventricular derecho y evidencia de taponamiento cardiaco. La triada clásica de hipotensión, ingurgitación yugular y tonos cardiacos apagados definida por Beck en 1935 se encuentra presente únicamente en un tercio de los taponamientos. El diagnóstico de taponamiento se hace sobre la base de la demostración de compromiso hemodinámico en presencia de derrame pericárdico moderado a severo. . El pulso paradójico corresponde a la caída de la presión sistólica mayor de 10 mmHg. durante la inspiración7.. Aunque no es patognomónico del taponamiento, ya que se puede observar también en la EPOC, en la miocardiopatía restrictiva, en la obesidad y en el embolismo pulmonar masivo.

**Conflictos de interés:** La autora, niega conflictos de interés.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Collins D. Aetiology and Management of Acute Cardiac Tamponade. *Critical Care and Resuscitation*. 2004;6:54-8.
2. Braunwald, Libby, Bonow, Mann, Zipes. *Tratado de Cardiología*, 8° edición. Editorial Elsevier Saunders, 2009.
3. Hoit BD. Cardiac Tamponade. UpToDate online, 2010.
4. Sagrista-Sauleda J, Merce J, Permanyer-Miralda G, Soler-Soler J: Clinical clues to the causes of large pericardial effusions. *Am J Med* 2000; 109 (95).
5. Soler-Soler J J: Sagrista-Sauleda, and G. Permanyer- Miralda, Management of pericardial effusion. *Heart* 2001; 86 (2): 235-40.
6. Hancock EW. Cardiac Tamponade. *Med Clin N Am*. 1979;63:223-37. [Medline](#).
7. Spodick D. Acute Cardiac Tamponade *N Engl J Med*. 2003;349:684-90. .

### Correspondencia

Vanessa E. Méndez Matthey

Correo: [vmmatthey@hotmail.com](mailto:vmmatthey@hotmail.com)

### Revisión de pares

Recibido: 10/08/2015

Aceptado: 10/10/2015