



Mi Universidad

Cuadro sinóptico

Carlos Daniela Aguilar Deleón

Cuadros sinópticos

Parcial VI

Fisiopatología

Dr. Isma Lar

Medicina Humana

Semestre

MIOCARDIOPATÍAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

DEFINICIÓN GENERAL

Las miocardiopatías son un grupo de enfermedades que afectan directamente al miocardio (músculo cardíaco), alterando su función contráctil, relajación, arquitectura o conducción. Pueden ser primarias (idiopáticas o genéticas) o secundarias (por otra enfermedad sistémica o tóxicos).

- ♦ Afecta directamente al miocardio, sin causa externa conocida evidente.
- ♦ Pueden ser genéticas, adquiridas o mixtas.
- ♦ Algunas pueden ser idiopáticas (no se encuentra causa).

Ejemplos comunes:

- Miocardiopatía dilatada idiopática.
- Miocardiopatía hipertrófica genética.
- Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho.

Características clínicas:

- Insuficiencia cardíaca progresiva.
- Disnea, fatiga, edemas.
- Arritmias o síncope.
- Riesgo de muerte súbita en algunos casos.

MIOCARDIOPATÍA PRIMARI

Afectación del miocardio como consecuencia de otra enfermedad sistémica o factor externo.

Causas frecuentes:

- Tóxicos: alcohol, cocaína, quimioterapia (antraciclinas).
- Infecciones: Chagas, VIH, virus.
- Enfermedades metabólicas: diabetes, hipotiroidismo, hemocromatosis.
- Autoinmunes: lupus, sarcoidosis.
- Deficiencias nutricionales: tiamina (beriberi).

Características clínicas:

- Variables según la causa.
- Frecuentemente progresan a insuficiencia cardíaca.
- Se pueden revertir si se trata la enfermedad base.

Diagnóstico general de cualquier miocardiopatía:

- ECG, radiografía de tórax.
- Ecocardiograma: evalúa tamaño, función y contractilidad.
- RMN cardíaca (muy útil en fibrosis o infiltrativas).
- Biopsia en casos dudosos o sospecha de enfermedad infiltrativa.

MIOCARDIOPATÍA SECUNDARIA

TAPONAMIENTO CARDÍACO

DEFINICIÓN

Es una urgencia médica caracterizada por la acumulación rápida o a presión crítica de líquido en el espacio pericárdico, lo que comprime el corazón e impide el adecuado llenado diastólico, provocando una caída severa del gasto cardíaco y colapso hemodinámico.

FISIOPATOL OGÍA

1. Acumulación rápida de líquido (sangre, exudado o trasudado) en el espacio pericárdico.
2. El pericardio no tiene tiempo de adaptarse ni de expandirse, por lo que incluso pequeñas cantidades (200-300 ml) aumentan la presión intrapericárdica.
3. Esta presión supera la presión intracardiaca, especialmente del lado derecho (que tiene paredes más delgadas).
4. El colapso de las aurículas y del ventrículo derecho impide el llenado diastólico.
5. Disminuye el volumen sistólico → ↓ gasto cardíaco → hipotensión severa.
6. El retorno venoso se ve comprometido → congestión sistémica (+ presión yugular, hepatomegalia).
7. Si no se trata de forma urgente, puede llevar a shock obstructivo y paro cardíaco.

CAUSAS COMUNES

- Derrame pericárdico agudo por pericarditis severa o neoplásica.
- Trauma torácico cerrado o penetrante → ruptura cardíaca → hemopericardio.
- Complicaciones postquirúrgicas o postinfarto (ruptura del ventrículo libre).
- Disección aórtica con extensión hacia el pericardio.
- Pericarditis urémica o tuberculosa.
- Anticoagulación excesiva (hemorragia espontánea).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Triada de Beck (clásica pero no siempre presente):
 - a. Hipotensión arterial.
 - b. Ruidos cardíacos muy apagados.
 - c. Ingurgitación yugular (elevación de la presión venosa central).
- Disnea intensa, taquicardia, debilidad extrema.
- Pulso paradójico (>10 mmHg de caída de la presión sistólica durante la inspiración).
- Signos de bajo gasto: palidez, piel fría, oliguria.
- Ansiedad o sensación de muerte inminente.
- En fases avanzadas: pérdida de conciencia o paro cardíaco.

