

# Cas Clínic:



*Pacient de 79 anys amb  
embassament  
pleuropericàrdic recidivant*

**Albert Alonso Tello**

13 de Desembre de 2010

Barcelona

# Antecedents Patològics:

- Fumador d'1 paquet/dia fins fa uns mesos.
- Dislipèmia en tractament amb estatines.
- Diabetes Mellitus tipus 2 en tractament amb insulina sense complicacions.
- Broncopatia crònica obstructiva.
- Claudicació intermitent.

## HISTÒRIA CARDIOLÒGICA:

**Cardiopatia isquèmica** amb malaltia coronària de 3 vasos que va ser sotmesa a revascularització quirúrgica amb triple by-pass aortocoronari al 1997. Assintomàtic des d'aleshores.

**Tractament habitual:** Insulina lantus 0-0-24UI; Furosemda 40mg 2-1-0, Omeprazol 20mg/d, Adiro 100mg/d, Pegat de nitroglicerina 10mg, Cardyl 20mg/d, Kalpress pluc 1c/d, Atrovent 2inh/8h, Salbutamol 2inh/8h, Lorazepam 1mg/noche, Dinisor retard 120mg/d.

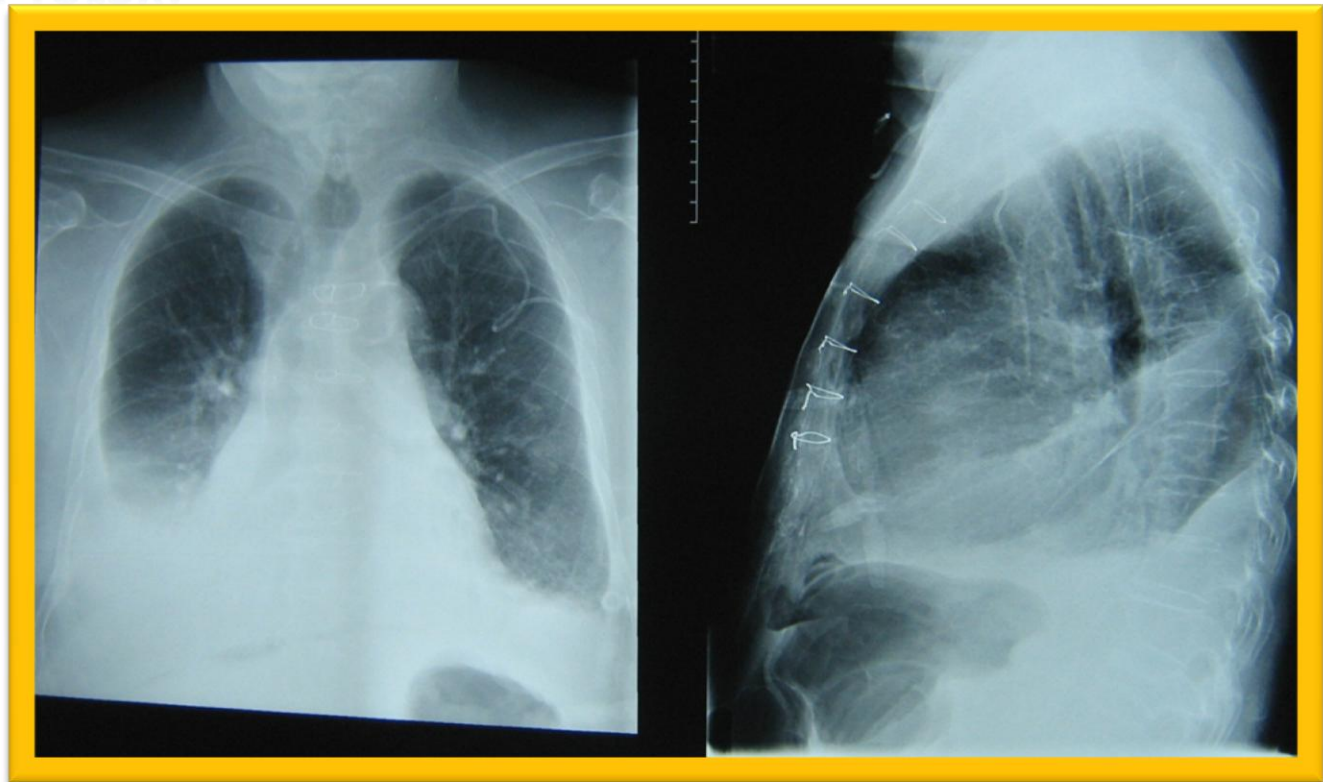
ACORVH

# HISTÒRIA ACTUAL:

- Al Març de 2009 va ingressar en un altre centre hospitalari per dispnea. L'ecocardiograma va ser informat com a embassament pericàrdic **moderat** que sembla que va disminuir espontàniament.
- A l'Abril de 2009 va requerir nou ingrés per dispnea documentant-se embassament pericàrdic i pleural (característiques pròpies de trasudat).

- Al Maig de 2009 va ingressar per primera vegada al nostre centre per exacerbació de la dispnea i anasarca.
- La Rx tòrax va mostrar cardiomegàlia +/++ i embassament pleural dret important.
- L'ecocardiograma va mostrar embassament pericàrdic sever.

## Rx Tòrax:



- El dia 15/05/2009 va presentar un quadre clínic de taponament cardíac.
- L'ecocardiograma va mostrar embassament pericàrdic sever amb col·lapse de l'aurícula dreta i ventricle dret, així com col·lapse parcial de cavitats esquerres.
- Es va realitzar pericardiocentesis (1<sup>a</sup>) que va donar sortida a 350 mL de líquid serós de característiques inespecífiques:

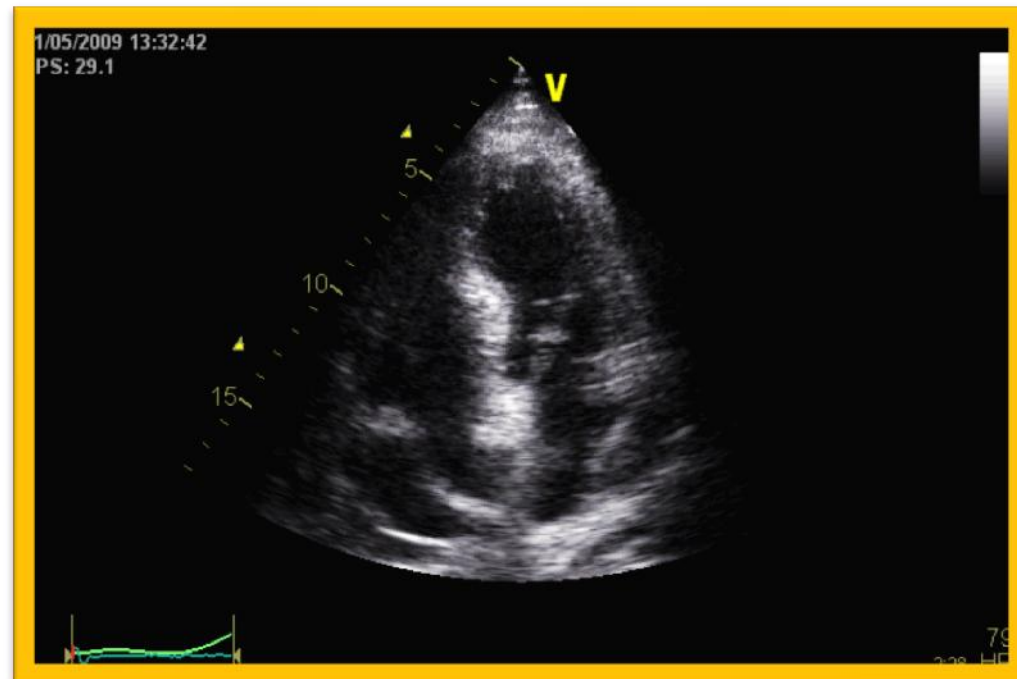
ADA 23 UI/L, proteïnes 4.9 g/dL, cultivo, BK y citologies negatives.

