
Juan Guillermo Echeverri Sierra, MD ¹

Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Estrategia de tamizaje para el manejo urgente del taponamiento cardíaco: posición del grupo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología en Enfermedades del Miocardio y Pericardio”

TRIAGE STRATEGY FOR URGENT MANAGEMENT OF CARDIAC TAMPONADE: A POSITION STATEMENT OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY WORKING GROUP ON MYOCARDIAL AND PERICARDIAL DISEASES

Ristić A, Imazio M, Adler Y, Anastasakis A, Badano LP et al, Behalf of the Study group on pericardial diseases of the European Society of Cardiology Working group on Myocardial and Pericardial Diseases. *European Heart Journal*, 2014 doi:10.1093/eurheartj/ehu217

Esta publicación avanzada del grupo de trabajo de grupo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología en Enfermedades del Miocardio y Pericardio, nos da una aproximación en el manejo urgente del taponamiento cardíaco en el escenario de la “estabilidad hemodinámica” utilizando un nuevo sistema de puntuación basado en la integración de tres pasos principales que incluyen la etiología, los síntomas/signos clínicos y los hallazgos ecocardiográficos, donde un score ≥ 6 indicaría que la pericardiocentesis se debe realizar de forma inmediata en ausencia de contraindicaciones. Aquí se presentan los **PUNTOS CLAVES PARA LA PRÁCTICA DIARIA**:

1. El taponamiento cardíaco es una condición clínica causada por la compresión del corazón debido a una acumulación lenta o rápida de líquido de etiología multifactorial, que como resultado lleva a una alteración de las presiones de llenado diastólicas y del gasto cardíaco debido a un incremento de las presiones intrapericárdicas, por lo tanto el reconocimiento temprano de dicha entidad es crítico, porque el este desorden hemodinámico puede llevar a la muerte si no se resuelve mediante drenaje percutáneo o quirúrgico.
2. Hay situaciones especiales donde el drenaje quirúrgico se debe hacer de forma urgente como en la disección aortica tipo A, la ruptura de la pared libre ventricular posterior a infarto agudo de miocardio, trauma severo de tórax y la presencia de hemopericardio que no puede ser controlado de forma percutánea.
3. La ecocardiografía es el método de elección cuando existe sospecha de taponamiento cardíaco y debe ser realizado sin ninguna demora, mientras que otras técnicas de imágenes como son el TAC y la RNM se reservan para situaciones especiales para descartar enfermedades concomitantes que comprometan el mediastino y los pulmones conociendo que no hacen parte de la evaluación rutinaria de los pacientes con sospecha de taponamiento cardíaco.
4. El diagnóstico de taponamiento cardíaco en un hospital local o de primer nivel donde la experiencia en drenaje es limitada o existe cualquier contraindicación (coagulopatía no

corregida, terapia anticoagulante con INR > 1.5, trombocitopenia < 50.000, derrames pequeños, posteriores y loculados), si el paciente esta clínicamente estable, la pericardicentesis puede esperar a que el paciente sea trasladado a una institución de mayor complejidad. El transporte del paciente siempre debe estar acompañado por un médico.

5. Las complicaciones inherentes al procedimiento son la perforación cardiaca, sangrado arterial y las reacciones vagales mayores. Se debe evitar drenajes rápidos > 1 litro ante posibles complicaciones como colapso circulatorio o disfunción aguda del ventrículo derecho o ventrículo izquierdo.
6. Las causas de derrame pericárdico y factores precipitantes de taponamiento cardíaco se resumen en la siguiente tabla:

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Probable progresión a taponamiento cardíaco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades neoplásicas • Infecciones (Virales: Ebstein Barr, Enterovirus, VIH; Bacterias especialmente TBC) • Hemopericardio iatrogénico • Derrame pericárdico postraumático • Síndrome postcardiotomía • Hemopericardio secundario a disección aórtica y ruptura de corazón posterior a IAM • Falla renal |
| <p>Rara progresión a taponamiento cardíaco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad autoinmune • Derrame pericárdico autoreactivo • Hipo o hipertiroidismo • Síndrome de Dressler en IAM • Quilopericardio |
| <p>Nunca progresión a taponamiento cardíaco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasudado secundario a falla cardíaca o hipertensión pulmonar • Trasudado pericárdico en el último trimestre del embarazo |
| <p>Factores precipitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drogas: Antihipertensivos, anticoagulantes, trombolíticos • Injuria: PCI complejas, implantación de marcapasos, biopsia endomiocárdica, cirugía cardíaca, trauma cerrado de tórax • Sepsis • Deshidratación, diuréticos (volumen circulante reducido) |

