

PERICARDITIS EFUSIVO-CONSTRUCTIVA

EFFUSIVE-CONSTRUCTIVE PERICARDITIS

SILVINA E. GÓMEZ¹, VANINA G. SINGH¹, MARÍA E. RETAMOSO¹, LUCAS G. AMARILLAS¹, HUGO AZULA¹, MATÍAS GAY PAPP¹,
MARIANA CANDIA¹, PAOLA NAPUT¹

RESUMEN

La pericarditis efusivo-constrictiva es una infrecuente forma de síndrome pericárdico, donde la constricción cardíaca ocurre en presencia de derrame pericárdico significativo. Representa una situación intermedia entre los dos síndromes de compresión cardíaca, que son el taponamiento y la constricción. Se presenta el caso de un paciente de 65 años con antecedentes de artritis seronegativa y asociado a derrame pericárdico tuberculoso.

Palabras clave: pericarditis, derrame pericárdico, pericardio.

ABSTRACT

Effusive-constrictive pericarditis is an uncommon form of pericardial syndrome, where cardiac constriction occurs in the presence of significant pericardial effusion. It represents an intermediate situation between the two cardiac compression syndromes; i.e. tamponade and constriction. The case of a 65-year-old male patient with history of seronegative rheumatoid arthritis associated with tuberculous pericardial effusion is presented.

Keywords: pericarditis, pericardial effusion, pericardium.

REVISTA CONAREC 2019;34(151):234-235 | [HTTPS://DOI.ORG/10.32407/RCON/2019151/0234-0235](https://doi.org/10.32407/RCON/2019151/0234-0235)

INTRODUCCIÓN

La pericarditis efusivo-constrictiva (PEC) es una forma infrecuente de síndrome pericárdico, donde la constricción cardíaca ocurre en presencia de derrame pericárdico (DPe) significativo. Los pacientes presentan taponamiento cardíaco, pero persisten sintomáticos pospericardiocentesis¹. La coexistencia de DPe y parámetros de constricción fueron descritas hace más de 50 años por Paul Wood en la fase subaguda de la pericarditis tuberculosa. Aun hoy en día la comprensión de esta entidad sigue siendo poco clara, con información proveniente en la mayor parte de reporte de casos clínicos². Se trata de un exudado en el saco pericárdico que coexiste con una disminución de la *compliance* del pericardio, y la característica distintiva son las presiones aumentadas de cavidades derechas una vez evacuado el DPe, producto de la pérdida de la elastancia del pericardio³.

En cuanto a la etiología, la prevalencia no está clara, ya sea, por las diferencias en cuanto a la metodología de evaluar, aunque es claramente más frecuente en la pericarditis tuberculosa que en la idiopática. Otras etiologías comprenden pericarditis purulenta, traumática, secundaria a neoplasia y a enfermedad renal crónica en estadio final³. En esta oportunidad presentaremos el caso de un paciente de 65 años con antecedentes de artritis seronegativa, que desarrolla DPe tuberculoso y pericarditis efusivo-constrictiva.

CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años masculino con antecedentes patológicos de artritis seronegativa, que comienza con disnea progresiva hasta clase funcional III y ortopnea de 1 mes de evolución, consulta a guardia externa donde se realiza, entre otros estudios, ecocardiograma Doppler cardíaco en donde se evidencia DPe severo como hallazgo patológico. Se realizó pericardiocentesis en donde se evidencia líquido pericárdico compatible con tuberculosis, recibiendo tratamiento antituberculoso durante nueve meses. Evoluciona asintomático durante estos meses.

Posteriormente a la finalización del tratamiento, evoluciona con signos y síntomas de insuficiencia cardíaca descompensada por lo que se interna en sala general. Se realizó tomografía de tórax en donde se evidencia abundante DPe con restricción en llenado de cavidades. Un nuevo ecocardiograma cardíaco informa DPe severo con colapso parcial de aurícula derecha, pericardio engrosado, con signos de inflamación crónica, siendo derivado a centro de mayor complejidad.

Ingresa hemodinámicamente estable, al examen físico presenta R1-R2 normofonéticos, sin soplos. Presencia de tercer ruido protodiastólico *knock* pericárdico. Signos clínicos de congestión venocapilar. Electrocardiograma ritmo sinusal. Radiografía de tórax con marcada cardiomegalia, cefalización de flujo y derrame pleural derecho. Laboratorio sin particularidades.

Se repite ecocardiograma con un informe similar al descrito anteriormente. Por ello se decide realizar resonancia magnética cardíaca (RMC) en donde se observa derrame pericárdico severo con ausencia de captación de gadolinio en pericardio ni en miocardio (**Figura 1**).

Por sospecha de constricción pericárdica se realiza cateterismo derecho objetivando una igualación de presiones telediastólicas en ambas cavidades, con presión capilar pulmonar de 24 cmH₂O, presión venosa central 23 cmH₂O, presión sistólica pulmonar 36 mmHg, presión diastólica pulmonar 23 mmHg. La curva de presión diastólica del ventrículo izquierdo mostraba la típica morfología en raíz cuadrada

1. Residencia de Cardiología Clínica.

Instituto de Cardiología "Juana Francisca Cabral". Corrientes, provincia de Corrientes, Rep. Argentina.

