

Informe Pericarditis

Kira Juárez Zebadúa

Clínica Quirúrgica

5° semestre

Medicina Humana

Universidad Del Sureste



El pericardio (del griego, «alrededor», y, «corazón») es un saco que tiene dos hojas, una visceral serosa (también llamada epicardio) y otra parietal fibrosa, lo que condiciona un espacio virtual en cuyo interior se encuentra el líquido pericárdico (15-50ml); entre sus funciones está la de lubricar el corazón (disminuyendo la fricción con los movimientos), función de barrera con estructuras adyacentes y proteger contra las infecciones.

Las pericarditis aguda y crónica constituyen una amplia familia de enfermedades cardiovasculares. Las formas agudas y las formas crónicas son muy diferentes, no solamente por su presentación, su etiología, etc., sino sobre todo por su pronóstico y su tratamiento. Se trata de enfermedades en la frontera entre la cardiología y las otras especialidades, en particular las referentes a las enfermedades inflamatorias y sistémicas.

Pericarditis agua:

La pericarditis aguda es un síndrome clínico cuyo diagnóstico está basado en criterios simples no siempre informados de manera clara e incluye el dolor torácico (característico), el frote pericárdico, alteraciones electrocardiográficas evolutivas (elevación difusa del segmento ST en el electrocardiograma [ECG]) y derrame pericárdico. Al menos 2 de 4 factores deberían estar presentes para el diagnóstico de pericarditis aguda, aunque la auscultación de un frote pericárdico permite, por sí solo, establecerlo. La inclusión del derrame pericárdico no totalmente aceptada por algunos autores está justificada en la medida en que, si bien no es necesaria para el diagnóstico, su hallazgo es confirmatorio en un paciente con un cuadro clínico sugestivo.

La forma clásica de presentación es la de un cuadro sintomático agudo, pero también puede presentarse en forma subaguda o crónica. Son comunes la presencia de fiebre (habitualmente $< 39\text{ }^{\circ}\text{C}$), molestia, malestar y mialgias como pródromos. Los pacientes añosos pueden no tener fiebre.

Se trata principalmente del dolor torácico «pericardítico». Las características deben ser típicas para considerar que se cumple uno de los criterios mayores de diagnóstico. El inicio a menudo es brusco, con un dolor intenso, retroesternal, mediotorácico, sin una auténtica irradiación. Raramente es constrictivo. El dolor suele ser prolongado o intermitente, sin relación con los esfuerzos o el reposo, persiste varias horas e incluso varios días y suele ser angustioso. Típicamente, dos elementos van a favor del carácter pericárdico: • el aumento del dolor durante la inspiración (que dificulta la respiración, punto que con frecuencia refieren espontáneamente los pacientes); • el dolor aumenta en decúbito y se busca espontáneamente una posición antálgica, en posición sentada o en anteflexión. Por ello, la presentación a veces es caricaturesca, en un paciente joven sentado, con la respiración contenida.

El diagnóstico de los casos idiopáticos es fundamentalmente de exclusión, apoyado por un curso clínico típico. Por lo tanto, en todos los casos en los que se sospeche pericarditis, se recomienda realizar una exploración física detallada, electrocardiograma, analítica completa que incluya marcadores inflamatorios (PCR, VSG) y de daño miocárdico (CK y Troponina), ecocardiografía, radiografía de tórax.

Algunas características clínicas durante la presentación pueden asociarse a etiologías específicas y complicaciones durante el seguimiento (recurrencias,

taponamiento, constricción), y se ha propuesto considerarlas «características de riesgo elevado» útiles para la clasificación inicial del tipo de pericarditis, y que sirven para establecer la necesidad de una búsqueda etiológica completa y el ingreso hospitalario del paciente concreto. Factores de riesgo mayores: Fiebre > 38 °C, curso subagudo (síntomas que aparecen a lo largo de varios días o semanas), derrame pericárdico severo o taponamiento cardiaco y fracaso del tratamiento con AAS o AINE.

El ECG naturalmente es indispensable; constituye, en su forma típica, uno de los elementos principales del diagnóstico y permite reorientar el diagnóstico si es necesario. Clásicamente, la evolución tiene lugar en cuatro estadios:

el estadio 1 comporta una elevación difusa del segmento ST, en varias derivaciones y sin «imagen en espejo».

Por lo tanto, no existe un territorio definido, como ocurriría en caso del principal diagnóstico diferencial, que es el infarto de miocardio con elevación del segmento ST. Se trata de modificaciones recientes (de ahí el interés de disponer del ECG de referencia) y no hay que confundirlas con el síndrome de repolarización precoz que se observa a menudo en pacientes jóvenes;

- el estadio 2 corresponde al retorno del segmento ST a la línea isoeletrica, a menudo acompañado por un aplanamiento de la onda T;
- el estadio 3 presenta una negativización de la onda T, también difusa;
- el estadio 4 corresponde a la vuelta a la normalidad en unas semanas o unos meses. Las anomalías del ECG también pueden afectar al intervalo PQ (o PR), con

una depresión del segmento PQ (de al menos 2 mm para que sea significativo), principalmente en D1, D2 o VL. Pueden encontrarse otras anomalías inespecíficas, como trastornos del ritmo auricular (extrasístoles auriculares, fibrilación auricular, etc.).

