



MANEJO EN URGENCIAS DE LA PATOLOGÍA PERICÁRDICA AGUDA

*Eladio Galindo Fernández
Residente 2º año de Cardiología
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*



Rev Esp Cardiol. 2015;68(12):1126.e1-e46

Artículo especial

Este artículo completo solo se encuentra disponible en versión electrónica: www.revespcardiol.org

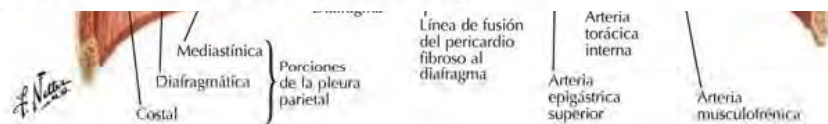
Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio



Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio

Avalada por: *The European Association for Cardio-Thoracic Surgery* (EACTS)

Autores/Miembros del Grupo de Trabajo: Yehuda Adler* (coordinador) (Israel), Philippe Charron* (coordinador) (Francia), Massimo Imazio** (Italia), Luigi Badano (Italia), Gonzalo Barón-Esquivias (España), Jan Bogaert (Bélgica), Antonio Brucato (Italia), Pascal Gueret (Francia), Karin Klingel (Alemania), Christos Lionis (Grecia), Bernhard Maisch (Alemania), Bongani Mayosi (Sudáfrica), Alain Pavie (Francia), Arsen D. Ristić (Serbia), Manel Sabaté Tenas (España), Petar Seferovic (Serbia), Karl Swedberg (Suecia) y Witold Tomkowski (Polonia)

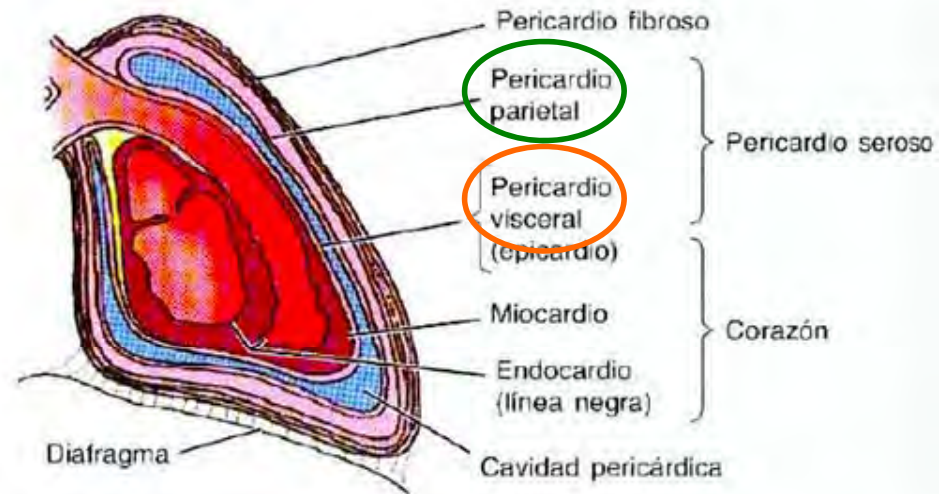
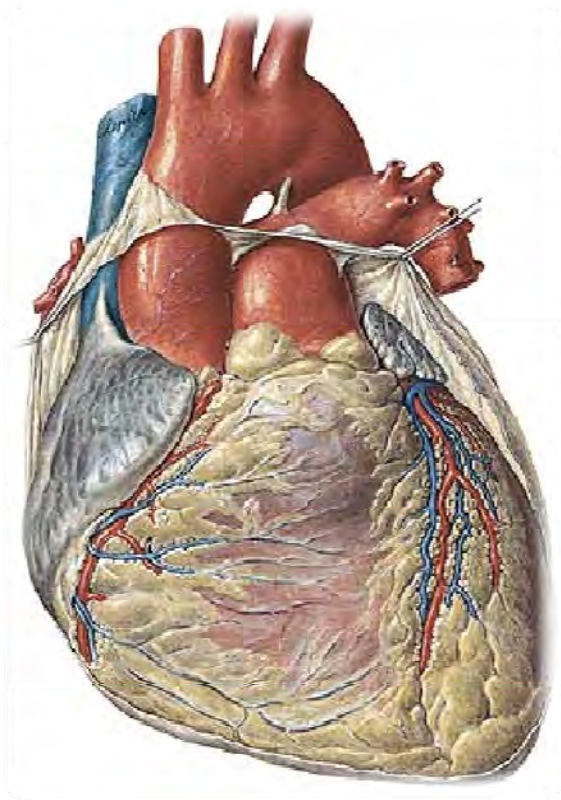


