

Pericarditis constrictiva. Presentación de un caso

Dra. María F. Rabascall Cobos✉

Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

Full English text of this article is also available

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 04 de enero de 2017
Aceptado: 26 de enero de 2017

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Abreviaturas

TAC: tomografía axial computarizada

RESUMEN

La pericarditis constrictiva representa un reto diagnóstico. Clínicamente muestra signos predominantes de insuficiencia cardíaca derecha. Se presenta el caso de un hombre de 60 años de edad, con disnea de 2 años de evolución, clase funcional II que ha progresado a IV, y antecedentes de hipertensión arterial y fibrilación auricular crónica. Se muestran las imágenes ecocardiográficas y de resonancia magnética que fueron útiles para establecer el diagnóstico. El paciente fue egresado tras responder favorablemente al tratamiento.

Palabras clave: Pericarditis, Pericarditis constrictiva, Técnicas de diagnóstico cardiovascular, Ecocardiografía

Constrictive pericarditis: A case report

ABSTRACT

Constrictive pericarditis is a diagnostic challenge. It clinically shows predominant signs of right heart failure. We present the case of a 60-year-old man with a 2-year-evolution dyspnea, functional class II, which has progressed to IV, and history of high blood pressure and chronic atrial fibrillation. Echocardiographic and magnetic resonance images that were useful to establish the diagnosis are shown. The patient was discharged after responding favorably to treatment.

Key words: Pericarditis, Constrictive pericarditis, Cardiovascular diagnostic techniques, Echocardiography

Versiones On-Line:
Español - Inglés

INTRODUCCIÓN

La pericarditis constrictiva representa un reto diagnóstico debido a que su presentación clínica es la de un cuadro de insuficiencia cardíaca derecha; sin, o con pocos marcados signos de insuficiencia izquierda¹. Su diagnóstico implica una alta sospecha clínica e interpretación de las pruebas de imágenes^{1,2}. El objetivo de este artículo es mostrar el diagnóstico de pericarditis constrictiva con métodos no invasivos.

CASO CLÍNICO

Hombre de 60 años de edad, que acudió a consulta por un cuadro clínico

✉ MF Rabascall Cobos
Av. Fernández de la Cruz 3175.
Capital Federal, Buenos Aires,
Argentina.
Correo electrónico:
mfrabascall@gmail.com

de 2 años de evolución, caracterizado por disnea, clase funcional II que ha progresado a IV, y antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, fibrilación auricular crónica con tratamiento anticoagulante, y leptospirosis sin tratamiento hace 20 años. Se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) ambulatoria 13 días antes, donde se observó derrame pericárdico compatible con pericarditis constrictiva, y un ecocardiograma que demostró diámetros cardíacos normales y función sistólica global del ventrículo izquierdo (VI) conservada, sin alteraciones de la motilidad regional, aurícula izquierda aumentada de tamaño y signos de miocardiopatía restrictiva.

Síntomas y signos

Ingresó en nuestra institución por insuficiencia car-

díaca derecha sintomática con edema de miembros inferiores e ingurgitación yugular III/III a 45 grados; además, disnea y ortopnea. La tensión arterial al ingreso fue de 120/80 mmHg, frecuencias cardíaca y respiratoria de 80 latidos y 16 respiraciones por minuto, respectivamente; ruidos cardíacos de poca intensidad, murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares, abdomen globuloso, con onda ascítica positiva y miembros inferiores edematosos con fragilidad de la piel.

Exámenes complementarios

Se realizó una radiografía de tórax que mostró derrame pleural a predominio derecho. Hemograma, función renal y hepática, e ionograma normales, con eritrosedimentación y proteína C reactiva elevadas.