- Es va practicar una toracocentesis dreta evaquadora obtenint-se un líquid serós amb analítica inespecífica.
- Va presentar episodis autolimitats de FA.

# DIAGNÒSTIC: “PLEUROPERICARDITIS”

- A més de l'estudi dels líquids pleural i pericàrdic, es va realitzar una extensa investigació de possibles causes generals de malaltia pleuro-pericàrdica (malalties infeccioses, processos autoimmunes, malalties sistèmiques o neoplàsiques), que va ser negativa.
- Va ser donat d'alta el dia 12/06/2009 en situació clínica aparentment estable.

## Ecocardiograma a l'alta:



ACORVH

El dia 26/06/2009 després d'aixecar-se del sofà va presentar una **síncope** amb TCE, amb reaparició de la dispnea i edemes generalitzats, motiu pel que reingressà al nostre centre.

ACORVH

# Exploració Física:

- PA=140/80; FC=67x'; SatO2 (UN a 3lx')=97%.
- Regular estat general.
- Dispnea de repòs.
- Auscultació cardíaca sense bufs ni extratons.
- Signes d'IC dreta:
  - ✓ IY++
  - ✓ Anasarca
  - ✓ Semiologia de embassament pleural dret

^ semiologia de embassament pleural dret

^ Anasarca

^ IY++

^ signes d'IC dreta:



# Exploracions Complementàries:

## Analítica:

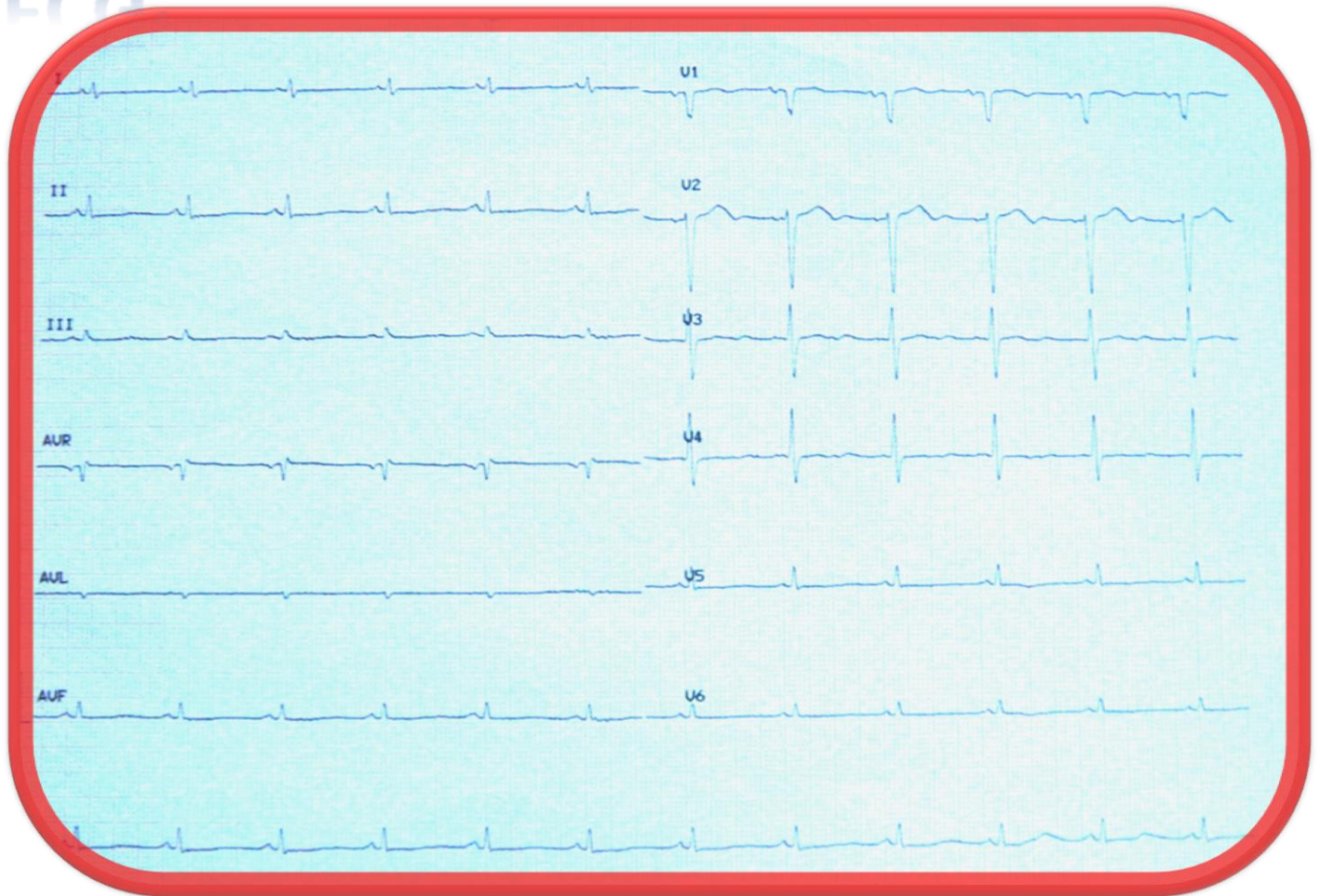
Hb:9.7 g/dL; VCM:83 fL; Leucòcits: 14.530 (N: 86%, L: 7.5%); plaquetes: 387000; Glu: 177 mg/dL; Cr: 2 mg/dL; Na: 128 mmol/L; K:4.9 mmol/L;

## Ecocardiograma a l'ingrés:

Embassament pericàrdic moderat-sever.