7. Recomendaciones: Diagnóstico Clínico:
 - a. El taponamiento cardíaco debe ser sospechado en pacientes que presentan hipotensión, ingurgitación yugular, pulso paradójico (cuando la presión del pericardio es mayor de 10-12 mmHg en presencia de compresión de cámaras cardíacas derechas), taquicardia, taquipnea y/o disnea severa.
 - b. Bajo voltaje del QRS en el ECG, alternancia eléctrica y el signo de la botella de agua en los Rx de tórax.
8. Los diagnósticos diferenciales incluyen la pericarditis constrictiva, falla cardíaca y enfermedades hepáticas avanzadas como la cirrosis.
9. La decisión para definir el mejor momento del drenaje de un derrame pericárdico, ya sea de forma emergente, urgente o programado depende de la presentación clínica, los

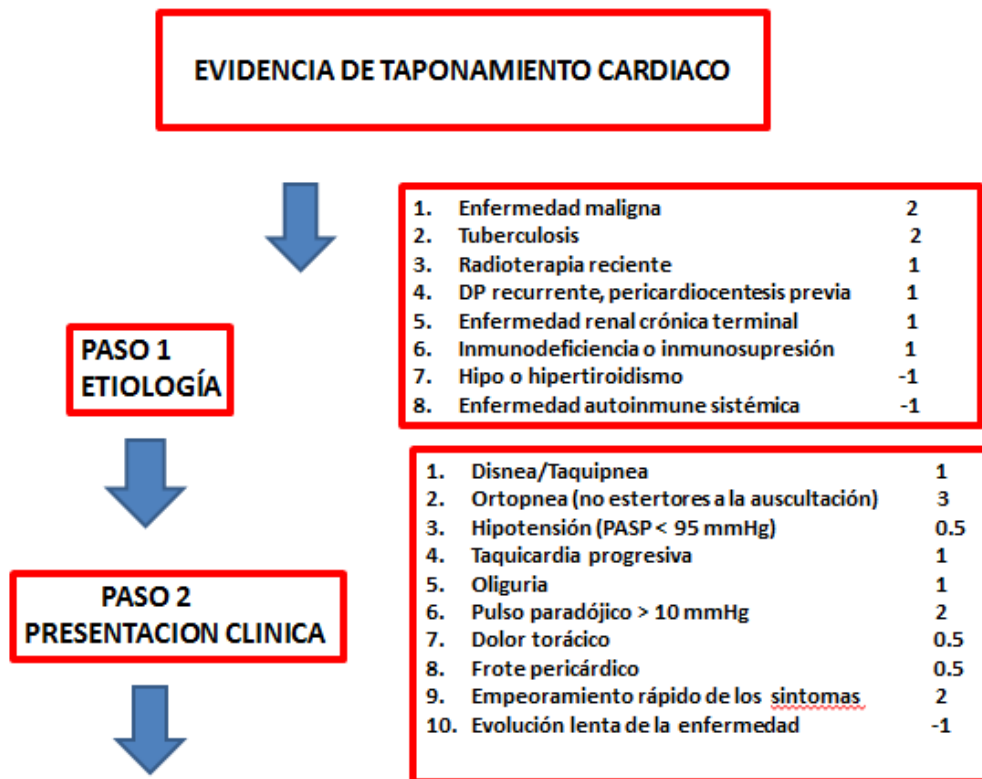
cambios hemodinámicos, la relación riesgo beneficio del procedimiento y los hallazgos ecocardiográficos (ver algoritmo de puntuación recomendado).