CARDIOPATÍA VALVULAR

CAUSAS PRINCIPALES

- Degenerativas: envejecimiento, calcificación.
- Fiebre reumática crónica.
- Congénitas: válvula bicúspide, displasia valvular.
- Endocarditis infecciosa.
- Infarto del miocardio que dañe músculos papilares.
- Traumatismos torácicos.
- Conectivopatías: Marfan, Ehlers-Danlos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dependen de la válvula afectada, del tipo de lesión (estenosis o insuficiencia) y de la severidad, pero en general incluyen:

- Disnea de esfuerzo y ortopnea.
- Fatiga y debilidad.
- Soplos cardíacos característicos en la auscultación.
- Palpitaciones (por fibrilación auricular, sobre todo en valvulopatía mitral).
- Edema periférico, ascitis (si hay afectación derecha).
- Síncope o mareos (sobre todo en estenosis aórtica grave).
- En casos avanzados: insuficiencia cardíaca congestiva.

DIAGNÓSTICO

Exploración física:

- Soplos (sistólicos o diastólicos) según la válvula y el tipo de lesión.
- Ingurgitación yugular, hepatomegalia, edemas.

Electrocardiograma (ECG):

- Arritmias (fibrilación auricular), hipertrofia de cavidades.
- Radiografía de tórax:
- Cardiomegalia, congestión pulmonar.

Ecocardiograma Doppler (principal herramienta):

- Evalúa el tamaño de las cavidades, función sistólica, válvulas, velocidad de flujo y grado de regurgitación o estenosis.

Cateterismo cardíaco (si se planea cirugía):

- Mide gradientes de presión entre cavidades.
- Evalúa anatomía coronaria si se sospecha enfermedad isquémica asociada.

1. Médico (si es leve o paciente no candidato a cirugía):

- Diuréticos → para congestión.
- Betabloqueadores o calcioantagonistas → control de frecuencia y síntomas.
- IECA o ARA II si hay disfunción ventricular.
- Anticoagulantes → si hay fibrilación auricular o válvulas protésicas.

2. Intervencionista o quirúrgico:

- Reemplazo valvular:
 - Biológica: dura menos, no requiere anticoagulación.
 - Mecánica: mayor duración, requiere anticoagulación permanente (warfarina).
- Reparación valvular: preferible en válvula mitral.
- Valvuloplastia con balón: útil en estenosis mitral reumática no calcificada.
- TAVI (implante valvular aórtico transcateéter): opción en adultos mayores o con alto riesgo quirúrgico.

DEFINICIÓN

La cardiopatía valvular es toda enfermedad que afecta una o más de las válvulas del corazón (aórtica, mitral, tricúspide o pulmonar), alterando su capacidad para abrirse y cerrarse adecuadamente, lo que provoca estenosis (estrechamiento) o insuficiencia (fugas) que afectan la función del corazón.

FISIOPATOLOGÍA GENERAL

1. Si la válvula está estenótica (estrechada):
 - Ocurre obstrucción al flujo → el corazón debe generar mayor presión para eyectar la sangre → hipertrofia concéntrica.
2. Si la válvula está insuficiente (regurgitante):
 - Hay reflujo retrógrado de sangre durante la sístole o diástole → sobrecarga de volumen → dilatación ventricular o auricular → insuficiencia cardíaca.
3. Ambas condiciones aumentan el trabajo cardíaco, lo que puede llevar a:
 - Disfunción ventricular.
 - Insuficiencia cardíaca congestiva.
 - Arritmias.
 - Trombosis o embolismo (especialmente en fibrilación auricular).

