

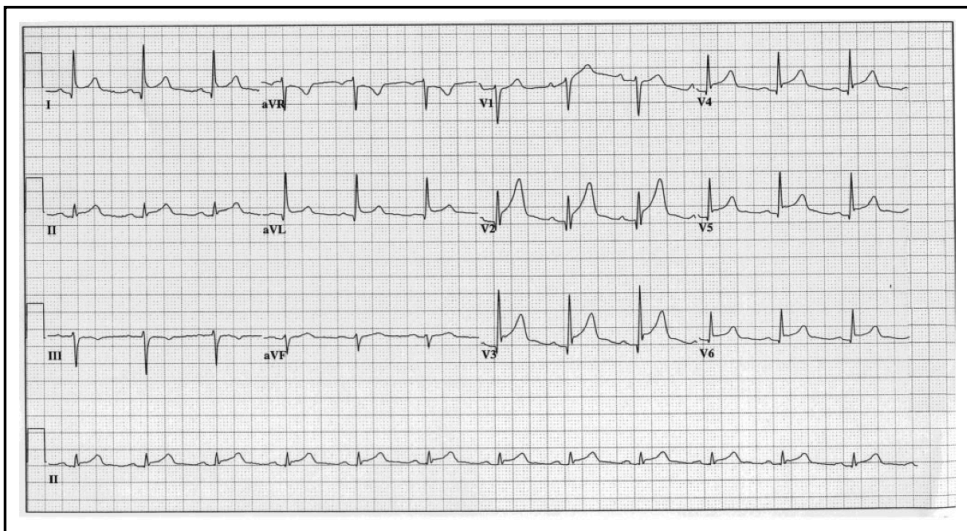
PERICARDITIS

Controversias en el Estudio y Diagnóstico

Dr. Luis Vergara Gutiérrez

Residente Medicina Interna UC

Tutor: Dr. Alejandro Martinez



Electrocardiograma en paciente con Pericarditis

Aguda: Destaca la elevación difusa del segmento ST, cóncavo hacia arriba, con infradesnivel recíproco en aVR y V1. Destaca además cambios en el segmento PR, con elevación en aVR e infradesnivel en V5 y V6.

A diferencia del IAM, en la pericarditis existe elevación difusa del ST, sin ondas Q patológicas. A diferencia de la pericarditis, en el IAM el supradesnivel puede exceder los 5 mm de longitud y no hay alteraciones del segmento PR.

Conceptos Importantes:

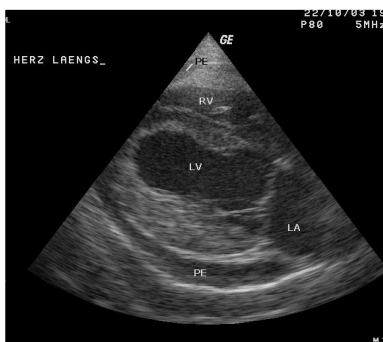
- Existe escasa evidencia en el manejo de la pericarditis.
- El estudio etiológico debe realizarse dependiendo de la presentación clínica y de la presencia de predictores de riesgo.
- El tratamiento inicial debe centrarse en AINES y aspirina.
- La colchicina es de utilidad en pericarditis recurrente.
- Los corticoides sólo deben considerarse en falla a la respuesta inicial, y en dosis bajas.



INTRODUCCIÓN

El pericardio es un saco fibroelástico compuesto por una capa parietal y una visceral, separadas por 15 a 50 mL de líquido pericárdico.

La incidencia de la pericarditis se desconoce. Algunos estudios señalan que corresponde al 0,1% de los pacientes hospitalizados, y al 5% de los pacientes con dolor torácico de causa no coronaria.