Se realizó un ecocardiograma transtorácico don-

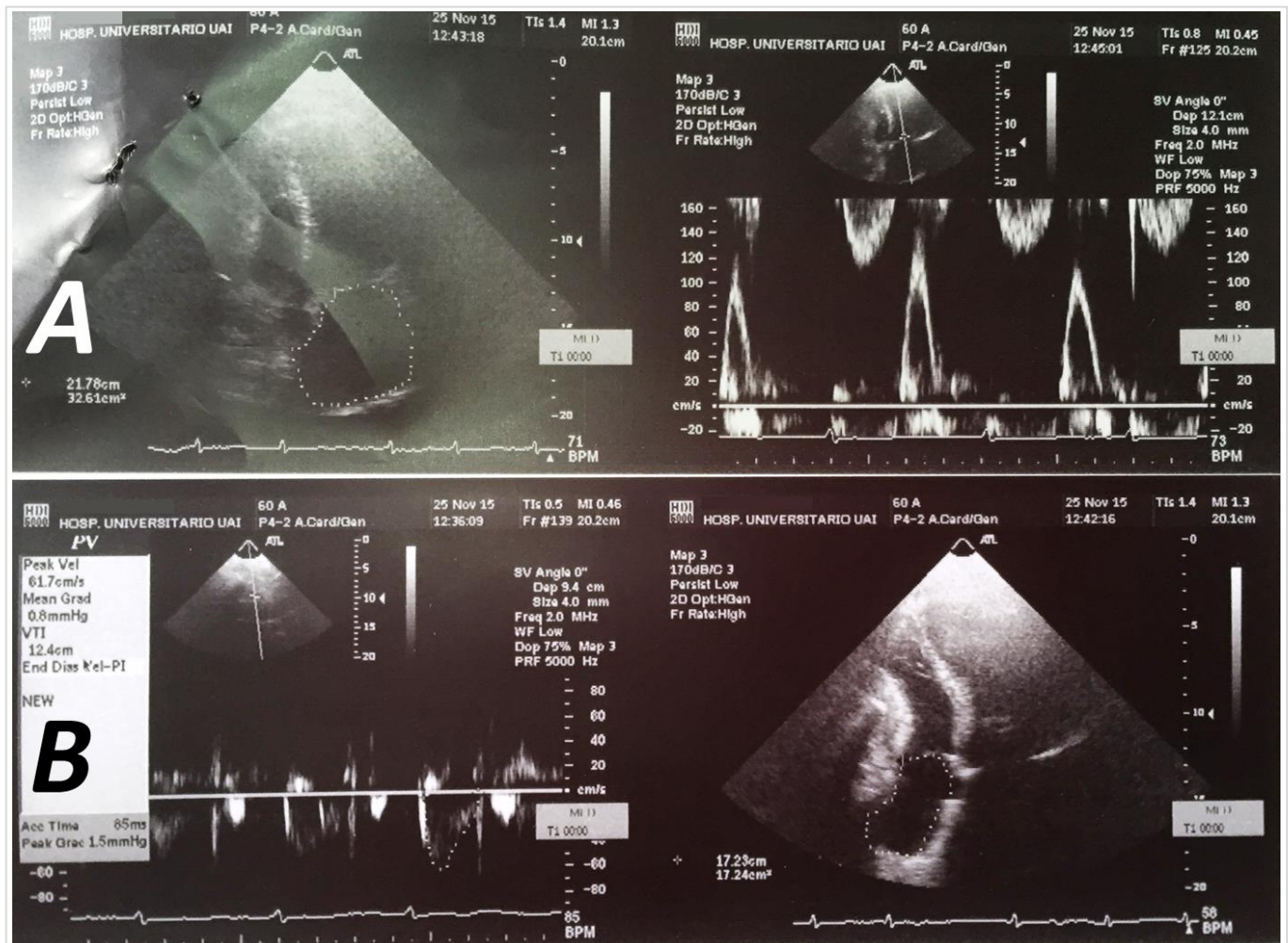


Figura 1. A. Ecocardiograma en vista apical de 4 cámaras que muestra una aurícula izquierda levemente dilatada (Panel izquierdo), con patrón de llenado de VI donde se observa una onda E única (Panel derecho). **B.** Espectro 5C a nivel de la válvula aórtica donde se observan volúmenes y gradientes dentro de parámetros normales.

de se observó engrosamiento con calcificación del pericardio de 11 mm, diámetros ventriculares conservados, aurícula izquierda dilatada y una fracción de eyección de 56% (**Figura 1**). El electrocardiograma demostró un ritmo de fibrilación auricular con signos de bajo voltaje.

Se realizó resonancia magnética (**Figura 2**) donde se constataron volúmenes del VI conservados, función sistólica global levemente disminuida y engrosamiento de la pared inferior basal, donde se observó realce tardío positivo para fibrosis miocárdica (70% del grosor parietal) con conservación del subendocardio; dicho realce fue heterogéneo, que puede corresponder a zonas de microcalcificaciones. El resto de los hallazgos se muestran en el **recuadro**.