CLASIFICACIÓN

Válvula Estenosis Insuficiencia
Mitral
Fiebre reumática, calcificación, congénita
Prolapso mitral, endocarditis, rotura tendinosa
Aórtica
Degeneración senil, válvula bicúspide, fiebre reumática
Dilatación aórtica, HTA, endocarditis
Tricúspide
Reumática (rara), congénita
Secundaria a insuficiencia derecha o FA
Pulmonar
Congénita (ej. tetralogía de Fallot)
Rara, hipertensión pulmonar severa

CARDIOPATÍA VALVULAR

DERRAME PERICÁRDICO

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: (VARÍAN SEGÚN VOLUMEN Y RAPIDEZ)

- Disnea, ortopnea.
- Molestia torácica vaga o dolor.
- Ruidos cardíacos apagados (por la barrera líquida).
- Ingurgitación yugular si hay presión elevada.
- Signo de Ewart: matidez a la percusión subescapular izquierda (por compresión pulmonar).
- En casos graves: hipotensión, taquicardia, pulso paradójico (sugiere taponamiento).

DIAGNÓSTICO

1. Exploración física:
 - Signos pueden estar ausentes si el derrame es pequeño.
 - Ruidos cardíacos apagados, frote pericárdico si hay inflamación asociada.
2. Radiografía de tórax:
 - Silueta cardíaca en forma de "botella de agua" si derrame >250 ml.
 - Aumento de índice cardiorácico.
3. Electrocardiograma (ECG):
 - ↓ voltaje del QRS.
 - Alternancia eléctrica (si hay movimiento pendular del corazón dentro del derrame).
4. Ecocardiograma (gold standard):
 - Confirma presencia, cantidad y localización del líquido.
 - Valora colapso auricular/ventricular (signos de taponamiento).
 - También permite guiar punción si se requiere drenaje.
5. Pericardiocentesis diagnóstica:
 - Análisis bioquímico, citológico y microbiológico del líquido.

TRATAMIENTO

- Derrames leves/moderados sin compromiso hemodinámico:
 - Tratar causa subyacente (pericarditis, neoplasia, etc.).
 - Monitoreo con ecocardiogramas seriados.
- Derrames severos o sintomáticos:
 - Pericardiocentesis terapéutica (urgente si hay taponamiento).
 - Drenaje quirúrgico si recurre o no se puede acceder por punción.
- Tratamiento específico:
 - ATB si es infeccioso, quimioterapia si es tumoral, diálisis si es uremérico.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

DEFINICIÓN

Es una enfermedad cardiovascular progresiva causada por la obstrucción parcial y sostenida de las arterias coronarias, lo que lleva a una disminución crónica del aporte de oxígeno al miocardio. A diferencia del síndrome coronario agudo, la isquemia aquí es predecible, estable y relacionada con el esfuerzo físico o el estrés emocional.

FISIOPATOLOGÍA

1. Formación de placas ateroscleróticas en las arterias coronarias, compuestas por lípidos, células inflamatorias, calcio y tejido fibroso.
2. Estas placas estrechan progresivamente la luz arterial sin ocluirla por completo.
3. En situaciones de aumento de demanda miocárdica (ejercicio, estrés, fiebre), el flujo coronario no puede incrementarse adecuadamente, lo que genera isquemia transitoria.
4. Si esta condición persiste en el tiempo, el miocardio sufre adaptaciones: hipertrofia compensadora, fibrosis y eventual disfunción ventricular.

FACTORES DE RIESGO

- Tabaquismo.
- Hipertensión arterial sistémica.
- Dislipidemia (+ LDL, ↓ HDL).
- Diabetes mellitus.
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Edad avanzada.
- Historia familiar de enfermedad coronaria precoz.
- Estrés psicosocial.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Angina de esfuerzo (estable):
 - Dolor torácico opresivo, retroesternal.
 - Se desencadena con el esfuerzo físico o emociones intensas.
 - Se alivia con reposo o nitroglicerina.
 - Dura menos de 20 minutos.
- Otros síntomas asociados:
 - Disnea de esfuerzo.
 - Palpitaciones.
 - Fatiga progresiva.
 - En casos avanzados: signos de insuficiencia cardíaca (edema, ortopnea).

Complicaciones

- Progresión a síndrome coronario agudo (por ruptura de placa).
- Insuficiencia cardíaca crónica.
- Arritmias ventriculares.
- Muerte súbita.

