



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – PRESENTACIÓN DE CASOS

Taponamiento cardiaco como complicación de terapia trombolítica en paciente con embolia pulmonar masiva



José G. Charria*, Sebastián Giraldo y Natalia Martínez

Servicio de Medicina Interna, Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

Recibido el 18 de octubre de 2014; aceptado el 15 de abril de 2015

Disponible en Internet el 27 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Tromboembolia pulmonar;
Trombólisis;
Taponamiento cardiaco

KEYWORDS

Pulmonary thromboembolism;
Thrombolysis;
Cardiac tamponade

Resumen

Fundamentos: La embolia pulmonar es una condición frecuente que genera alteraciones en la dinámica cardiovascular y pulmonar. En la actualidad se clasifica de acuerdo a su impacto hemodinámico que permite la instauración de medidas de recuperación de la función cardiaca, la hemodinámica y la pulmonar como la trombólisis.

Métodos: Reporte de caso.

Resultados: En el presente caso se plantea el de un paciente con embolia pulmonar masiva que presenta una complicación hemorrágica asociada a la trombólisis, el taponamiento cardiaco y fallece.

Conclusiones: Las medidas de intervención como la trombólisis para la embolia pulmonar no carecen de complicaciones.

© 2014 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cardiac tamponade as an explanation for thrombolytic therapy in patient with massive pulmonary embolism

Abstract

Fundamentals: Pulmonary embolism is a frequent condition which generates alterations in the cardiovascular and pulmonary dynamics. Today it is classified according to its hemodynamic impact, which allows the adoption of interventions for restoring of cardiac, hemodynamic and pulmonary function, such as thrombolysis.

Methods: Case report.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.charria@gmail.com (J.G. Charria).

Results: In the present case, a case of a patient with massive pulmonary embolism is reported. This patient developed a bleeding complication associated to thrombolysis, cardiac tamponade and eventually died.

Conclusions: Intervention measures to treat pulmonary embolism, such as thrombolysis, can present complications.

© 2014 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La embolia pulmonar es una condición frecuente que se produce después de la generación de un trombo generalmente localizado a nivel del sistema venoso profundo de los miembros, sin excluirse otra localización, que se genera por la alteración de diferentes elementos constitutivos de la tradicionalmente descrita tríada de Virchow, dicho trombo se desplaza por el sistema venoso hasta localizarse en la circulación pulmonar generando el cuadro clínico. La embolia pulmonar se constituye como la tercera causa de muerte cardiovascular después del evento coronario agudo y el evento cerebrovascular en los Estados Unidos, donde se considera aporta con 600 mil muertes al año¹. Su frecuencia de presentación se verá afectada por la presencia de factores de riesgo identificados y descritos previamente. Adicionalmente se debe mencionar que a pesar de los avances e intervenciones específicamente enfocadas en el manejo anticoagulante, la incidencia de la condición es creciente en las últimas dos décadas.

Actualmente se clasifica la embolia pulmonar de acuerdo al grado de compromiso hemodinámico que este pueda generar ya que esta clasificación permite al tratante la realización de cambios en la intervención que a la luz de la evidencia han mostrado tener cierto impacto en el curso natural de la enfermedad, su evolución y finalmente en su desenlace². De acuerdo con la Sociedad Europea de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón³, la embolia pulmonar se clasifica en: el embolismo pulmonar masiva, la embolia pulmonar submasiva y la embolia pulmonar no masiva. La embolia pulmonar masiva es aquel que genera un grado de compromiso que puede poner en riesgo la vida del paciente y se define porque cumple con una hipotensión arterial con disminución de la presión arterial sistólica por debajo de 90 mmHg o disminución mayor a 40 mmHg durante más de 15 minutos o que requiera soporte vasopresor o porque genera un choque cardiogénico o porque genera un colapso circulatorio causando síncope o requerimiento de reanimación cardiopulmonar. La embolia pulmonar submasiva es aquel que genera cambios en el ecocardiograma principalmente en relación con la disfunción ventricular derecha o la hipertensión arterial pulmonar, o presenta los marcadores de la injuria miocárdica como la troponina. Finalmente la embolia pulmonar no masiva es aquel que no genera compromiso hemodinámico y estructural/funcional en la ecocardiografía ni tampoco elevación de los marcadores de la injuria miocárdica. Como se mencionó, la clasificación sirve como marcadores de pauta en el manejo,

por consiguiente, los casos de mayor complejidad se beneficiarán de intervenciones salvadoras o preservadoras de la función miocárdica como puede ser la trombólisis, la cual es una intervención de impacto en los pacientes en quien se amerite el tratamiento, no obstante, no todas las intervenciones son carentes de riesgo, como se presenta en el caso que relacionamos a continuación, un paciente con una clínica y paraclínica clara, indicativa de manejo trombolítico, presenta un desenlace poco común en la terapia trombolítica que le genera un desenlace funesto.

Reporte de caso

Paciente con cuadro clínico de dos horas de evolución consistente en disnea súbita asociada a cianosis central y deterioro progresivo del estado de conciencia hasta el estupor que obliga a intubación orotraqueal. Estuvo hospitalizado durante nueve días con infección de las vías urinarias (se desconoce germen aislado extrahospitalariamente) es dado de alta a los dos días con fórmula de ciprofloxacina oral.

Como antecedentes de importancia presentó hiperplasia prostática benigna y exposición a humo de leña de larga data.

En el examen físico de ingreso presentó hipotensión en 99/68 mmHg; taquicardia en 103 por minuto, frecuencia respiratoria en 17 por minuto, afebril y saturando al 100% con soporte ventilatorio invasivo. Hemograma con leucocitosis y neutrofilia, anemia de volúmenes normales, azoados con injuria renal aguda prerrenal, aminotrasferasas elevadas levemente, gases arteriales con acidemia metabólica, hipercapnia e hipoxemia y electrocardiograma con patrón s1q3t3 con imagen de T invertida asimétrica de V1 a V4, ritmo sinusal y eje normal. Radiografía de tórax con infiltrados de ocupación mixta en campo pulmonar derecho y mala diferenciación de ángulo costo frénico derecho. Se determina posible evento tromboembólico pulmonar por lo que se decide realizar cálculo de probabilidad el cual es verosímil (Wells 6 puntos).

Se amplían estudios con el ecocardiograma, la troponina sérica, el lactato sérico y la angio-TAC de tórax. El ecocardiograma trastorácico evidencia dilatación moderada de las cavidades derechas con función sistólica del ventrículo derecho severamente comprometida, el ventrículo derecho moderadamente dilatado con función sistólica severamente comprometida, con la fracción de eyección de 15%, signos de sobrecarga de la presión, con movimiento paradójico del septum, la hipertensión pulmonar severa (PSAP de 75

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012007>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012007>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)