La pericarditis se puede manifestar de 4 formas distintas:

- 1) Pericarditis Aguda
- 2) Derrame Pericárdico
- 3) Derrame Pericárdico Crónico Idiopático
- 4) Pericarditis Constrictiva

ETIOLOGIAS

Existen múltiples causas de pericarditis, dentro de las principales podemos encontrar las infecciosas (virales y bacterianas), neoplásicas, post cirugía cardíaca, post IAM (Síndrome Dressler), enfermedades del tejido conectivo, endocrinas como el hipotiroidismo, metabólicas, traumáticas e idiopáticas. La frecuencia varía según el grupo estudiado y la región geográfica. Sin embargo, hasta el 50% de los casos no fue posible identificar un agente particular.

SOSPECHA CLINICA

El cuadro típico se presenta con dolor torácico, que puede ser pleurítico u opresivo, que puede aumentar con la inspiración. El dolor puede atenuarse al sentarse hacia adelante. A la auscultación cardíaca se pueden escuchar frotos pericárdicos. Al ECG existen cambios típicos, con supradesnivel difuso del segmento ST. Es importante saber diferenciar un ECG de una pericarditis respecto a un IAM, considerando que el cuadro clínico en muchas ocasiones puede ser indistinguible (ver recuadro).

ESTUDIO INICIAL Y HOSPITALIZACIÓN

Se debe solicitar en todo paciente con sospecha de pericarditis un ECG, radiografía de tórax, ecocardiograma para determinar la existencia de derrame pericárdico y parámetros inflamatorios. Existe controversia respecto a que pacientes necesitan estudio etiológico detallado, considerando el gran porcentaje

de pacientes en los cuales no se determina etiología pese a un estudio completo. Se han definido predictores que si están presentes justificarían un estudio más acabado, los cuales son:

- a) Fiebre > 30°C
- b) Inicio subagudo en días a semanas
- c) Derrame pericárdico extenso o taponamiento
- d) Falla a tratamiento médico con AINES o aspirina.

Es necesario destacar que es muy importante la presentación clínica de la pericarditis. Es distinto un paciente con pericarditis sin derrame pericárdico en que se puede tratar con AINES sin mayor estudio en vez de un paciente con derrame pericárdico extenso sin síntomas de pericarditis ni parámetros inflamatorios elevados, en la cual una causa neoplásica es altamente probable. Es por ello que debe realizarse una pericardiocentesis en casos de taponamiento cardíaco, sospecha de tuberculosis, derrame neoplásico o derrame extenso que no responde a terapia médica.

TRATAMIENTO

Los AINES, y en especial la Aspirina son los pilares del tratamiento médico. Éstos deben usarse en dosis altas (Aspirina 2 a 4 g diarios o Ibuprofeno 1600 a 3200 mg diarios) y por tiempo prolongado hasta normalización de los parámetros inflamatorios. Se puede usar la PCR como marcador de actividad y como referencia para definir días de tratamiento. La colchicina se recomienda en pericarditis recurrente como complemento a los AINES, pese a que los estudios que la sustentan son

retrospectivos. El uso de corticoides se restringe a falla en la respuesta a las terapias anteriores, pese a que la evidencia de su uso es débil.

PERICARDITIS RECURRENTE

Se considera cuando se utilizan altas dosis de corticoides (prednisona >25 mg/día) por largo tiempo. Se recomienda partir con terapia combinada con AINES, colchicina y corticoides. Se han utilizado otras drogas sin mucha evidencia como azatioprina, metotrexato o ciclofosfamida. En casos de pericarditis aguda idiopática el riesgo de pericarditis constrictiva es bajo (<1%).

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la pericarditis para el internista es de gran importancia, considerando el amplio diagnóstico diferencial, pudiendo ser manifestación de alguna enfermedad sistémica. Es necesario definir que pacientes se benefician de un estudio etiológico completo, para ello se han creado predictores de alto riesgo que fundamentan un estudio más acabado. Los pilares de tratamiento son los AINES y la Aspirina, que deben usarse en dosis altas hasta la normalización de los parámetros inflamatorios. La colchicina es útil en pericarditis recurrente, mientras que los corticoides se reservan en caso de falla al tratamiento de primera línea.

Más Información:

Controversial issues in the management of pericardial diseases

Massimo Imazio, David Spodick
Circulation (2010) vol. 121 (7) pp. 916-28