# Exploracions Complementàries:

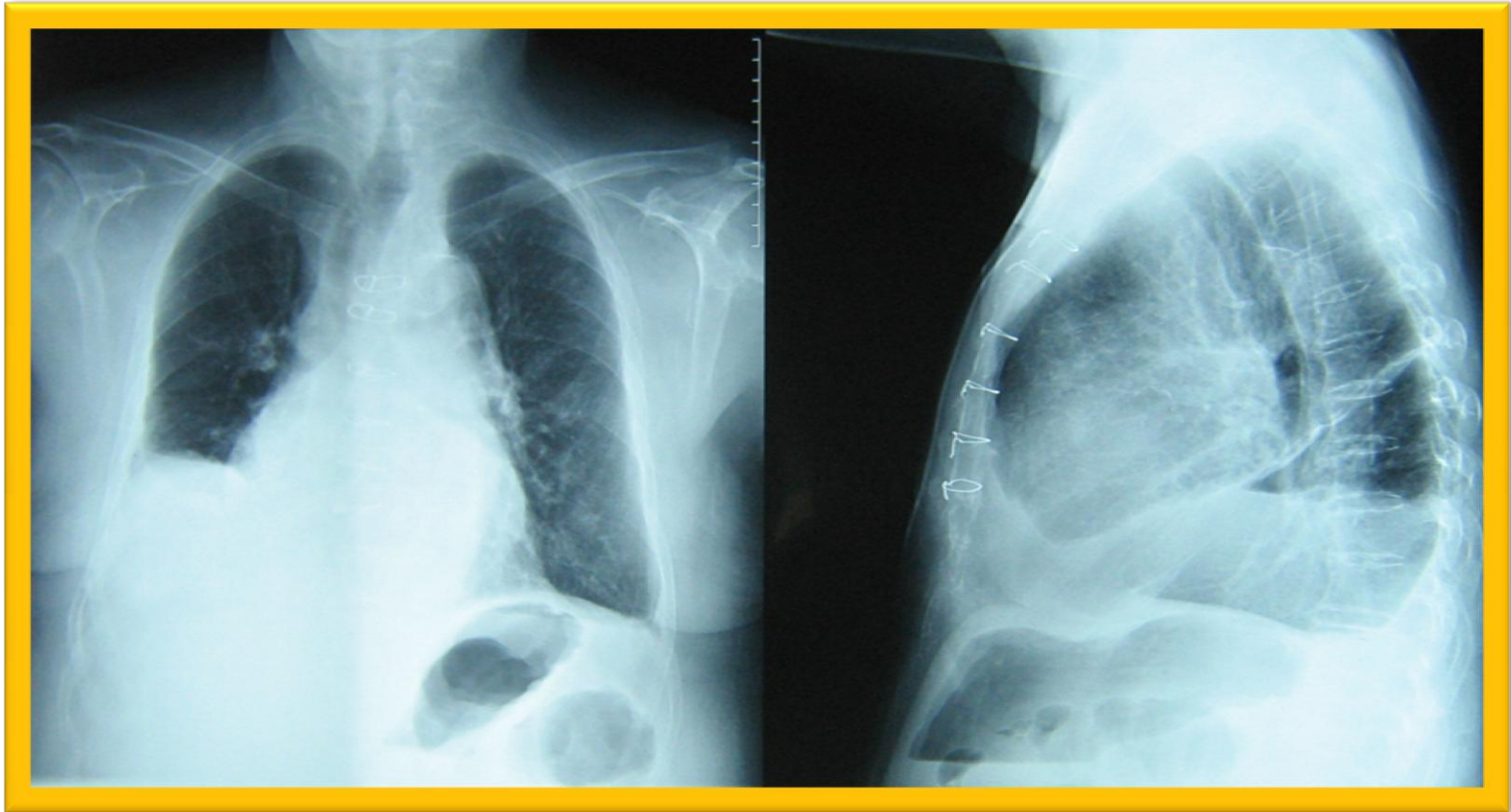
## ECG:



ACORVH

# Exploracions Complementàries:

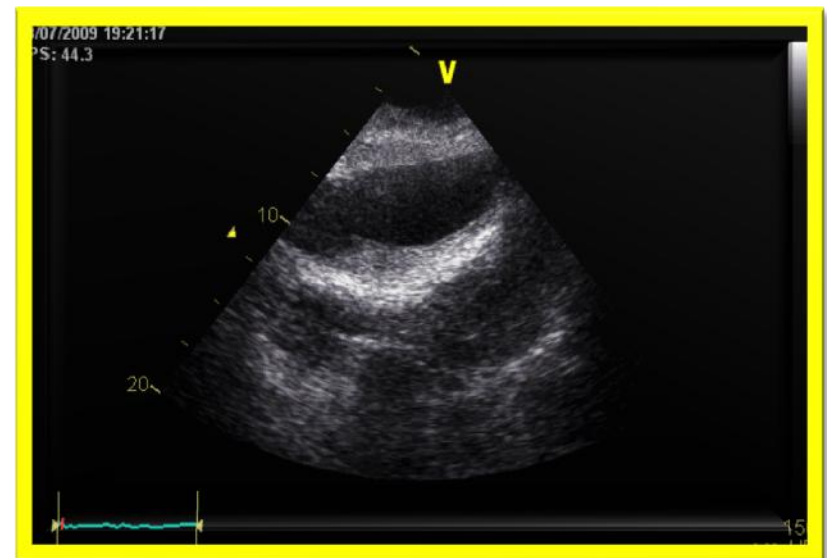
## Rx Tórax:



ACORVH

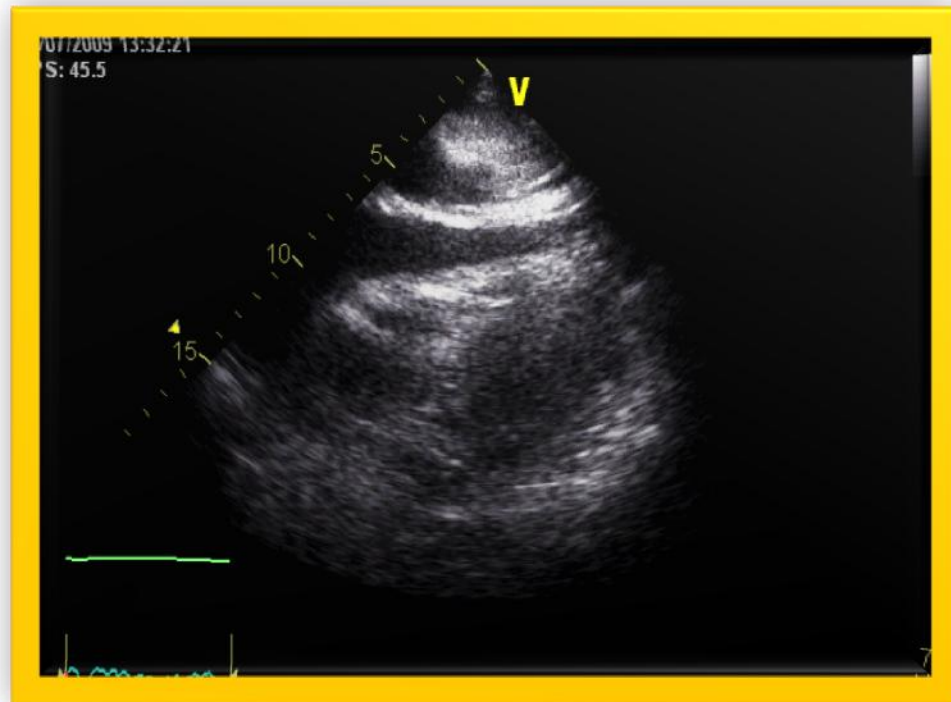
# EVOLUCIÓ:

- El dia 08/07/2009 el pacient va presentar un quadre de taponament cardíac sever.
- L'ecocardiograma va mostrar embassament pericàrdic sever amb signes de compromís hemodinàmic.
- Es va realitzar una nova pericardiocentesis (2<sup>a</sup>) amb drenatge de 350 ml de líquid d'aspecte serós.



