Derrame pericárdico severo tras traumatismo torácico de 15 días de evolución

Figura 1. A: Ecocardiograma. B: TAC con derrame pericárdico severo.

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 53 años sin factores de riesgo cardiovascular, con antecedentes de sífilis tratada, múltiples fracturas (clavícula, peroné, tibia) y en tratamiento de deshabituación alcohólica con disulfiram y diazepam, que acude a urgencias por dolor retroesternal y epigástrico continuo no irradiado y disnea progresiva desde hace 15 días, momento en el cual el paciente se vio envuelto en una riña callejera y fue golpeado de forma repetida.

La exploración física no mostró datos relevantes, salvo un soplo sistólico III/VI en foco mitral e hipoventilación en ambas bases pulmonares en la auscultación cardiopulmonar. Las constantes hemodinámicas se encontraban dentro de parámetros normales.

Se realizó electrocardiograma, que mostraba ritmo sinusal a unos 80 lpm, con bajo voltaje en derivaciones de los miembros, y radiografía de tórax que mostraba cardiomegalia con imagen en tienda de campaña. La analítica, incluyendo marcadores de daño miocárdico era normal. Ante la sospecha de líquido libre en el espacio pericárdico se realizó ecocardiograma portátil (figura 1) que confirmó la presencia de derrame pericárdico severo circunferencial sin signos de taponamiento.

Se decide realizar TC toracoabdominal (figura 1) para descartar otras lesiones internas, que mostró los siguientes hallazgos: Fractura no desplazada del sexto arco costal anterior, derrame pericárdico severo, derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva de ambas bases pulmonares y rotura esplénica grado I.

Como tratamiento se decide realización de pericardiocentesis y observación en UCI. Se obtienen 940 cc de líquido serohemático que se manda analizar, resultando ser un exudado.

Durante las 24 horas de ingreso en UCI, el paciente se mantiene asintomático y hemodinámicamente estable. Se realizan ecocardiogramas seriados constatándose la ausencia de derrame pericárdico.

Ante la buena evolución clínica y analítica, se traslada a planta de cardiología, donde se realiza TC toracoabdominal de control y posteriormente se da alta a domicilio donde se le recomendó reposo.

En este caso se pone de manifiesto la importancia de la ecocardiografía como método diagnóstico en los traumatismos cardíacos cerrados, que actualmente son una entidad frecuente en nuestro medio (incidencia estimada en torno a 10-16%) y potencialmente mortal, sobre todo entre la gente joven. Esta técnica debe ser practicada siempre desde el inicio, y si es necesario de forma seriada, ante cualquier traumatismo cardíaco cerrado, especialmente en el paciente politraumatizado, ya que puede poner de manifiesto alteraciones cardíacas o de grandes vasos que de otro modo pasarían desapercibidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Echevarría JR, San Román A. Evaluación y tratamiento de los traumatismos cardíacos. *Rev Esp Cardiol.* 2000;53:727-35.
2. Alonso Vega L, Gallastegui Menéndez A, Mier Ruiz V, Teja Santamaría C, González Setién S, Cayón Hoyo S. Alteraciones electrocardiográficas tras un traumatismo torácico cerrado. *Emergencias* 2011; 23: 115-118.
3. Sybrandy KC, Cramer MJ, Burgersdijk C. Diagnosing cardiac contusion: old wisdom and new insights. *Heart* 2003;89(5):485-9.
4. Weekes AJ, Quirke DP. Emergency echocardiography. *Emerg Med Clin North Am.* 2011 Nov;29(4):759-87.

Edurne López Soberón
Cap. Médico¹

Yuri Vásquez Barahona
Cap. Médico¹

David Fuentes Esteban
Cap. Médico²

Ricardo Navarro Suay
Cte. Médico³

Ignacio Rada Martínez
Tcol. Médico¹

¹ Servicio de Cardiología.

² Servicio de Medicina Intensiva.

³ Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.