

PERICARDITIS AGUDA

Autora. - Dra. Karen Elizabeth Vargas Araya

I. DEFINICION

Es la inflamación aguda del pericardio con derrame asociado o sin él, puede ocurrir como un problema clínico aislado o como una manifestación de una patología sistémica. Puede ser parte de un complejo patológico que comprometa además al miocardio subyacente.

II. ETIOLOGIA

En los países desarrollados, son las pericarditis idiopáticas y las virales. En nuestro medio las causas específicas más importantes para descartar son la pericarditis tuberculosa, neoplásica y la asociada a enfermedades sistémicas (generalmente autoinmunitarias).

Como causas emergentes incluirse las iatrogénicas (intervenciones coronarias percutáneas, implante de marcapasos, procedimientos de ablación, entre otros).

III. CLASIFICACIÓN

– Pericarditis aguda: el diagnóstico de pericarditis aguda requiere que se cumplan al menos de 2 de los siguientes criterios:

1. Dolor torácico típico (agudo y pleurítico que mejora con la posición sentada o inclinada hacia adelante),
2. Frote pericárdico
3. Cambios electrocardiográficos sugestivos (elevación difusa del segmento ST o depresión del segmento PR)

4. Presencia de derrame pericárdico nuevo o empeoramiento de un derrame previo.
- Miopericarditis aguda: cuadro clínico definido de pericarditis aguda con elevación de marcadores de necrosis miocárdica (TnI o T o CPK-MB) sin compromiso focal o global de la función contráctil del ventrículo izquierdo evaluado por ecocardiograma Doppler o RM.
 - Perimiocarditis aguda: cuadro de pericarditis aguda con elevación de marcadores de necrosis miocárdica (TnI o T o CPK-MB) con compromiso focal o global de la función contráctil del ventrículo izquierdo evaluado por ecocardiograma Doppler o RM.
 - Pericarditis recurrente: documentación de un primer ataque de pericarditis, seguido de un período de al menos 4-6 semanas libre de síntomas y la ocurrencia de un nuevo cuadro de pericarditis.
 - Pericarditis incesante: pericarditis con una duración mayor de 4 a 6 semanas y menor de 3 meses sin remisión.
 - Pericarditis crónica: la que dura más de 3 meses. A su vez, las pericarditis pueden ser secas, fibrinosas o efusivas, independientemente de su etiología.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La manifestación clínica principal es el dolor torácico localizado en la región precordial o retroesternal, y puede irradiar a hombros, región supraclavicular, brazos o espalda. Suele iniciarse de forma progresiva, no tan brusca como en los síndromes coronarios agudos, y suele persistir de forma continua durante horas o días, se incrementa con los movimientos respiratorios, los cambios posturales y el decúbito, y mejora típicamente en sedestación y al inclinar el

tronco hacia delante. Es frecuente la aparición de fiebre o febrícula. En la exploración física, el signo característico es la presencia de roce pericárdico durante la auscultación de mayor intensidad en mesocardio y borde paraesternal izquierdo y aumenta con la inspiración. El paciente puede referir disnea, especialmente cuando se asocia derrame pericárdico importante.

V. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

1. Al margen de la analítica general habitual, que incluye marcadores de inflamación, es recomendable solicitar serología para VIH al evaluar cuadros de pericarditis, más aún en pacientes con sospecha o confirmación de pericarditis tuberculosa o neoplásica (linfomas).

2. Otros estudios de laboratorio:

Anticuerpos antinucleares (AAN)

Anticuerpos anti-SSA

marcadores tumorales (CEA)

3. En líquido pericárdico:

Adenosín deaminasa (ADA) para tuberculosis

citología para neoplasias

cultivos y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para infecciones.

Otros datos comúnmente utilizados (dosajes de proteínas, LDH, glucosa, recuentos celulares) pueden ser menos útiles.

4. Pruebas de imagen:

La Ecocardiografía trans torácica es la prueba básica para evaluar el pericardio, medir su espesor y determinar la presencia o no de derrame pericárdico acompañante .

