

*NOMBRE DE ESTUDIANTE:
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ*

*DOCENTE:
DR. SAUL PERAZA MARÍN*

*MATERIA:
CARDIOLOGÍA
TEMA:
PERICARDITIS*

*CARRERA:
MEDICINA HUMANA*

SEMESTRE: QUINTO

FECHA: 23/ NOVIEMBRE/ 2020

LA PERICARDITIS ES LA INFLAMACIÓN DEL PERICARDIO, A MENUDO CON ACUMULACIÓN DE LÍQUIDO. LA PERICARDITIS PUEDE DEBERSE A NUMEROSOS TRASTORNOS (P. EJ., INFECCIÓN, INFARTO DE MIOCARDIO, TRAUMATISMOS, TUMORES, TRASTORNOS METABÓLICOS), PERO A MENUDO ES IDIOPÁTICA. LOS SÍNTOMAS INCLUYEN DOLOR O RIGIDEZ TORÁCICA, QUE A MENUDO EMPEORAN CON LA RESPIRACIÓN PROFUNDA. EL GASTO CARDÍACO PUEDE REDUCIRSE EN GRAN MEDIDA SI SE DESARROLLA TAPONAMIENTO CARDÍACO O PERICARDITIS CONSTRICTIVA. EL DIAGNÓSTICO SE BASA EN LOS SÍNTOMAS, EL HALLAZGO DE UN ROCE, LOS CAMBIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS Y LOS SIGNOS DE ACUMULACIÓN DE LÍQUIDO PERICÁRDICO EN LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX O EL ECOCARDIOGRAMA. PARA DETERMINAR LA CAUSA, SE REQUIERE UNA EVALUACIÓN MÁS PROFUNDA. EL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA CAUSA, PERO LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS GENERALES INCLUYEN ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS, ANTIINFLAMATORIOS.

CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES DEL PERICARDIO

- 1) INFECCIONES: VÍRICAS, BACTERIANAS (INCLUIDA LA TUBERCULOSIS), FÚNGICAS, PARASITARIAS
- 2) ENFERMEDADES SISTÉMICAS DEL TEJIDO CONECTIVO Y OTROS PROCESOS AUTOINMUNES: LES, AR, ESCLEROSIS SISTÉMICA, SARCOIDOSIS, VASCULITIS
- 3) NEOPLASIAS: PRIMARIAS (MUY INFRECIENTES, SOBRE TODO EL MESOTELIOMA PERICÁRDICO) Y SECUNDARIAS (MÁS COMUNES, SOBRE TODO EL CÁNCER DE PULMÓN Y DE MAMA, Y LOS LINFOMAS)
- 4) ALTERACIONES METABÓLICAS: UREMIA, HIPOTIROIDISMO, ANOREXIA NERVIOSA
- 5) TRAUMATISMOS Y CAUSAS YATROGÉNICAS
 - A) ENFERMEDADES DEL PERICARDIO DE INICIO PRECOZ (RARAS): TRAUMATISMO DIRECTO (HERIDA PENETRANTE DE TÓRAX, PERFORACIÓN DEL ESÓFAGO) O INDIRECTO (HERIDA NO PENETRANTE DE TÓRAX, LESIÓN POR RADIACIÓN)
 - B) ENFERMEDADES DEL PERICARDIO DE INICIO TARDÍO: SÍNDROMES DE LESIÓN PERICÁRDICA (SÍNDROME POSINFARTO DE MIOCARDIO, SÍNDROME POSPERICARDIOTOMÍA), OTRAS LESIONES YATROGÉNICAS (TRAS INTERVENCIONES CORONARIAS PERCUTÁNEAS, TRAS IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS, O TRAS ABLACIÓN)
- 6) USO DE FÁRMACOS (RARAMENTE): PROCAINAMIDA, HIDRALAZINA, FENITOÍNA, ANTINEOPLÁSICOS (COMO DOXORRUBICINA,

DAUNORRUBICINA, ARABINÓSIDO DE CITOSINA, 5-FLUOROURACILO, CICLOFOSFAMIDA), PENICILINAS, ESTREPTOQUINASA, ÁCIDO PARAAMINOSALICÍLICO, AMIODARONA, CICLOSPORINA, DIURÉTICOS TIACÍDICOS, GM-CSF, FÁRMACOS ANTI-TNF

7) OTRAS (FRECUENTES): AMILOIDOSIS, DISECCIÓN DE AORTA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR, INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA.