# EVOLUCIÓ:

- Es va deixar drenatge pericàrdic amb catéter durant 4 dies.
- Després de la retirada del drenatge va tornar a augmentar l'embassament pericàrdic i van reaparèixer signes clínics i ecocardiogràfics de taponament.



# RESUM:

- Per tant, es tracta d'un pacient que va iniciar un quadre de embassament pleural i pericàrdic al Març de 2009, presentant als mesos següents un franc augment del mateix i, posteriorment, taponament cardíac en 2 ocasions (Maig i Juliol de 2009) que es van solucionar transitòriament amb pericardiocentesis.
- L'estudi etiològic exhaustiu va ser negatiu per a etiologies concretes.
- Poc després de la segona pericardiocentesis va presentar de nou embassament pericàrdic sever amb taponament.

# QUINA SERIA LA SEVA ACTITUD TERAPÈUTICA?:

1. Pericardiocentesis simple.
2. Pericardiocentesis + drenatge amb catéter.
3. Drenatge pericàrdic quirúrgic subxifoideo.
4. Finestra pleuropericàrdica.
5. Pericardiotomia percutànea amb baló.
6. Instil·lació de fàrmacs esclerosants en el pericardi.
7. Pericardiectomia amplia.

# QUINA SERIA LA SEVA ACTITUD TERAPÈUTICA?:

1. Pericardiocentesis simple.
2. Pericardiocentesis + drenatge amb catéter.
3. Drenatge pericàrdic quirúrgic subxifoideo.
4. Finestra pleuropericàrdica.
5. Pericardiotomia percutànea amb baló.
6. Instil·lació de fàrmacs esclerosants en el pericardi.
7. Pericardiectomia amplia.



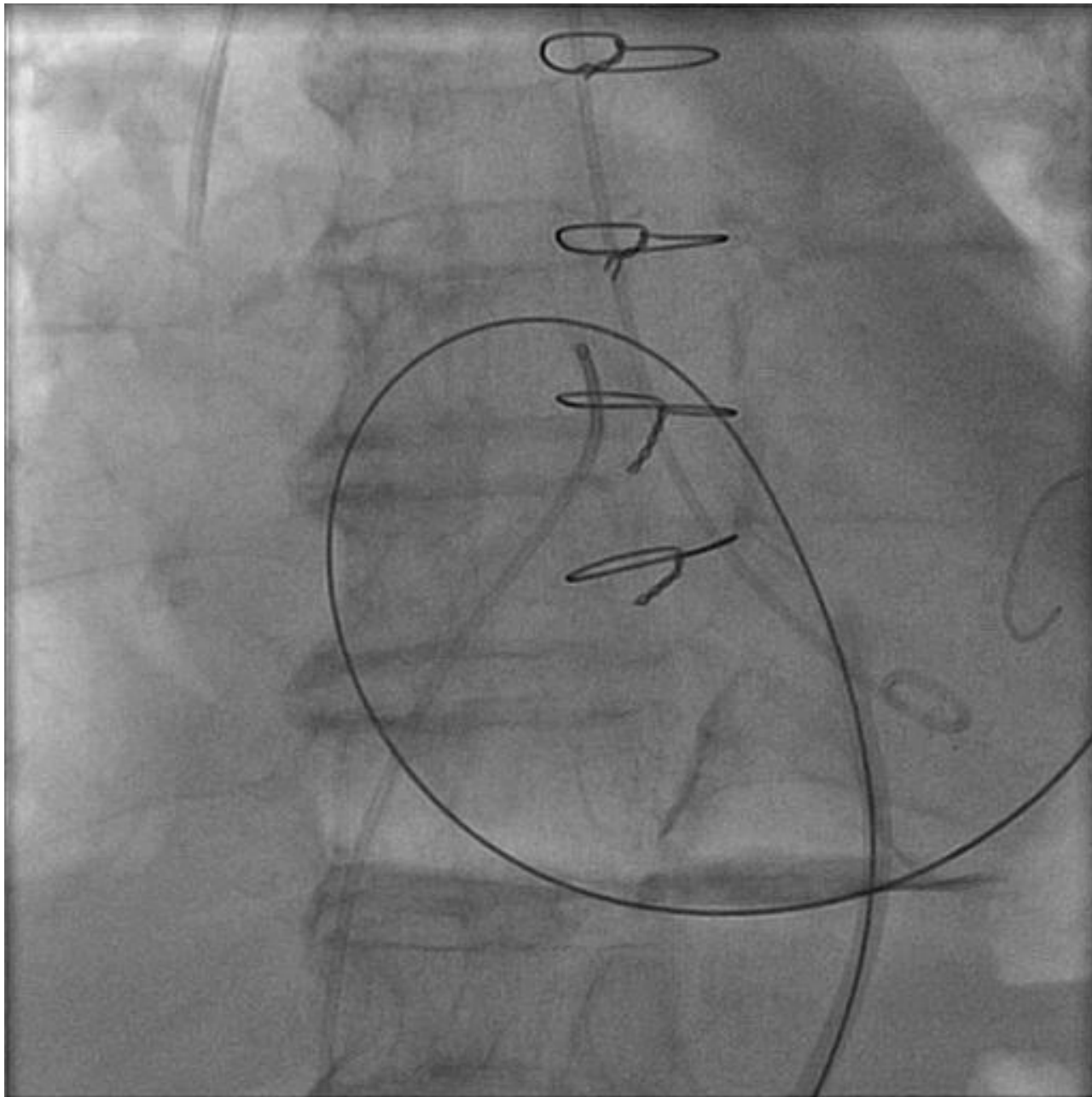
# EVOLUCIÓN:

- El día 16/07/2009, el pacient es va sotmetre a una pericardiotomia amb baló.