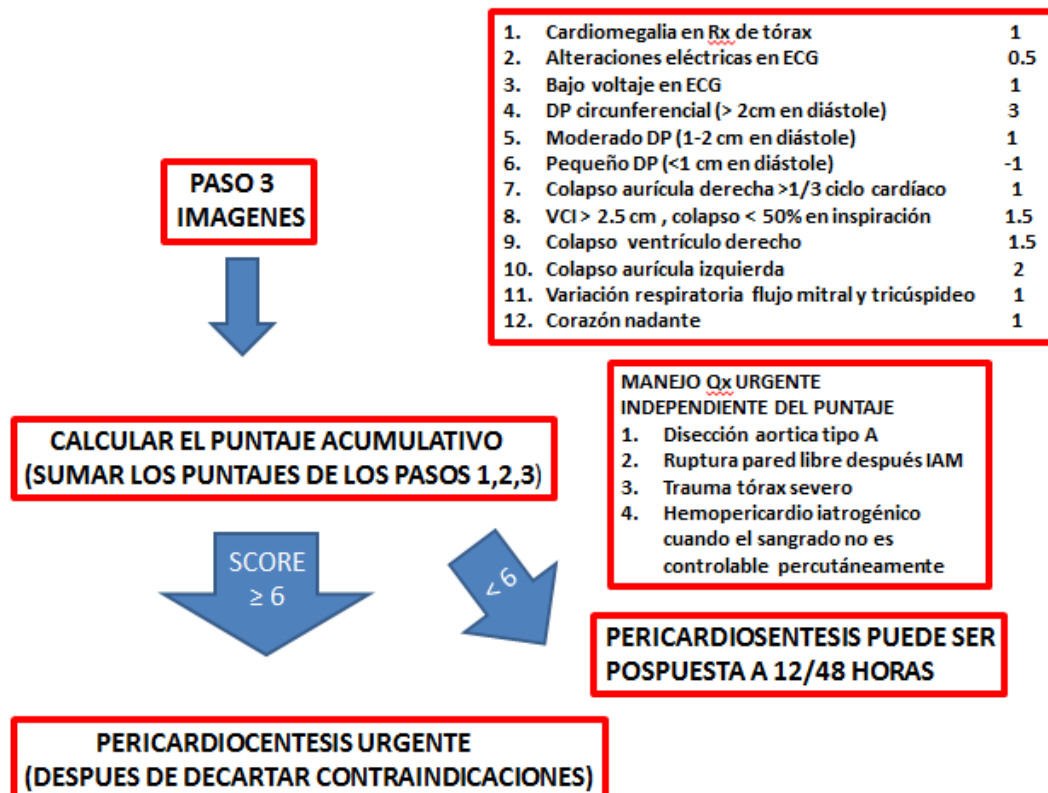
10. Recomendaciones: Indicación para drenaje:

- a. Paciente hemodinámicamente estable con derrame pericárdico, el drenaje debe realizarse dentro de las 12-24 horas posterior al diagnóstico, después de obtener los resultados de laboratorio.
- b. Las indicaciones para tratamiento quirúrgico incluyen el hemopericardio secundario a disección aórtica tipo A, ruptura de la pared libre en el contexto de IAM, derrame purulento en paciente séptico y derrames loculados que no pueden ser abordados de forma percutánea.
- c. Puntaje ≥ 6 en ausencia de contraindicaciones el drenaje debe ser realizado de forma inmediata.

11. Recomendaciones: Guía para pericardiocentesis

- a. La ecocardiografía es mandatoria para guiar el procedimiento y seleccionar la vía de abordaje (intercostal o subxifoidea), excepto en casos de taponamiento que amenazan la vida del paciente.
- b. La fluoroscopia puede ser considerada para el diagnóstico temprano y la realización de pericardiocentesis de rescate, especialmente en taponamientos iatrogénicos posterior a procedimientos intervencionistas.





Sería importante validar esta estrategia de manejo en la casuística y experticia local.

Referencia:

<http://doi:10.1093/eurheartj/ehu217>

MD¹: Medicina Interna, Cardiología, Ecocardiografía. Universidad CES, Pontificia Universidad Javeriana, Unidad de Imagen Cardíaca, DIME Clínica Neurocardiovascular, Cali.