DIAGNÓSTICO

1. Historia clínica + exploración física.
 - o Evaluación del tipo de dolor y factores desencadenantes.
2. Electrocardiograma basal:
 - o Puede ser normal o mostrar signos de isquemia crónica (ondas Q antiguas, T negativas).
3. Prueba de esfuerzo (ergometría):
 - o Busca cambios en el ECG inducidos por el ejercicio.
 - o Evalúa tolerancia al esfuerzo y aparición de síntomas.
4. Ecocardiograma de esfuerzo:
 - o Evalúa la función sistólica y presencia de zonas de hipocontractilidad inducible.
5. Gammagrafía miocárdica o PET cardíaco:
 - o Mide perfusión miocárdica y zonas de isquemia.
6. Angiografía coronaria (cateterismo):
 - o Diagnóstico definitivo si se planea intervención.
 - o Identifica estenosis coronarias significativas.

Objetivos: controlar síntomas, prevenir eventos agudos, detener progresión.

Medidas generales:

- Suspender tabaquismo.
- Control de presión arterial (<130/80 mmHg).
- Control estricto de glucosa en diabéticos.
- Dieta baja en grasas saturadas.
- Ejercicio regular y control del peso.
- Manejo del estrés.
- Terapia farmacológica:
- Antianginosos:
 - o Betabloqueadores (atenolol, metoprolol).
 - o Antagonistas del calcio (verapamilo, diltiazem).
 - o Nitratos de acción corta o prolongada.
 - o Ranolazina (en casos refractarios).
- Antiplaquetarios:
 - o Aspirina a dosis bajas (75–100 mg/día).
 - o Clopidogrel si hay contraindicación a AAS.
- Estatinas:
 - o Reducción agresiva del LDL (meta <70 mg/dL).
- IECA o ARA II:
 - o Particularmente útiles si hay disfunción ventricular o diabetes.

Revascularización (si es necesario):

- Indicada si hay síntomas limitantes o compromiso severo del flujo.
- Intervención coronaria percutánea (angioplastia + stent).
- Cirugía de bypass coronario si hay múltiples vasos comprometidos o disfunción ventricular.

TRATAMIENTO

DEFINICIÓN

El derrame pericárdico es la acumulación anormal de líquido dentro del saco pericárdico, entre sus dos capas (parietal y visceral). Puede ser agudo o crónico, y su impacto hemodinámico depende tanto del volumen como de la rapidez con que se acumule.

FISIOPATOLOGÍA Y MECANISMO

1. Inflamación pericárdica o alteraciones sistémicas → aumento de la permeabilidad capilar o disminución del drenaje linfático.
2. Esto permite la acumulación de líquido en el espacio pericárdico (normalmente contiene 15–50 ml).
3. Si el líquido se acumula lentamente, el pericardio se distiende sin comprometer al corazón (hasta >1000 ml).
4. Pero si el acúmulo es rápido (ej. trauma, ruptura ventricular), incluso volúmenes pequeños (~150–200 ml) pueden causar compresión significativa.
5. Esto provoca limitación del llenado diastólico, lo cual disminuye el gasto cardíaco y puede llevar al taponamiento cardíaco si no se corrige.

CAUSAS FRECUENTES

- Inflamatorias / Infecciosas:
 - o Pericarditis viral, bacteriana o tuberculosa.
 - o Infecciones fúngicas en inmunocomprometidos.
- Neoplásicas:
 - o Cáncer de pulmón, mama, linfomas, metástasis.
- Metabólicas:
 - o Uremia (por insuficiencia renal crónica).
 - o Hipotiroidismo severo (mixedema).
- Traumáticas o quirúrgicas:
 - o Heridas penetrantes, procedimientos cardíacos.
- Autoinmunes:
 - o LES, artritis reumatoide, esclerodermia.
- Otros:
 - o Post-infarto (síndrome de Dressler), radioterapia torácica, anticoagulación excesiva.

TIPOS DE DERRAME SEGÚN CONTENIDO

- Seroso: claro y acuoso, común en pericarditis viral.
- Hemorrágico: mezcla con sangre; neoplasias, trauma, TB.
- Purulento: infección bacteriana, con pus.
- Quilosos: linfa, por lesiones torácicas.
- Uremémico: asociado a insuficiencia renal, no infeccioso.

MIOCARDIOPATÍAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

TRATAMIENTO GENERAL

- Control de síntomas: diuréticos, betabloqueadores, IECA, etc.
- Tratar la enfermedad subyacente si es secundaria.
- Prevención de complicaciones (arritmias, trombos).
- En casos severos: dispositivos (DAI, resincronización) o trasplante cardíaco.

TIPOS SEGÚN EL EXUDADO

- Serosa: clara, poco celular; común en virales o autoinmunes.
- Fibrinosa: con depósitos de fibrina; produce roce pericárdico.
- Purulenta: exudado con pus; en infecciones bacterianas severas.
- Hemorrágica: presencia de sangre, más frecuente en cáncer o tuberculosis.
- Caseosa: clásica de la tuberculosis avanzada.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor torácico tipo punzante o quemante:
 - Retrosternal o precordial, irradiado al cuello o hombros.
 - Se agrava al acostarse o inspirar profundo y mejora al sentarse o inclinarse hacia adelante.
- Fiebre y malestar general si hay infección activa.
- Roce pericárdico: sonido áspero, tridimensional, auscultado en la base del corazón.
- Disnea leve si hay derrame importante.
- Puede haber síntomas vagales (náusea, diaforesis, astenia).

DIAGNÓSTICO

1. Clínico:
 - Historia de dolor torácico característico.
 - Auscultación de roce pericárdico.
2. Electrocardiograma:
 - Elevación difusa del segmento ST (cóncava) en múltiples derivaciones.
 - Descenso del PR.
 - No hay imagen de "espejo" como en IAM.
3. Ecocardiograma:
 - Valora presencia y magnitud del derrame pericárdico.
 - Evalúa signos de taponamiento.
4. Laboratorio:
 - + PCR y VSG.
 - Troponinas ligeramente elevadas si hay inflamación epicárdica (perimiocarditis).
 - Serologías virales o autoinmunes según el contexto.
5. Radiografía de tórax:
 - Puede ser normal o mostrar silueta cardíaca aumentada si hay derrame severo.

TRATAMIENTO

- Antibióticos si hay bacteria confirmada.
- Antituberculosos si es TB.
- Evitar anticoagulantes si hay riesgo de hemorragia.
- Sintomático y antiinflamatorio:
- AINEs: ibuprofeno 600–800 mg cada 6–8 h o aspirina 750–1000 mg.
- Colchicina 0.5–1 mg/día (+ recurrencias).
- Corticoides (prednisona) solo en autoinmunidad o si no responde a AINEs.
- Reposo absoluto en fase aguda.

PERICARDITIS AGUDA

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA

DEFINICIÓN:

La hipotensión ortostática es una disminución significativa de la presión arterial sistólica (al menos 20 mmHg) o diastólica (al menos 10 mmHg) que ocurre al pasar de la posición supina a la bipedestación, debido a una respuesta inadecuada del sistema nervioso autónomo para mantener la perfusión cerebral.

FISIOPATOLOGÍA Y MECANISMOS:

- Al cambiar a la posición de pie, la gravedad provoca que aproximadamente 500-700 ml de sangre se acumulen en las extremidades inferiores y el abdomen, reduciendo el retorno venoso al corazón.
- Esta disminución en el retorno venoso lleva a una reducción en la precarga ventricular, provocando menor volumen sistólico y, por ende, una caída del gasto cardíaco.
- En condiciones normales, los barorreceptores en el seno carotídeo y el arco aórtico detectan esta caída de presión y activan el sistema nervioso simpático, causando vasoconstricción periférica, aumento de la frecuencia cardíaca y contractilidad, con el fin de mantener la presión arterial.
- En la hipotensión ortostática, este mecanismo compensatorio está fallando o es insuficiente, por alteraciones en los barorreceptores, neuropatías autonómicas o estados de hipovolemia.