AINES

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 ANTINFLAMATORIO 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 TRATAMIENTO BENEFICIO EN EL 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 PREDNISO EQUIVALENTES PARA PREVENIR EVENTOS ADVERSOS.

AUNQUE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PERICARDITIS ES RELATIVAMENTE SIMPLE, ESTABLECER LA CAUSA SUELE SER DIFÍCIL. LAS CAUSAS DE PERICARDITIS AGUDAS SON VARIADAS Y EL CARDIÓLOGO DEBERÁ IDENTIFICAR AQUELLAS QUE REQUIERAN TERAPIAS ESPECÍFICAS.

EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS, LOS DIAGNÓSTICOS FINALES MÁS COMUNES EN HUÉSPEDES INMUNOCOMPETENTES SON LAS PERICARDITIS

IDIOPÁTICAS Y LAS VIRALES. POR LO TANTO, Y DESDE UNA MIRADA ASISTENCIAL Y PRÁCTICA, UN DIAGNÓSTICO MÁS PRECISO SUELE SER IRRELEVANTE PARA EL MANEJO DE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES. SIN EMBARGO, LAS CAUSAS ESPECÍFICAS MÁS IMPORTANTES PARA DESCARTAR SON LAS PERICARDITIS TUBERCULOSA, NEOPLÁSICA Y LA ASOCIADA A ENFERMEDADES SISTÉMICAS (GENERALMENTE AUTOINMUNITARIAS), DADO QUE REQUIEREN TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS. CADA UNA DE ESTAS CAUSAS TIENE UNA FRECUENCIA CERCANA AL 5% DE TODOS LOS CASOS NO SELECCIONADOS DE PERICARDITIS DE LOS PAÍSES DESARROLLADOS. COMO CAUSAS EMERGENTES DEBEN INCLUIRSE LAS DE ETIOLOGÍA IATROGÉNICA (INTERVENCIONES CORONARIAS PERCUTÁNEAS, IMPLANTE DE MARCAPASOS, PROCEDIMIENTOS DE ABLACIÓN, ENTRE OTROS). ESTOS SON EJEMPLOS CONTEMPORÁNEOS DE SÍNDROMES DE LESIÓN CARDÍACA, EN LOS CUALES LA ETIOLOGÍA ESTÁ DETERMINADA POR UNA COMBINACIÓN DE TRAUMATISMO PERICÁRDICO DIRECTO, SANGRADO PERICÁRDICO Y PREDISPOSICIÓN INDIVIDUAL.

LA PERICARDITIS AGUDA PUEDE PRESENTARSE “SECA” (SIN DERRAME PERICÁRDICO), FIBRINOSA O EFUSIVA, INDEPENDIEMENTE DE SU ETIOLOGÍA.

LUEGO DE LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y ANTE LA SOSPECHA DE UN ORIGEN ESPECÍFICO, DEBERÁN AGREGARSE PRUEBAS ADICIONALES DIRIGIDAS. (NIVEL DE EVIDENCIA B, INDICACIÓN CLASE I).

ESTUDIOS DE LABORATORIO

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO ESPECÍFICAS DEBERÍAN ESTAR VINCULADAS A LA ETIOLOGÍA SOSPECHADA, COMO POR EJEMPLO UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA (AUTOINMUNITARIA, METABÓLICA, NEOPLASIAS) O INFECCIOSA (ESPECIALMENTE TUBERCULOSIS).

EN LA ACTUALIDAD, DADA LA EXPANSIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), ES RECOMENDABLE SOLICITAR SEROLOGÍA AL EVALUAR CUADROS DE PERICARDITIS, MÁS AÚN EN PACIENTES CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE PERICARDITIS TUBERCULOSA, NEOPLÁSICA (LINFOMAS), ENTRE OTROS.

LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO DE RUTINA HABITUALMENTE CONDUCEN A HALLAZGOS NO RELEVANTES. POR EJEMPLO, LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (AAN) SE SOLICITA FRECUENTEMENTE A PACIENTES CON PERICARDITIS AGUDAS Y RECURRENTE, Y LOS TÍTULOS BAJOS SON MÁS COMUNES EN CASOS DE PERICARDITIS IDIOPÁTICA RECIDIVANTE QUE EN CONTROLES SANOS (43,4 VS. 9,8%, $P < 0,001$), SUGIRIENDO UNA PATOGÉNESIS AUTOINMUNITARIA POSIBLE, AUNQUE A

MENUDO SON HALLAZGOS CLÍNICAMENTE INESPECÍFICOS EN UN PACIENTE INDIVIDUAL. LA EVALUACIÓN SEROLÓGICA DE RUTINA PARA AAN SUGIERE EL ORIGEN EN MENOS DEL 10% DE LOS CASOS, Y EN ESTAS OCASIONES SON OTROS LOS HALLAZGOS QUE INDICAN EN FORMA CARACTERÍSTICA LA ENFERMEDAD SUBYACENTE. LOS ANTICUERPOS ANTI-SSA PUEDEN SUGERIR UN SÍNDROME DE SJÖGREN SUBCLÍNICO, CON XEROSTOMÍA Y XEROFTALMOS .

LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS DEL LÍQUIDO PERICÁRDICO PUEDEN SER DE UTILIDAD EN CASOS SELECCIONADOS: ADENOSÍN DEAMINASA (ADA) PARA TUBERCULOSIS; MARCADORES TUMORALES (CEA) Y CITOLOGÍA PARA NEOPLASIAS, CULTIVOS Y REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR) PARA INFECCIONES.

OTROS DATOS COMÚNMENTE UTILIZADOS (COMO DOSAJES DE PROTEÍNAS, LDH, GLUCOSA, RECUENTOS CELULARES) PUEDEN SER MENOS ÚTILES.

MIOCARDITIS ASOCIADA A LAS PERICARDITIS AGUDAS

LA PERICARDITIS AGUDA SE ACOMPAÑA FRECUENTEMENTE DE ALGÚN GRADO DE MIOCARDITIS (EVIDENCIADA POR DISFUNCIÓN VENTRICULAR GLOBAL O REGIONAL, MIALGIAS O RABDOMIÓLISIS, ELEVACIONES DE LAS TROPONINAS I Y T, CPK-MB, MIOGLOBINA SÉRICA Y FACTOR DE NECROSIS TUMORAL).

MIOPERICARDITIS

LAS MIOCARDITIS Y PERICARDITIS COMPARTEN AGENTES ETIOLÓGICOS COMUNES, PARTICULARMENTE VIRUS; POR LO QUE EL ESPECTRO DE SÍNDROMES INFLAMATORIOS MIOPERICÁRDICOS INCLUYE DESDE LAS PERICARDITIS PURAS HASTA FORMAS CON COMPROMISO MIOCÁRDICO PROGRESIVO TALES COMO MIOPERICARDITIS (PERICARDITIS PREDOMINANTE), PERIMIOCARDITIS (MIOCARDITIS PREDOMINANTE) Y MIOCARDITIS PURA.

LA PERICARDITIS AGUDA PUEDE PRESENTARSE CON *ELEVACIÓN DE LA TROPONINA*, COMO EXPRESIÓN DE COMPROMISO MIOCÁRDICO CONCOMITANTE. LOS CAMBIOS DIFUSOS EN EL ECG (CON ELEVACIÓN DIFUSA DEL SEGMENTO ST, QUE HABITUALMENTE SE HA CONSIDERADO COMO LA CARACTERÍSTICA DISTINTIVA DE LA PERICARDITIS AGUDA) MUESTRAN UN COMPROMISO MIOCÁRDICO SUBEPICÁRDICO MÁS QUE SOLO "PERICARDITIS", DE MODO TAL QUE ES PROBABLE QUE EL COMPROMISO MIOCÁRDICO Y PERICÁRDICO ESTÉ PRESENTE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE PERICARDITIS AGUDAS.

