

Taponamiento Cardíaco

En este número de Acta Médica los Dres. Sánchez Suen y Padilla Cuadra publican un artículo de revisión, sobre este tema.

La tendencia más común, sin embargo, es llamar a esta catástrofe hemodinámica "taponamiento cardíaco" (TC), y no taponamiento pericárdico, ya que es en realidad el corazón el órgano que está atrapado por el pericardio y al no poder llenarse adecuadamente, toda la economía sufre las consecuencias de un gasto cardíaco bajo.^{1,2}

De hecho, en muchas intervenciones de cirugía cardíaca, dejamos el pericardio totalmente abierto, si subsecuentemente se produce sangrado y este no sale por los tubos de drenaje que se dejan de rutina, se produce un taponamiento, ya que el corazón queda encerrado en un compartimiento limitado a los lados por las pleuras mediastinales y por delante por el esternón.³ El médico que está cuidando el paciente operado del corazón debe sospechar esto, sobre todo en el individuo que abruptamente deja de sangrar y se deteriora hemodinámicamente.³

Ocasionalmente el taponamiento ocurre tardíamente, de 2 semanas a 6 meses después de la intervención, por ejemplo en pacientes anticoagulados por tener válvulas mecánicas o aún no anticoagulados o con síndrome post-pericardiotomía.⁴

Como dicen muy bien los autores, la incidencia de esta condición ha aumentado por existir hoy más trauma y realizar nosotros los médicos, más procedimientos invasivos, que pueden perforar las cámaras cardíacas.

También la vemos en casos raros de ruptura del miocardio secundaria a un infarto agudo.⁵ En estas circunstancias es de difícil diagnóstico y rápidamente fatal por lo que el médico debe tener presente esta posibilidad y ordenar un ecocardiograma, si ello es factible, ante la sospecha de que este ocurriendo,⁶ puesto que la única solución efectiva es la cirugía de emergencia.

Hace varios años fui llamado a atender un paciente con un TC de origen incierto y le realice un drenaje subxifoideo y una biopsia del pericardio, para mi sorpresa el patólogo reporto "metástasis de melanoma". Posteriormente encontramos el primario en el fondo de ojo!. Esto trae a colación las neoplasias como causa, tal vez poco conocida del TC. Siendo actualmente los tumores cada vez más frecuentes, y al prolongarse la vida de los pacientes oncológicos, no es raro que se produzcan siembras en el pericardio y derrames que conducirán al deterioro circulatorio.⁷

Paradójicamente y a pesar del desarrollo de nuestra sociedad, vemos hoy condiciones que creíamos ya controladas. Sabemos que clásicamente, la tuberculosis produce pericarditis constrictiva, pero ahora encontramos reportes de TC por esa causa, precisamente para recordarnos que esta enfermedad está de regreso y que tiene múltiples maneras de presentación.⁸

Finalmente, el Sida, enfermedad cada vez más frecuente, se ha constituido en una causa común de derrame pericárdico y eventualmente de TC. En un hospital neoyorquino el 33% de los pacientes (40 de 122) con derrame pericardico tenían sida y poco menos de la mitad de ellos se presentaron con TC. Las causas fueron una variedad de infecciones, tumores como linfoma o sarcoma de Kaposi o desconocidas.⁹

En relación con el tratamiento, describe la revisión, la punción subxifoidea, procedimiento que es diagnóstico y terapéutico. Pero frecuentemente debe recurrirse al drenaje abierto del saco pericardico, sea por la consistencia del líquido, por la cantidad del mismo, para controlar directamente la causa del derrame o para obtener una muestra de tejido para estudio histológico. Este procedimiento puede realizarse a través de esa misma área anatómica, por toracotomía o por toracoscopia.¹⁰ Usualmente se prefiere anestesia local, sobre todo en el paciente delicado, puesto que la anestesia general le hace perder el tono simpático y el paciente se deteriora aun más.

No hay duda que el TC representa una emergencia mayúscula y que el médico debe de tenerlo presente y entrenarse a buscarlo, para organizar el tratamiento rápido de estos pacientes.

*Carlos Salazar Vargas
Servicio de Cardiología
Hospital México*

Referencias

1. Da Costa JC. Diseases and injuries of the heart and great vessels, en *Modern Surgery*. Seventh Ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1918. Cap. 19: 404-405.
2. Thorek P. Heart, en *Anatomy in Surgery*. Second Ed. Philadelphia, Lippincott 1962; Cap. 18: 324.
3. Hendren WG, Higgins TL. Immediate postoperative care of the cardiac surgical patient. *Semin Thor Cardiovasc Surg* 1991, 3(1): 3-12.

4. Ofori-Kraky S, Tyberg TI, Geha A, Hammond GL, Cohen LS, Langou RA. Late cardiac tamponade after open heart surgery: incidence, role of anticoagulants in its pathogenesis and its relationship to the post-pericardiotomy syndrome. *Circ*. 1981, 63(6): 1323-1328.
5. Fallas E, Salazar C, Esquivel L. Ruptura miocárdica postinfarto. *Rev. Med. de C.R. y C.A.* 1999, 56:45-51.
6. Slater J, Brown RJ, Antonelli TI, Menon V, Boland J, Col J, et al. Cardiogenic shock due to cardiac free-wall rupture or tamponade after acute myocardial infarction: a report from the SHOCK Trial Registry. *J Am Coll Cardio* 2000; 36 (3 Suppl A): 1117-1122.
7. Moriya T, Takiguchi Y, Tabeta H., Watanabe R., Kimura H., Nagao K., Kuriyama T. Controlling malignant pericardial effusion by intrapericardial carboplatin administration in patients with primary non-small cell lung cancer. *Br J Cancer* 2000; 83 (7): 858-862.
8. Afzal A, Keohane M, Keeley E, Borzak S, Callender CW, Ianuzzi M. Myocarditis and pericarditis with tamponade associated with disseminated tuberculosis. *Can J Cardiol* 2000; 16(4): 519-521.
9. Chen Y, Brennessel D, Walters J, Johnson M, Rosner F, Raza M. Human immuno-deficiency virus-associated pericardial effusion: report of 40 cases and review of the literature. *Am Heart J* 1999, 137(3): 516-521.
10. Roberts JR, Kaiser LR. *Pericardial procedures en Mastery of Cardiothoracic Surgery*. Philadelphia. Lippincott-Raven. 1998. Cap. 23: 221-229.