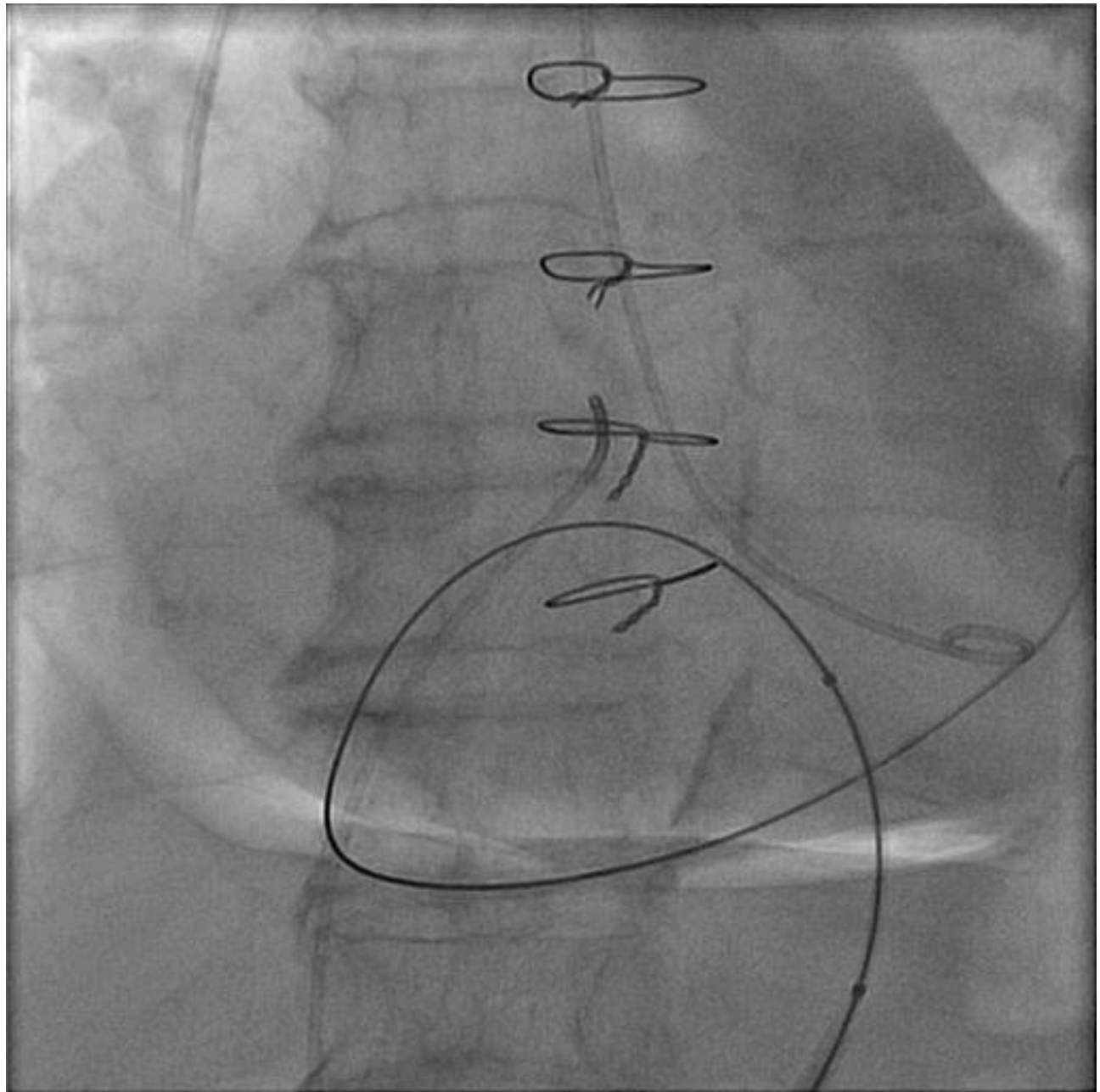
pericardiotomia amb baló.