LA MIOPERICARDITIS GENERALMENTE SE PRESENTA CON UNA FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA (FEVI) CONSERVADA O LEVEMENTE COMPROMETIDA (FEVI CERCANA A 45-50%) Y SUELE TENER UN BUEN PRONÓSTICO, SIN EVOLUCIÓN A INSUFICIENCIA CARDÍACA, PERICARDITIS CONSTRICTIVA O RECURRENCIA CLÍNICA.

EN ESTOS CASOS SE HA INFORMADO NORMALIZACIÓN DEL ECG, DE LA FUNCIÓN VI Y DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DENTRO DE LOS 12 MESES.

EL DAÑO MIOCÁRDICO MÍNIMO MÁS ALLÁ DE LOS CAMBIOS EN EL ECG SUELE EXPRESARSE COMO ELEVACIÓN DE LA TNI O LA PRESENCIA DE ASINERGIAS EN EL ECOCARDIOGRAMA (HABITUALMENTE DISCORDANTES CON LOS CAMBIOS EN EL ECG, A DIFERENCIA DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS) TAMBIÉN PUEDE SER DETECTADA EN FORMA NO INVASIVA POR RM. EL DIAGNÓSTICO DE MIOPERICARDITIS DEBE CONSIDERARSE COMO INDICACIÓN DE INTERNACIÓN PARA MONITORIZACIÓN, ESTUDIO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. EN ESTOS PACIENTES CON COMPROMISO MIOCÁRDICO DEBERÁ VALORARSE LA RESPUESTA A LOS FÁRMACOS ANTIINFLAMATORIOS, YA QUE EN MODELOS ANIMALES DE MIOCARDITIS SE HA EVIDENCIADO QUE PUEDEN POTENCIAR EL PROCESO MIOCARDÍTICO Y EMPEORAR EL PRONÓSTICO.

EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO RECIENTEMENTE PUBLICADO, UN TOTAL DE 486 PACIENTES CON SÍNDROMES INFLAMATORIOS MIOPERICÁRDICOS (PERICARDITIS, MIOPERICARDITIS Y PERIMIOCARDITIS) FUERON EVALUADOS DURANTE UN PERÍODO DE 36 MESES. EL COMPROMISO INFLAMATORIO MIOCÁRDICO FUE CONFIRMADO POR RM CARDÍACA.

LOS MARCADORES CLÍNICOS DEL COMPROMISO MIOCÁRDICO INCLUYERON LA ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST (>75% DE LOS CASOS), ARRITMIAS Y ELEVACIÓN DE LA TROPONINA, QUE CORRELACIONÓ CON LA EXTENSIÓN DEL COMPROMISO MIOCÁRDICO, PERO NO DISCRIMINÓ ENTRE MIOPERICARDITIS/PERIMIOCARDITIS.

EL COMPROMISO MIOCÁRDICO FUE RELATIVAMENTE FRECUENTE Y SE DETECTÓ HASTA EN UN TERCIO DE LOS PACIENTES. LOS AUTORES DEFINIERON COMO MIOPERICARDITIS A CUADROS DE PERICARDITIS Y ELEVACIÓN DE LOS MARCADORES DE LESIÓN MIOCÁRDICA SIN EVIDENCIAS DE COMPROMISO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA FOCAL O DIFUSA, EVALUADOS POR ECOCARDIOGRAFÍA O RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA (RMC), MIENTRAS QUE CONSIDERARON COMO PERIMIOCARDITIS AQUELLAS PERICARDITIS CON ELEVACIÓN DE LOS MARCADORES Y EVIDENCIAS DE COMPROMISO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA FOCAL O DIFUSA. UN HALLAZGO DEL ESTUDIO FUE QUE, A DIFERENCIA DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, LA

ELEVACIÓN DE LA TROPONINA NO FUE UN MARCADOR PRONÓSTICO NEGATIVO EN PACIENTES CON MIOPERICARDITIS/PERIMIOCARDITIS, Y QUE LA MAGNITUD DE LA ELEVACIÓN DE LA TROPONINA NO CORRELACIONÓ CON LA PROBABILIDAD DE RECUPERACIÓN POSTERIOR.