Finalmente, hay que buscar e identificar con urgencia signos a favor del taponamiento: microvoltaje que sugiere un derrame importante y, sobre todo, alternancia.

Los AINE´s son el pilar del tratamiento en pericarditis aguda, la selección se deberá basar en relación con la historia médica y comorbilidades del enfermo. Se recomienda utilizar ibuprofeno como antiinflamatorio de primera elección, por tener menos efectos secundarios y tener poca o nula influencia en el flujo coronario. En paciente con antecedente de enfermedad cardiovascular se recomienda aspirina como primera elección. Se recomienda administrar dosis altas de AINE´s de una a dos semanas (dosis de carga) y continuar durante 3 meses con dosis de mantenimiento. Se recomienda asociar colchicina al uso de AINE´s ya que diferentes metanálisis han demostrado un adecuado perfil de riesgo-beneficio en el tratamiento de la pericarditis en el adulto. Se recomienda medir los niveles de la PCR, como marcador de respuesta al tratamiento e iniciar la disminución gradual de una a dos semanas después de que los niveles en sangre de la PCR se normalicen. La evidencia que soporta el uso de corticosteroides en pericarditis es débil y se ha asociado con mayor índice de recurrencias, reacciones adversas (fracturas vertebrales) y hospitalizaciones asociadas a la enfermedad en particular a dosis altas por lo que debe limitarse a pacientes con enfermedades del tejido

conectivo, autoinmune y en caso de contraindicación o intolerancia a AINE´s; ante su uso se recomienda dar suplemento de calcio 1500 mg/día, vitamina D 800 UI /día y bifosfonatos en tratamientos a largo plazo con prednisona a dosis >5mg/día o equivalentes para prevenir eventos adversos.

Las complicaciones de la Pericarditis aguda son: pericarditis recurrente, derrame pericárdico con o sin taponamiento cardiaco y pericarditis constrictiva.

La pericarditis recurrente se caracteriza por la recurrencia de los signos y síntomas de pericarditis aguda (dolor precordial, frote pericárdico, elevación cóncava del ST y derrame pericárdico), aparece entre el 15- 30% de los pacientes, en su mayor proporción en los no tratados con colchicina en la fase inicial, usualmente la recurrencia se presenta dentro de los primeros 18 meses. La etiología más frecuente de la pericarditis recurrente: Idiopática o viral por varios mecanismos (infección crónica, reinfección, nueva infección viral) y Post- infarto, tras cirugía cardiaca y secundaria a lupus eritematoso sistémico y otras patologías autoinmunes. Los predictores de recurrencia pobre respuesta a aspirina u otros AINE´s y uso de glucocorticoides. El tratamiento es con aspirina u otro AINE asociado a colchicina, los glucocorticoides del tipo prednisona solo deben ser utilizados en falla al uso de de AINE´s y colchicina, enfermedad reumatológica, etiología autoinmune, intolerancia o contraindicación a aspirina o AINE´s, en pacientes que no toleran la prednisona se recomienda el uso de azatioprina. En pericarditis recurrente se recomienda como primera elección prescribir el AINE que fue utilizado en el primer evento de pericarditis si es que este tuvo un buen resultado. La pericardiectomía está indicada en recurrencias frecuentes y sintomáticas

resistentes al manejo médico. La pericarditis constrictiva es un síndrome caracterizado por la existencia de un pericardio engrosado, rígido, y en ocasiones calcificado, que produce dificultad en el llenado de todas las cámaras cardíacas, típicamente es crónica, pero en sus variantes incluyen subaguda, transitoria y constricción oculta. Menos del 1% de las pericarditis agudas virales evolucionan a la forma constrictiva, mientras que en la pericarditis tuberculosa y purulenta hasta en un 40%. Típicamente se presenta con una o las dos siguientes características clínicas: Síntomas de insuficiencia cardíaca relacionados a congestión de cavidades derecha, variando desde el edema periférico hasta la anasarca y síntomas relacionados a la disminución del gasto cardíaco en respuesta a la actividad física, tales como fatiga y disnea.