ETIOLOGÍAS COMUNES:

- Neuropatías autonómicas: diabetes mellitus, amiloidosis, Parkinson, síndrome de Shy-Drager.
- Hipovolemia: deshidratación, hemorragias, uso excesivo de diuréticos.
- Medicamentos: vasodilatadores, antihipertensivos, antidepresivos tricíclicos, nitratos.
- Envejecimiento: disminución natural de la sensibilidad barorreceptora.
- Otros: insuficiencia suprarrenal, síndrome de taquicardia postural ortostática.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Mareo o vértigo al ponerse de pie.
- Visión borrosa o pérdida momentánea de la visión (amaurosis fugaz).
- Palpitaciones.
- Fatiga, debilidad generalizada.
- En casos severos, síncope o caída.

DIAGNÓSTICO:

- Medición de presión arterial y frecuencia cardíaca en decúbito y a los 1 y 3 minutos después de ponerse de pie.
- Prueba de mesa basculante (tilt table test) en casos dudosos.
- Evaluación de función autonómica (test de respiración profunda, Valsalva).
- Laboratorio para descartar causas secundarias (electrolitos, glucosa, cortisol).

TRATAMIENTO:

- Corregir causas reversibles: hidratación adecuada, ajuste de medicamentos.
- Educación: levantarse lentamente, evitar situaciones de calor intenso o deshidratación.
- Uso de medias de compresión para mejorar retorno venoso.
- En casos persistentes: fludrocortisona (aumenta volumen plasmático), midodrina (agonista alfa-adrenérgico), piridostigmina.
- Control de enfermedades subyacentes (diabetes, insuficiencia suprarrenal).

PERICARDITIS CONSTRICTIVA

TRATAMIENTO

- Control de la enfermedad de base (ej. tuberculosis).
- Tratamiento definitivo:
 - Pericardiectomía total: resección quirúrgica completa del pericardio patológico.
 - Cirugía compleja, con riesgo alto si hay compromiso multiorgánico avanzado.

DIAGNÓSTICO:

1. Radiografía de tórax:
 - Puede mostrar calcificación pericárdica.
2. ECG:
 - Bajo voltaje, a veces ondas planas o no específicas.
3. Ecocardiograma Doppler:
 - Engrosamiento pericárdico.
 - Movilidad anormal del septo interventricular ("signo del septo en dardo").
 - Disminución del flujo mitral en inspiración.
4. Tomografía o resonancia magnética:
 - Evaluación más precisa del grosor pericárdico.
 - Evalúa si hay calcificaciones.
5. Cateterismo cardíaco (gold standard):
 - Muestra igualación de presiones diastólicas en todas las cámaras.
 - Curva dip-and-plateau (signo del "raíl cuadrado").

COMPLICACIONES

- Empeoramiento progresivo de la insuficiencia cardíaca derecha.
- Disfunción hepática (cirrosis cardíaca).
- Arritmias auriculares (fibrilación, flutter).
- Mortalidad si no se trata quirúrgicamente.

PERICARDITIS AGUDA

DEFINICIÓN:

Es la inflamación súbita del pericardio (la doble membrana que envuelve al corazón), con una duración menor a 6 semanas. Puede cursar con o sin acumulación de líquido (derrame pericárdico) y, aunque muchas veces es autolimitada, puede derivar en complicaciones graves como taponamiento cardíaco o pericarditis constrictiva.

FISIOPATOLOGÍA:

1. Agresión inicial al pericardio (virus, bacterias, autoinmunidad, trauma, neoplasias).
2. Se activa la respuesta inmunitaria local:
 - Liberación de citoquinas (IL-1, TNF- α).
 - Infiltrado de linfocitos, neutrófilos o eosinófilos, según la causa.
3. El pericardio se vuelve hiperpermeable \rightarrow se acumula líquido (exudado seroso, fibrinoso o purulento).
4. En el caso de infecciones o procesos crónicos puede haber engrosamiento o calcificación.
5. La fricción entre las capas pericárdicas inflamadas origina el clásico roce pericárdico.