LOS SÍNDROMES INFLAMATORIOS MIOPERICÁRDICOS SON CUADROS CLÍNICOS BENIGNOS QUE PUEDEN DIAGNOSTICARSE EN FORMA FRECUENTE EN PACIENTES CON UNA SOSPECHA INICIAL DE PERICARDITIS AGUDA; QUE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEBERÍA INCLUIR LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS Y QUE LA PRESENTACIÓN EN HASTA 3 DE CADA 4 PACIENTES PUEDE SIMULAR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. DESTACARON LA NECESIDAD DE REALIZAR UNA CINECORONARIOGRAFÍA COMO PARTE DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN EN ESTOS CASOS. LA NORMALIZACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA ES LO HABITUAL EN ESTOS CUADROS.

TRATAMIENTO SEGÚN FORMA CLÍNICA

PERICARDITIS CONSTRICTIVA TRANSITORIA

EN UNA PROPORCIÓN SIGNIFICATIVA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN CONSTRICCIÓN PERICÁRDICA, LOS SÍNTOMAS SE RESUELVEN EN FORMA ESPONTÁNEA O CON EL TRATAMIENTO MÉDICO EN EL TRANCURSO DE ALGUNOS MESES. INDUDABLEMENTE ESTOS PACIENTES, QUE EN LAS DIFERENTES SERIES REPRESENTAN ENTRE UN 10 Y UN 20% DE LOS CASOS, PLANTEAN UN DESAFÍO PARA EL CARDIÓLOGO Y EL CIRUJANO CARDIOVASCULAR A LA HORA DE PLANIFICAR LA TERAPÉUTICA. EL RECONOCIMIENTO DE ESTA SITUACIÓN ADQUIERE UNA NOTABLE IMPORTANCIA YA QUE EVITARÍA LA REALIZACIÓN DE UNA PERICARDIECTOMÍA INNECESARIA CON LOS RIESGOS INHERENTES. ESTA FORMA DE EVOLUCIÓN SUELE OBSERVARSE CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS PERICARDITIS CONSTRICTIVAS IDIOPÁTICAS O SECUNDARIAS A PERICARDITIS VIRAL Y CON MENOR FRECUENCIA EN LAS POSQUIRÚRGICAS. OCASIONALMENTE SE HA INFORMADO TAMBIÉN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNITARIAS, PERICARDITIS PURULENTO Y TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO. POR EL CONTRARIO, NO SE HAN COMUNICADO CASOS ASOCIADOS A TERAPIA RADIANTE.

LA RESONANCIA MAGNÉTICA PODRÍA SER DE UTILIDAD PARA IDENTIFICAR A ESTOS PACIENTES. ASÍ, EN UNA INVESTIGACIÓN RECIENTE DE 29 PACIENTES CON SÍNTOMAS DE CONSTRICCIÓN, QUE PRESENTABAN REALCE PERICÁRDICO TARDÍO LUEGO DE LA ADMINISTRACIÓN DE GADOLINIO, EL 50% RESPONDIÓ EN FORMA FAVORABLE AL TRATAMIENTO MÉDICO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINE), CORTICOIDES, COLCHICINA O INMUNOSUPRESORES. EN ESTE ESTUDIO, LA EXISTENCIA

DE REALCE TARDÍO CON GROSOR PERICÁRDICO ≥ 3 MM PRESENTABA UNA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL 86% Y 80%, RESPECTIVAMENTE, PARA PREDECIR LA REVERSIBILIDAD DE LOS SÍNTOMAS. LOS NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA, ERITROSEDIMENTACIÓN Y RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS EN ESTOS PACIENTES FUERON AL MISMO TIEMPO MAYORES QUE LOS OBSERVADOS EN EL GRUPO QUE EVOLUCIONÓ A LA CONSTRICCIÓN PERSISTENTE. ESTOS HALLAZGOS SUGIEREN QUE LOS SIGNOS DE CONSTRICCIÓN EN ALGUNOS CASOS PUEDEN DEPENDER DE LA INFLAMACIÓN PERICÁRDICA Y PUEDEN RESPONDER AL TRATAMIENTO ANTIINFLAMATORIO; POR LO TANTO, SERÍA RAZONABLE INSTRUMENTAR EL TRATAMIENTO MÉDICO CON FÁRMACOS ANTIINFLAMATORIOS DURANTE AL MENOS TRES MESES, EN AQUELLOS PACIENTES DE RECIENTE DIAGNÓSTICO QUE PERMANECEN ESTABLES.