Tratamiento

Se aplicó tratamiento farmacológico y restricción hídrica para alcanzar un balance negativo, con lo que el paciente respondió favorablemente y fue egresado con seguimiento por consulta externa.

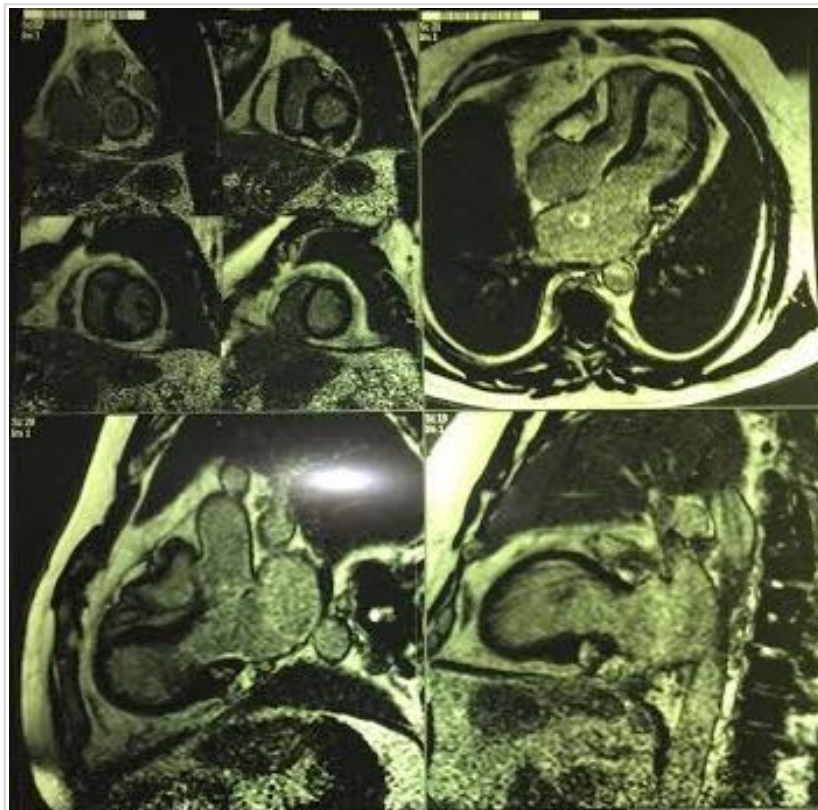


Figura 2. Resonancia magnética nuclear que muestra el engrosamiento del pericardio en relación a la cara anterior y lateral del ventrículo derecho.

COMENTARIO

La pericarditis constrictiva se produce cuando el pericardio engrosado y rígido dificulta el llenado diastólico ventricular³. La constricción pericárdica es el resultado de un proceso inflamatorio de larga duración que produce fibrosis, engrosamiento y calcificación. Las causas más frecuentes son las pericarditis crónicas idiopáticas, la tuberculosa, la purulenta, la irradiación torácica y el postoperatorio de cirugía cardíaca^{4,6}.

El cuadro clínico se caracteriza por la presentación de insuficiencia cardíaca derecha y es la ingurgitación yugular el signo clave. Otros signos son: hepatome-

galia, ascitis y edema periférico. La exploración física pone de manifiesto el signo de Kussmaul, una

Recuadro. Resto de hallazgos encontrados en la resonancia magnética nuclear.

- Hipoquinesia septal anterior en el segmento basal.
- Hipoquinesia de los segmentos basal y medio de la cara anterior.
- Músculo papilar posteromedial sin zona de anclaje con la pared inferomedial (variante congénita) que no impresionó afectar la funcionalidad valvular.
- *Septum* interventricular de grosor normal, con disquinesia en inspiración, signo indirecto de aumento de presión intrapericárdica.
- Realce precoz de contraste: negativo para infiltración miocárdica.
- Realce tardío de contraste: positivo para fibrosis en segmento basal inferior.
- Engrosamiento del pericardio en relación a la cara anterior (4 mm) y lateral del ventrículo derecho en los segmentos medio (12 mm) y basal (5 mm), y en relación al segmento basal inferior (3,7 mm) del ventrículo izquierdo y al anillo mitral (en surco aurículo-ventricular izquierdo: 4,5 mm).
- Engrosamiento del pericardio visceral en relación a la cara anterior y lateral del segmento medio y basal del ventrículo derecho, y de la base de su tracto de salida.
- Se observó grasa intrapericárdica entre la zona de pericardio parietal y visceral engrosados.

expansión diastólica precordial y un ruido protodiastólico que se debe al cese abrupto del llenado ventricular (ruido pericárdico o *pericardial knock*)^{1,2}.