ETIOLOGÍA (CAUSAS):

- Infecciosa:
 - Viral: Coxsackie A y B, Echovirus, Influenza, VIH.
 - Bacteriana: tuberculosis (más en países en desarrollo), neumococo, estafilococo.
 - Micótica o parasitaria (más raro).
- Autoinmune / Sistémica:
 - Lupus eritematoso sistémico (LES), esclerodermia, fiebre reumática.
 - Artritis reumatoide, vasculitis.
- Post-infarto:
 - Síndrome de Dressler: reacción inmunitaria después de infarto (días a semanas).
- Neoplásica:
 - Infiltración directa o metástasis (mama, pulmón, linfomas).
- Metabólica:
 - Uremia (insuficiencia renal crónica), hipotiroidismo.
- Idiopática:
 - En muchos casos (hasta 80%) no se identifica una causa específica, pero se presume viral.

TAPONAMIENTO CARDÍACO

DIAGNÓSTICO

1. Clínico: sospecha ante la tríada de Beck + taquicardia e hipotensión.
2. ECG:
 - Alternancia eléctrica del QRS (el corazón se balancea dentro del líquido).
 - \downarrow Voltaje generalizado.
3. Radiografía de tórax: silueta cardíaca aumentada si es crónico, pero puede ser normal si es agudo.
4. Ecocardiograma (gold standard):
 - Derrame pericárdico importante.
 - Colapso de aurícula o ventrículo derecho durante diástole (signo patognomónico).
 - Vena cava inferior dilatada y sin colapso respiratorio.
5. Ecocardiograma transtorácico o subxifoideo es diagnóstico urgente en salas de choque o quirófano.

COMPLICACIONES

- Muerte súbita si no se trata a tiempo.
- Reacumulación del líquido.
- Fibrosis pericárdica secundaria (riesgo de pericarditis constrictiva).

TRATAMIENTO (DE URGENCIA)

- Pericardiocentesis inmediata:
 - Se inserta una aguja guiada por ecocardiografía o ECG para drenar el líquido y aliviar la presión.
 - Se puede dejar un drenaje pericárdico si el derrame persiste.
- Reposición de volumen (IV) para mantener la precarga hasta el drenaje.
- Si es hemorrágico: tratar causa (quirúrgico si es trauma o ruptura ventricular).
- En casos recurrentes o resistentes: ventana pericárdica o pericardiectomía.

DEFINICIÓN

Es una afección crónica en la que el pericardio se vuelve engrosado, fibroso y no elástico, lo que limita el llenado del corazón durante la diástole. A diferencia del taponamiento (que es agudo y por líquido), en la pericarditis constrictiva el problema es una cápsula rígida que aprieta al corazón de forma crónica.

FISIOPATOLOGÍA

1. Inicia con un proceso inflamatorio agudo, generalmente una pericarditis.
2. Esta inflamación crónica lleva a fibrosis, calcificación y engrosamiento del pericardio visceral y parietal.
3. Con el tiempo, se forma una "cáscara" inextensible que impide la expansión diastólica de los ventrículos, especialmente del derecho.
4. Esto genera aumento retrógrado de presión venosa sistémica, con congestión hepática, ascitis y edema periférico.
5. En la fase final, todos los volúmenes diastólicos se igualan (aurículas y ventrículos) y el corazón no puede llenarse ni contraerse adecuadamente.

CAUSAS MÁS FRECUENTES

- Tuberculosis (principal causa en países en desarrollo).
- Pericarditis viral crónica.
- Post-cirugía cardíaca.
- Radioterapia torácica.
- Enfermedades autoinmunes.
- Idiopática (en muchos casos, no se identifica una causa clara).
- Uremia (por enfermedad renal terminal no tratada).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Síntomas de congestión venosa sistémica:
 - Ascitis refractaria (a veces confundida con cirrosis).
 - Edema de miembros inferiores.
 - Hepatomegalia y dolor en hipocondrio derecho.
 - Ingurgitación yugular.
 - Fatiga por bajo gasto cardíaco.
- Signos específicos:
 - Signo de Kussmaul: ingurgitación yugular que aumenta con la inspiración (paradójico).
 - Pericardial knock: sonido diastólico precoz, por el límite abrupto al llenado.
 - Pulso paradójico (a veces).