NO OBSTANTE, ESTOS RESULTADOS SON PRELIMINARES Y DEBEN SER CONFIRMADOS EN OTROS ESTUDIOS.

PERICARDITIS CONSTRICTIVA CRÓNICA

LA CIRUGÍA ES EL ÚNICO TRATAMIENTO CAPAZ DE RESOLVER EN FORMA DEFINITIVA LA CONSTRICCIÓN CRÓNICA. SI BIEN EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS SE HA OBSERVADO UNA DISMINUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN COMPARACIÓN CON REGISTROS HISTÓRICOS, ESTA AÚN PERMANECE ELEVADA. LOS ÚLTIMOS ESTUDIOS EVIDENCIAN UNA TASA DE MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS DE ENTRE EL 4 Y EL 10%; SIN EMBARGO, DEBEMOS TENER EN CUENTA QUE MUCHOS DE ESOS ESTUDIOS SON REALIZADOS EN CENTROS CON ALTO VOLUMEN QUIRÚRGICO.

LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE PRESENTAN UNA MEJORÍA SIGNIFICATIVA DE SU CLASE FUNCIONAL, AUNQUE UNA PROPORCIÓN NO DESPRECIABLE LO HACE EN FORMA LENTA Y A VECES PARCIAL. LA MORTALIDAD, ESTÁ FUERTEMENTE INFLUENCIADA POR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ANALIZADA, DEPENDIENDO ENTONCES DE LA ETIOLOGÍA, DE LA EXISTENCIA DE COMORBILIDADES Y DEL GRADO DE REPERCUSIÓN FUNCIONAL.

PERICARDITIS EFUSOCONSTRICTIVA

EN ESTA VARIEDAD, LA PERICARDIOCENTESIS PUEDE PRODUCIR UN ALIVIO TEMPORARIO DE LOS SÍNTOMAS, AUNQUE LA SITUACIÓN PUEDE NO REVERTIR COMPLETAMENTE. EN LA PERICARDITIS EFUSOCONSTRICTIVA, LA CONSTRICCIÓN SE PRODUCE A EXPENSAS PRINCIPALMENTE DEL PERICARDIO VISCERAL. EN CONSECUENCIA, CUANDO EL PACIENTE NO MEJORA LUEGO DE LA PERICARDIOCENTESIS, ES NECESARIO PROCEDER A LA PERICARDIECTOMÍA. EN ESTOS CASOS, LA RESECCIÓN DEL

PERICARDIO VISCERAL SUELE SER DIFICULTOSA, POR LO CUAL ES CONVENIENTE REALIZARLA EN CENTROS CON EXPERIENCIA.

PERICARDITIS LOCALIZADA

EN ESTOS CASOS, LA CONSTRICCIÓN ESTÁ LOCALIZADA Y AFECTA A UNA O MÁS CÁMARAS CARDÍACAS, O BIEN A DETERMINADAS REGIONES DEL MIOCARDIO. PUEDE RESOLVERSE MEDIANTE INTERVENCIONES LIMITADAS.

PERICARDITIS OCULTA

ESTA VARIANTE ES MUY POCO FRECUENTE Y PARA ALGUNOS SU EXISTENCIA ES CONTROVERTIDA.

BIBLIOGRAFÍA

- CONSENSO ENFERMEDADES DEL PERICARDIO SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA ÁREA DE CONSENSOS Y NORMAS.
- GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PERICARDITIS
- [HTTPS://WWW.MSDMANUALS.COM/ES/PROFESSIONAL/TRASTORNOS -CARDIOVASCULARES/MIOCARDITIS-Y-PERICARDITIS/PERICARDITIS](https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/miocarditis-y-pericarditis/pericarditis)
- [HTTPS://EMPENDIUM.COM/MANUALMIBE/CHAPTER/B34.II.2.17](https://empendium.com/manualmibe/chapter/b34.ii.2.17)