El dia 16/07/2009, el pacient es va sotmetre a una

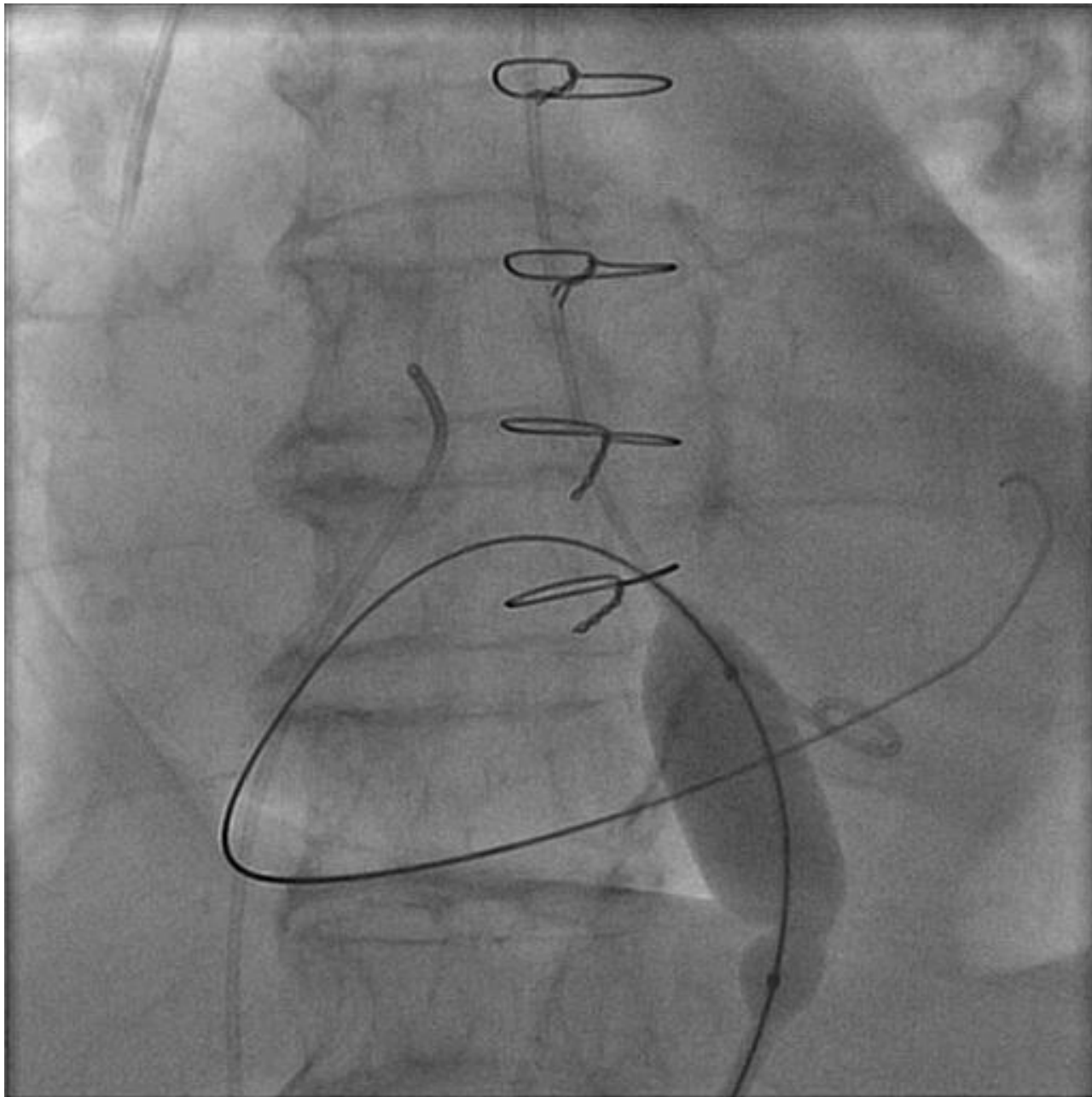
ACORVH



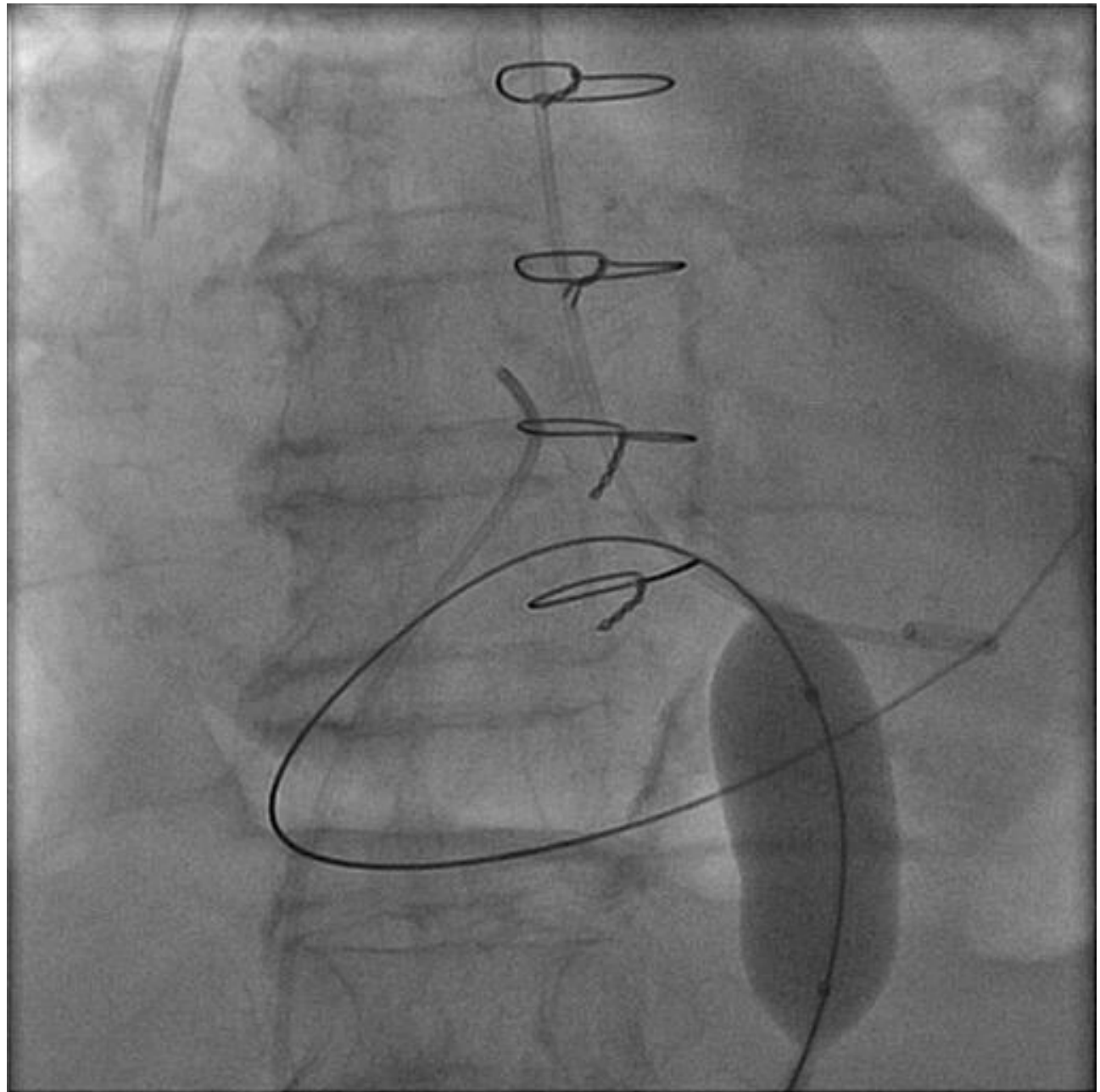
ACORVH



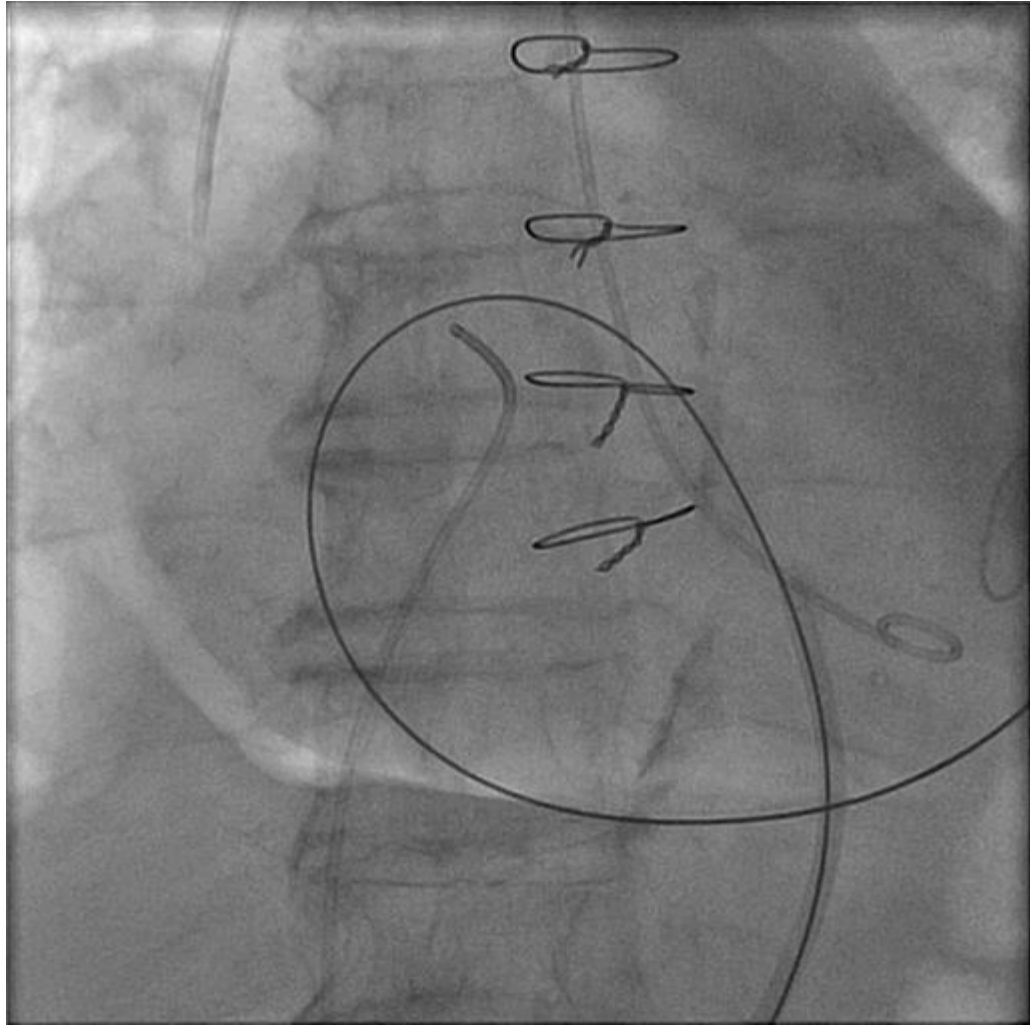
ACORVH



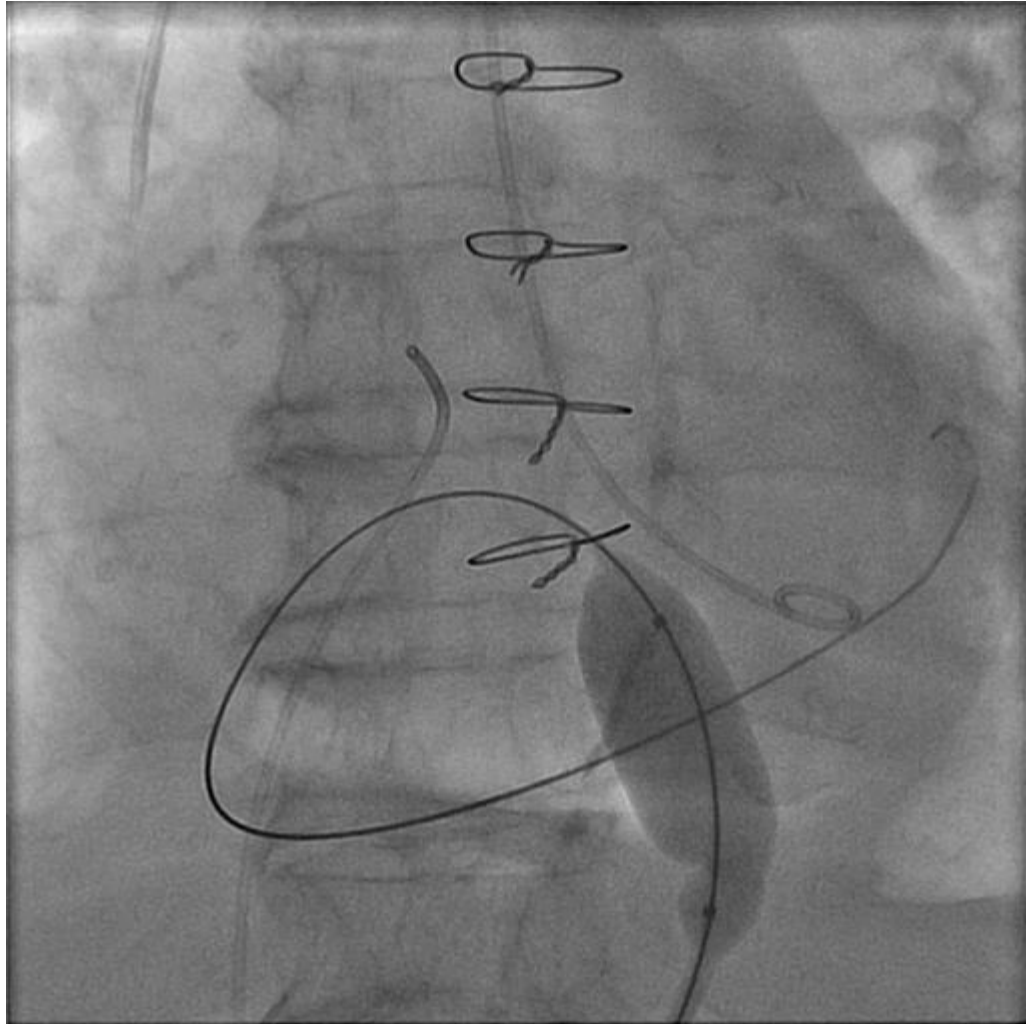
ACORVH



ACORVH



ACORVH



ACORVH

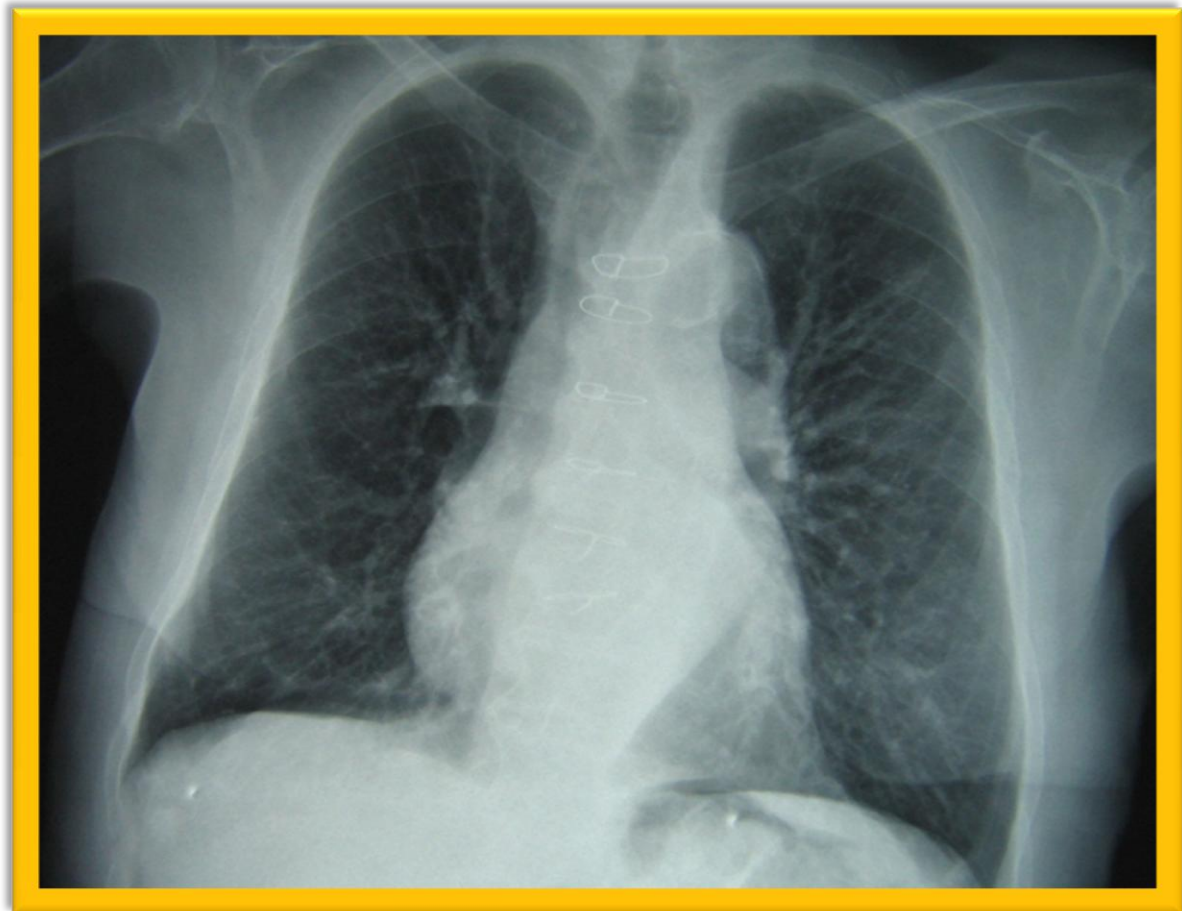
- La pericardiotomia es va realitzar sense complicacions. Poc després del procediment, va cedir el quadre de taponament, es va recuperar la diuresis i va millorar la funció renal (creatinina a l'alta: 0.9 mg/dL).
- El pacient va ser donat d'alta el dia 01/08/2009.
- L'ecocardiograma a l'alta va mostrar embassament pericàrdic lleuger.