En aquellos pacientes con sospecha de pericarditis constrictiva es necesario realizar pruebas de imágenes que ayuden a confirmar el diagnóstico⁶. El ecocardiograma transtorácico permite la visualización de la anatomía cardíaca y el uso de Doppler provee información hemodinámica. La TAC ofrece información adicional para la planeación de la posible pericardiectomía. También se puede realizar un cateterismo cardíaco derecho, donde el hallazgo característico es la elevación e igualación de las presiones diastólicas de ambos ventrículos (signo de la raíz cuadrada)⁷.

La pericardiectomía es el único tratamiento para la constricción permanente. Las indicaciones se basan en la sintomatología y los hallazgos en el ecocardiograma, la TAC, la resonancia magnética y el cateterismo cardíaco⁸. Hay 2 accesos quirúrgicos habituales mediante los que se intenta reseca al máximo posible el pericardio enfermo: a) la toracotomía anterolateral (en el quinto espacio intercostal) y b) la esternotomía media (con un rápido acceso a la aorta y la aurícula derecha para la circulación extracorpórea).

La pericardiectomía tiene una mortalidad de 6-12%⁵. La situación de bajo gasto cardíaco postoperatorio debe tratarse con aporte de líquidos y catecolaminas, dosis altas de digital y balón intraaórtico de contrapulsación en los casos más graves. Si se hace una indicación precoz de esta alternativa terapéutica, la supervivencia de los pacientes es igual a la de la población general. Sin embargo, si los síntomas graves estuvieron presentes durante un tiempo prolongado antes de la cirugía, incluso una pericardiectomía completa puede no conseguir la recuperación total^{8,9}.

CONCLUSIONES

La pericarditis constrictiva representa un reto diagnóstico debido a que su presentación clínica es la de un cuadro de insuficiencia cardíaca derecha, sin –o con muy pocos– signos de insuficiencia izquierda. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con otras enfermedades que puedan causar un cuadro clínico similar como: la dilatación aguda del corazón, la tromboembolia pulmonar, el infarto de ventrículo

derecho, el derrame pleural, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y la miocardiopatía restrictiva; por esto es importante tener en cuenta el cuadro clínico, los antecedentes y los resultados de las pruebas diagnósticas. El paciente que se presenta, con insuficiencia cardíaca derecha, tenía antecedentes de leptospirosis sin tratamiento; lo que pudo contribuir como factor causal. El ecocardiograma y la resonancia magnética fueron muy útiles para el diagnóstico. La evaluación clínica del paciente fue satisfactoria con resolución de sus síntomas tras el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. LeWinter MM, Tischler MD. Pericardial diseases. En: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9^{na} ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011. p. 1651-71.
2. Little WC, Freeman GL. Pericardial disease. *Circulation*. 2006;113:1622-32.
3. Sagristà-Sauleda J. Síndromes de constricción cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(Supl 2):33-40
4. Castañón-González JA, Amézquita-Landeros JA, Velasco-Ortega EC, Deseano-Estudillo JL, León-Gutiérrez MA. Pericarditis constrictiva: historia de un corazón oprimido. *Cir Cir*. 2010;78:342-6.
5. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al. Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:1126.e1-e46.
6. Lage López LM, Quintana Cañizález GR, Tessa Negrín Valdés T. Pericarditis constrictiva en una mujer de 36 años. *CorSalud* [Internet]. 2012 [citado 3 Ene 2017];4:221-4. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2012/v4n3a12/pericarditis.html>
7. Doshi S, Ramakrishnan S, Gupta SK. Invasive hemodynamics of constrictive pericarditis. *Indian Heart J*. 2015;67:175-82.
8. Inamdar KY, Aikebaier M, Lijunhong, Abudunabi, Mulati A. Pericardiectomy: prompt surgical management of constrictive pericarditis. *Heart Surg Forum*. 2014;17:E319-22.
9. Pinamonti B, Habjan S, De Luca A, Proclemer A, Morea G, Abate E, et al. Work-up and management of constrictive pericarditis: a critical review. *G Ital Cardiol (Rome)*. 2016;17:197-207.