Algunos datos de interés



- Alta frecuencia de enfermedades pericárdicas
- Pocos datos epidemiológicos
- Viraje de incidencias y prevalencias
- Pericarditis Aguda → Enfermedad del pericardio más habitual en la práctica clínica

Pericarditis aguda



Corte sagital del corazón

Epidemiología

- Incidencia estimada: 27,7 casos/100.000 habitantes al año
- 0,1% de todos los ingresos hospitalarios; 0,2% del total de ingresos CV.
- 5% de ingresos en Urgencias por dolor torácico
- Más frecuente en varones, adultos jóvenes.
- Mortalidad hospitalaria: 1,1% (aumenta con la edad y coinfecciones)
- Recurrencias → 30% primeros 18 meses después primer episodio.

Etiología

A. Causas infecciosas

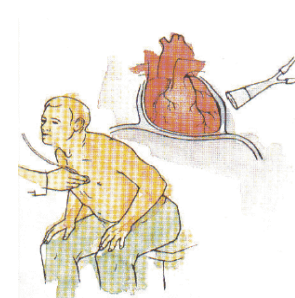
Virales (comunes)	Enterovirus (Coxsackievirus, Ecovirus), Herpesvirus (EBV, CMV, HHV-6), adenovirus, Parvovirus B19 (posible solapamiento con otros agentes etiológicos virales de miocarditis)
Bacterianas	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (frecuente, otras bacterias son raras), <i>Coxiella burnetii</i> , <i>Borrelia burgdorferi</i> ; raramente <i>Pneumococcus</i> spp, <i>Meningococcus</i> spp, <i>Gonococcus</i> spp, <i>Streptococcus</i> spp, <i>Staphylococcus</i> spp, <i>Haemophilus</i> spp, <i>Chlamydia</i> spp, <i>Mycoplasma</i> spp, <i>Legionella</i> spp, <i>Leptospira</i> spp, <i>Listeria</i> spp, <i>Providencia stuartii</i>
Fúngicas (muy raras)	<i>Histoplasma</i> spp (más frecuente en pacientes inmunocompetentes), <i>Aspergillus</i> spp, <i>Blastomyces</i> spp, <i>Candida</i> spp (más frecuente en pacientes inmunodeprimidos)
Parasitarias (muy raras)	<i>Echinococcus</i> spp, <i>Toxoplasma</i> spp

B. Causas no infecciosas

Autoinmunitaria (frecuente)	Enfermedades sistémicas autoinmunitarias y autoinflamatorias (lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, escleroderma), vasculitis sistémica (granulomatosis eosinofílica con poliangeítis o granulomatosis alérgica, antes conocida como síndrome de Churg-Strauss, enfermedad de Horton, enfermedad de Takayasu, síndrome de Behçet), sarcoidosis, fiebre mediterránea familiar, enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedad de Still
Neoplásica	Tumores primarios (infrecuentes, el principal es el mesotelioma pericárdico). Tumores secundarios metastásicos (frecuentes, sobre todo cáncer de pulmón y mama, linfoma)
Metabólica	Uremia, mixedema, anorexia nerviosa, otras formas raras
Traumática e iatrogénica	Inicio precoz (infrecuente): <ul style="list-style-type: none">• Daño directo (herida torácica penetrante, perforación esofágica)• Daño indirecto (herida torácica no penetrante, daño por radiación) Inicio tardío: síndromes de daño pericárdico (frecuentes) como el síndrome tras infarto de miocardio, síndrome tras pericardiotomía, síndrome postraumático, incluido el traumatismo iatrogénico (p. ej., intervención coronaria percutánea, implante de marcapasos y ablación con radiofrecuencia)
Inducida por fármacos (infrecuente)	Lupus inducido por fármacos (procainamida, hidralazina, metildopa, isoniazida, fenitoína); fármacos antineoplásicos (a menudo asociados a cardiomiopatía, pueden causar una pericardiopatía): doxorubicina, daunorubicina, pericarditis por hipersensibilidad con eosinofilia; amiodarona, metisergida, mesalazina, clozapina, minoxidil, dantroleno, practolol, fenilbutazona, tiacidas, estreptomina, tiouracilos, estreptoquinasa, ácido p-aminosalicílico, sulfamidas, ciclosporina, bromocriptina, algunas vacunas, GM-CSF, fármacos anti-TNF
Otras (frecuentes)	Amiloidosis, disección aórtica, hipertensión arterial pulmonar e insuficiencia cardíaca crónica
Otras (infrecuentes)	Ausencia congénita parcial y completa del pericardio