✉ **Correspondencia:** Silvina Esther Gómez. Silestgomez@gmail.com



Figura 1. A y B. Resonancia magnética cardíaca, en la que se observa derrame pericárdico severo.

o *dip-plateau*. Se realiza diagnóstico hemodinámico de pericarditis constrictiva.

Se interconsultó con servicio de Infectología, quienes asumen el cuadro como recaída de la tuberculosis e inicia tratamiento con tuberculostáticos, previa nueva punción de líquido del DPe, serohemático 280 ml, enviándose a cultivo.

Se realiza comparativo de líquido pericárdico siendo el mismo compatible con exudado, asumiendo cuadro como reactivación de la tuberculosis.

Posteriormente al alta se realiza ecocardiograma de control en el cual no se evidenció DPe, decidiéndose en conjunto con servicio de Cirugía Cardiovascular conducta expectante en cuanto a realización de pericardiectomía, debido a mejoría clínica de la paciente tras la pericardiocentesis.

DISCUSIÓN

De las pericarditis constrictivas subagudas, la pericarditis efusivo-constrictiva es la que mejor representa una situación intermedia entre los dos síndromes de compresión cardíaca, que son el taponamiento y la constricción⁴. En cuanto al diagnóstico, tradicionalmente se basa en los parámetros hemodinámicos, aunque curiosamente hay evidencia limitada de los resultados realizados pospericardiocentesis⁵. A pesar de que el diagnóstico fue descrito por medio de cateterismo cardíaco derecho, no se realiza rutinariamente en la mayoría de las instituciones, y se proponen algunos parámetros ecocardiográficos (desplazamiento septal respirofásico, disminuciones inspiratorias en las velocidades mitrales E superiores al 25%, reversiones espiratorias en las venas hepáticas y dilatación de la vena cava inferior) que después del drenaje serían indicativos de pericarditis efusi-

vo-constrictiva^{6,7}. En cuanto a otras modalidades de estudio más bien en formas localizadas pueden ser de ayuda la tomografía computarizada o la RMC, que muestran inflamación pericárdica (pericardio engrosado) y son de ayuda en casos complejos como los secundarios a proceso tuberculoso⁸.

En cuanto al tratamiento, este se realiza dirigido a la patología de base que la genera, como en el caso de la tuberculosis, aunque en los casos idiopáticos, iatrogénicos e incluso secundarios a causas neoplásicas permanecen inciertos. Las opciones en cuanto a fármacos son los antiinflamatorios no esteroideos o corticoides. La pericardiectomía obtuvo resultados favorables, pero la misma no se realiza ya que en la mayoría de los casos existe mejoría espontánea⁴. Esta opción debe reservarse para los casos refractarios a la medicación o los debidos a causas neoplásicas, que rápidamente desarrollan síntomas, para los cuales se recomienda una pericardiectomía radical más que una escisión anterior⁹. Como el pericardio visceral contribuye a la constricción, se recomienda realizar su escisión (epicardiectomía)⁹.

CONCLUSIÓN

Estas observaciones permiten establecer un concepto de los síndromes de compresión cardíaca. Algunos presentan un cuadro puro de taponamiento, otros tienen predominio del taponamiento, pero con un componente de constricción; otros, una situación mixta de taponamiento y constricción que se correspondería con la descripción de la pericarditis efusivo-constrictiva; otros tienen fundamentalmente constricción, pero con presencia de derrame pericárdico poco cuantioso y, finalmente, otros enfermos tienen un cuadro puro de constricción.

BIBLIOGRAFÍA

- Morales-Martínez de Tejada A, Nogales Asensio JM, Martínez L, Merchán A. Paciente con pericarditis efusivo-constrictiva idiopática. *Rev Esp Cardiol* 2006;59(10):1080-2.
- Miranda W, Oh JK. Effusive-Constrictive Pericarditis. *Cardiol Clin* 2017;35:551-8.
- Syed FF, Ntsekhe M, Mayosi BM, et al. Effusive constrictive pericarditis. *Heart Fail Rev* 2013;18:277-87.
- Sagrasta-Sauleda J. *Rev Esp Cardiol* 2008;61;52.33-40.
- Sagrasta-Sauleda J. Síndromes de constricción cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2008;61;52.33-40.
- Miranda WR, Oh JK. Constrictive pericarditis: a practical clinical approach. *Prog Cardiovasc Dis* 2017;59:369-79.
- Welch TD, Ling LH, Espinosa RE, et al. Echocardiographic diagnosis of constrictive pericarditis: Mayo Clinic criteria. *Circ Cardiovasc Imaging* 2014;7:526-34.
- Hancock EW. A clearer view of effusive-constrictive pericarditis. *N Engl J Med* 2004;350:435-7.
- Cho YH, Schaff HV. Surgery for pericardial disease. *Heart Fail Rev* 2013;18:375-87.