Los síndromes dolorosos torácicos son los principales diagnósticos que hay que descartar, sobre todo porque el tratamiento difiere totalmente: síndrome coronario agudo (con o sin elevación del segmento ST), disección aórtica y embolia pulmonar, pero también dolor de origen pleural, digestivo (esofágico, colecistitis, pancreatitis, etc.). Por lo tanto, el ECG constituye la piedra angular del tratamiento y de la orientación, y requiere diferenciar bien los signos a favor de la reacción pericárdica de los de isquemia miocárdica

La pericarditis crónica reúne:

- el derrame pericárdico crónico (derrame que evoluciona durante más de 1 mes);
- la constricción pericárdica a causa de la inflamación y la fibrosis de las dos hojas del pericardio, que comporta la sínfisis de las dos hojas y altera el

funcionamiento fisiológico del pericardio. En total, representa menos del 1% de las cardiopatías.

La constricción pericárdica limita el funcionamiento fisiológico normal del pericardio y, por lo tanto, impide el llenado diastólico de las cavidades cardíacas.

A causa del régimen de presión, aunque se afectan las cavidades derechas e izquierdas, las cavidades derechas se ven más afectadas, lo cual puede llegar hasta un cuadro de corazón derecho agudo (adiastolia) o crónico, según las formas clínicas. Las presiones de llenado ventricular aumentan, hasta la disminución del llenado, de ahí una disminución del volumen de eyección sistólica y, por lo tanto, del flujo cardíaco.

El síndrome de adiestolia se observa en circunstancias evocadoras: después de una pericarditis aguda o antecedentes de irradiación (casi siempre terapéutica), a veces muchos años antes.

Casi la mitad de los pacientes están asintomáticos, siendo un hallazgo casual, y el resto suelen presentar dolores torácicos atípicos y/o disnea leve con los esfuerzos, siendo muy poco frecuentes los síntomas clásicos de pericarditis aguda. El 25% de los pacientes comenzaron con taponamiento pericárdico. La exploración física suele ser anodina, salvo en aquellos pacientes con taponamiento que presentan los signos típicos del mismo y solo esporádicamente presentan roce pericárdico. Se ha asociado este cuadro clínico con el linfangioma facial congénito.

En aquellos pacientes con derrame pericárdico crónico secundario a una causa específica, el tratamiento depende de la causa etiológica. En los pacientes con

derrame pericárdico crónico idiopático y dada la alta incidencia de taponamiento pericárdico durante la evolución, el tratamiento de elección es la pericardiocentesis, que se realizará de forma urgente en aquellos pacientes que comiencen clínicamente con taponamiento o electiva en el resto.

Bibliografías:

Mesa Rubio, D., Ruiz Ortiz, M., Delgado Ortega, M., & Anguita Snchez, M. (2005). Pericarditis cr?nica. *Medicine - Programa de Formaci?n M?dica Continuada Acreditado*, 9(43), 2847-2851. [https://doi.org/10.1016/s0211-3449\(05\)73813-3](https://doi.org/10.1016/s0211-3449(05)73813-3)

Mesa Rubio, D., Ruiz Ortiz, M., Delgado Ortega, M., & Anguita Snchez, M. (2005). Pericarditis cr?nica. *Medicine - Programa de Formaci?n M?dica Continuada Acreditado*, 9(43), 2847-2851. [https://doi.org/10.1016/s0211-3449\(05\)73813-3](https://doi.org/10.1016/s0211-3449(05)73813-3)

Mesa Rubio, D., Ruiz Ortiz, M., Delgado Ortega, M., & Anguita Snchez, M. (2005). Pericarditis cr?nica. *Medicine - Programa de Formaci?n M?dica Continuada Acreditado*, 9(43), 2847-2851. [https://doi.org/10.1016/s0211-3449\(05\)73813-3](https://doi.org/10.1016/s0211-3449(05)73813-3)

Santos JM, Casabé JH, Gabe ED, Vigliano C, Abud J, Guevara E, et al. Clínica y seguimiento de la Pericarditis Constrictiva Crónica. *Medicina (Buenos Aires)* 2018;70:1-5.

Talreja DR, Nishimura RA, Oh JK, Holmes DR. Constrictive pericarditis in the modern era: novel criteria for diagnosis in the cardiac catheterization laboratory. *J Am Coll Cardiol* 2008;51:315

CLAVERÍA R, C. R. I. S. T. I. Á. N., VERGARA G, L. U. I. S., NEGRÓN M, S. A. N. D. R. A., LÓPEZ L, C. A. R. M. E. N. L. U. Z., ZELADA P, P. A. M. E. L. A., & CARRASCO O, J. U. A. N. A. N. D. R. É. S. (2009). Derrame Pericárdico, Enfrentamiento Clínico. *Revista chilena de pediatría*, 80(3), 1. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062009000300009>

Palanca Arias D, Corella Aznar EG, Ayerza Casas A, et al. Pericarditis aguda complicada con derrame pericárdico. Caso clínico pediátrico. Arch Argent Pediatr 2017;115(4):e237-e242.