Otros estudios complementarios útiles y sus hallazgos en la pericarditis se resumen en el siguiente cuadro:

Patrón	Base Anatómo-patológica	RxTx	TC	RM	Interpretación (Diagnóstico diferencial)
Espesor normal	–	Vista lateral entre la grasa mediastínica y subepicárdica	Línea delgada delante de AD y VD entre mediastino y grasa subepicárdica +++	Línea libre de señal entre grasa subepic y mediastinal ++	Ausencia de patología
↑ Espesor liso	Proceso inflamatorio Derrame	Línea pericárdica engrosada en vista agudo; +	Valores TC para DD lateral +++	Señales RM para DD ++	Pericarditis aguda, subaguda, derrame pericárdico (DD según líquido, semilíquido, hemorr, purulento, sólido)
↑ Espesor Irregular	Proceso inflamatorio crónico	Contorno irregular de silueta cardíaca +	+++	+++	Pericarditis crónica, fibrosis pericárdica, tumor, metástasis, post-quirúrgico
↑ Espesor , irregular, calcificado	Proceso inflamatorio, traumático o hemorrágico en estadio terminal	↑ Densidad +	Alto valor TC +++	Señal débil ++	Pericarditis calcárea, tumores calcificados

+ visible; ++ bien; +++ visualización óptima

TC: tomografía computarizada; RM: resonancia magnética

VI. DIAGNOSTICO

Está basado en:

1. Clínica: Dolor torácico (característico), frote pericárdico.
2. Electrocardiograma: Alteraciones evolutivas (elevación difusa del segmento ST en el electrocardiograma).

3. Ecocardiograma.

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

VII. TRATAMIENTO

- Antiinflamatorios no esteroides (AINE). Debido a la etiología viral o idiopática en el 80-90% el tratamiento con AINES resulta suficiente en la mayoría de los pacientes: Aspirina: 2-4 g/diarios; ibuprofeno: 1.200-3.200 mg/diarios o indometacina: 75-225 mg/diarios, considerando esquemas prolongados, hasta la normalización completa de la PCR o la VSG o de ambas (7 a 14 días para luego ir disminuyendo la dosis progresivamente). La aspirina debería recomendarse en cardiopatas isquémicos. La indometacina y otros AINE deberían recomendarse en pacientes isquémicos
- En general, se recomienda el uso de protectores gástricos durante todo el tratamiento.
- Colchicina. 0,5 mg dos veces al día. En menores de 70 k, 0,5 mg/día durante 3 meses el primer episodio y hasta 6 meses en casos de pericarditis recidivante.
- En el tratamiento de serositis por enfermedades autoinmunitarias como el lupus eritematoso sistémico y el síndrome de Sjögren se utilizan habitualmente dosis menores de esteroides (prednisona).

- En los casos más dificultosos, podría considerarse la asociación de 3 fármacos (un AINE, colchicina y dosis bajas de prednisona),

VIII. COMPLICACIONES

Pericarditis crónica, recurrente. Constricción pericárdica.

IX. CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

Recomendación	Clase	Nivel de evidencia
- Los pacientes con pericarditis aguda y las siguientes características deben ser internados para su mejor control y tratamiento		
- Pacientes con características de alto riesgo (fiebre > 38 °C, evolución subaguda, espacio diastólico libre de ecos > 20 mm o evidencias de taponamiento cardíaco en el ecocardiograma, fracaso con AAS o AINE)	I	B
- Evidencias de compromiso del miocardio (miopericarditis)	I	B
- Etiología traumática o inmunosupresión o tratamiento anticoagulante concomitante	I	C

X. CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA

Una vez controlado el dolor y la inflamación, puede darse de alta al paciente para completar su tratamiento de manera ambulatoria, con controles por consulta externa.

XI. PRONOSTICO Y REHABILITACIÓN

En los casos idiopáticos la curación suele ser completa y no deja secuelas por lo que el pronóstico funcional es bueno, razón por lo que no amerita rehabilitación.

En casos severos, de etiología conocida como la tuberculosis o las colagenopatías con secuelas de constricción pericárdica el pronóstico funcional no es bueno.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1- Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Enfermedades del Pericardio. Rev Arg Cardiol. 2017; Vol 85 Suplemento 7.
- 2- Secretaria de Salud Gobierno de México. Guías de Referencia Rápida, diagnóstico y tratamiento de la pericarditis en el adulto. Catálogo maestro de guías de la práctica clínica IMSS- 463-11.