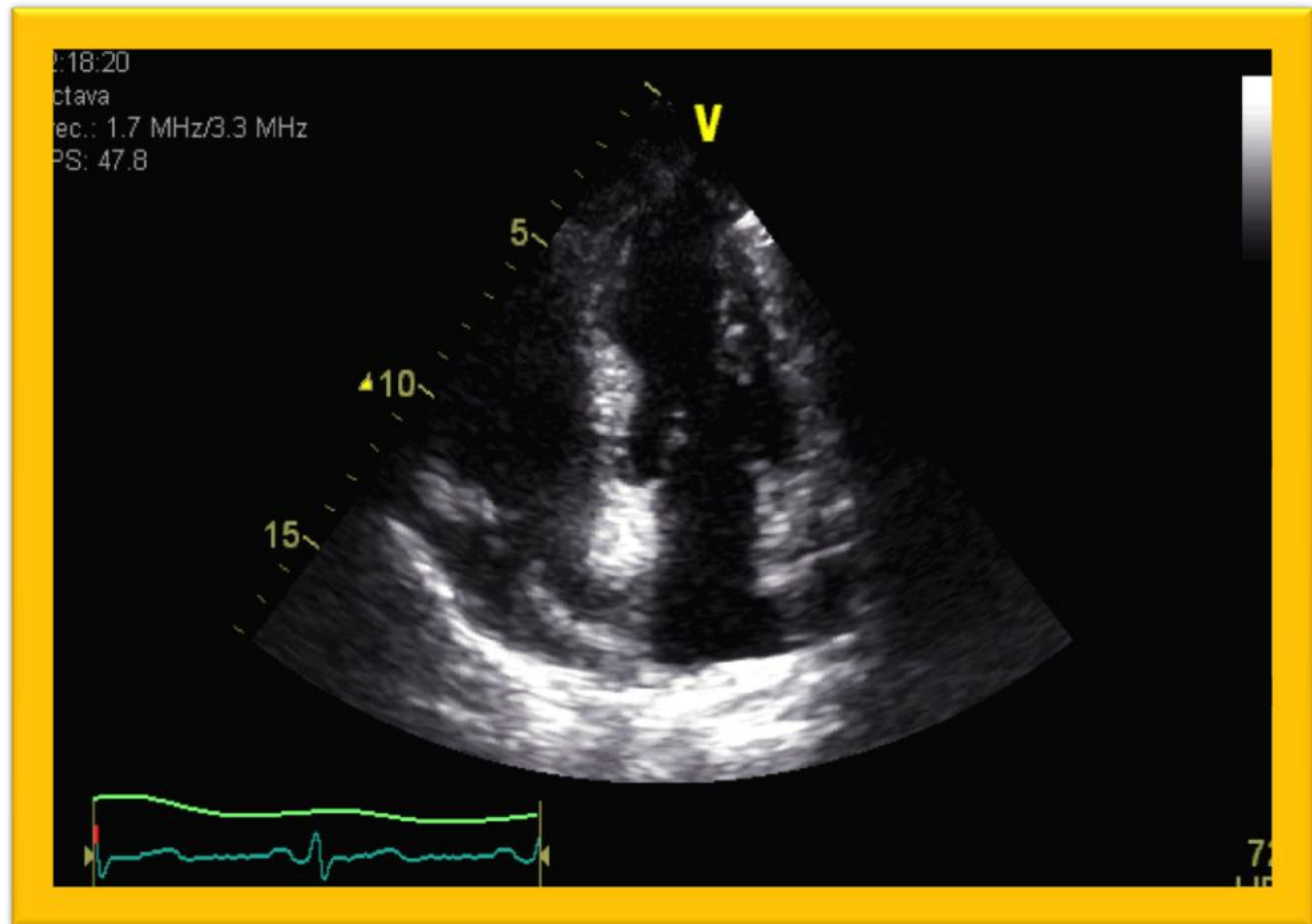
# EVOLUCIÓ A L'ALTA:

- Al Juny de 2010 el pacient estava asimptomàtic.

## Rx Tórax:



# Ecocardiograma:



# PERICARDIOTOMIA PERCUTÀNEA AMB BALÓ:

- Hi ha molt poca experiència amb aquest procediment.
- L'experiència més valorable es la que es va publicar al 1993 (Palacios et al.) que correspon a un estudi multicèntric.
- Es va practicar la pericardiotomia amb baló a 50 pacients que presentaven embassament pericàrdic moderat-sever o es trobaven en situació de taponament.
- La majoria de pacients (n=44) tenien una pericarditis neoplàsica (la més freqüent: neoplasia de pulmó).
- La resta de pacients (n=6) presentaven etiologies diferents: idiopàtica, urèmia, HIV i hipotiroïdisme.

Palacios et al. **Percutaneous balloon pericardiotomy for the treatment of cardiac tamponade and large pericardial effusions: description of technique and report of the first 50 cases.** *JACC* 1993; 21:1-5

# PERICARDIOTOMIA PERCUTÀNEA AMB BALÓ:

- El procediment va ser exitós (no recidiva del embassament pericàrdic) en 46 pacients després d'un seguiment de 3.6 mesos.
- 2 pacients van requerir intervenció quirúrgica precoç, un per sagnat pericàrdic i un altre per persistència del embassament pericàrdic.
- Els 2 altres pacients van requerir intervenció tardana per recurrència del taponament.
- En alguns pacients va aparéixer embassament pleural esquerra.

Palacios et al. **Percutaneous balloon pericardiotomy for the treatment of cardiac tamponade and large pericardial effusions: description of technique and report of the first 50 cases.** *JACC* 1993; 21:1-5