Presentación clínica

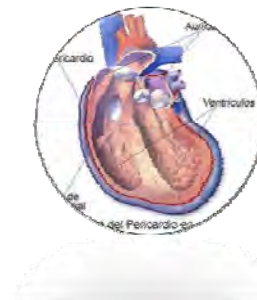
- ✓ Dolor torácico (>85-90%):
 - Agudo
 - Pleurítico
 - Mejora con sedestación e inclinación hacia delante
- ✓ Roce pericárdico (<33%)
 - Sonido superficial
 - Chirrido o rascado, tipo “velcro”
 - Diafragma del fonendo en borde esternal izquierdo
- ✓ Cambios ECG (hasta 60%)
 - Elevación (cóncava) generalizada segmento ST
 - Depresión segmento PR
 - No hay ondas Q
- ✓ Derrame pericárdico (hasta 60%)
 - Generalmente leve

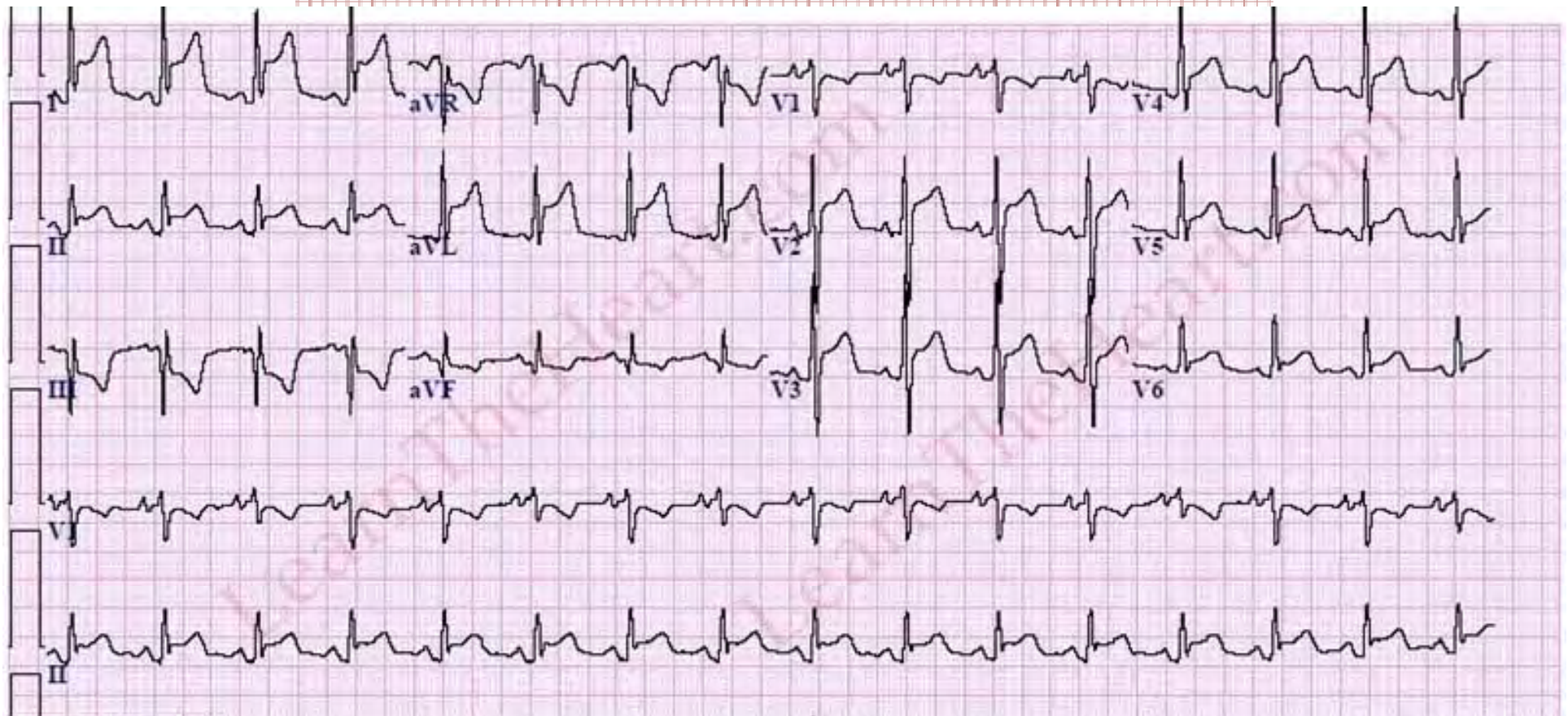
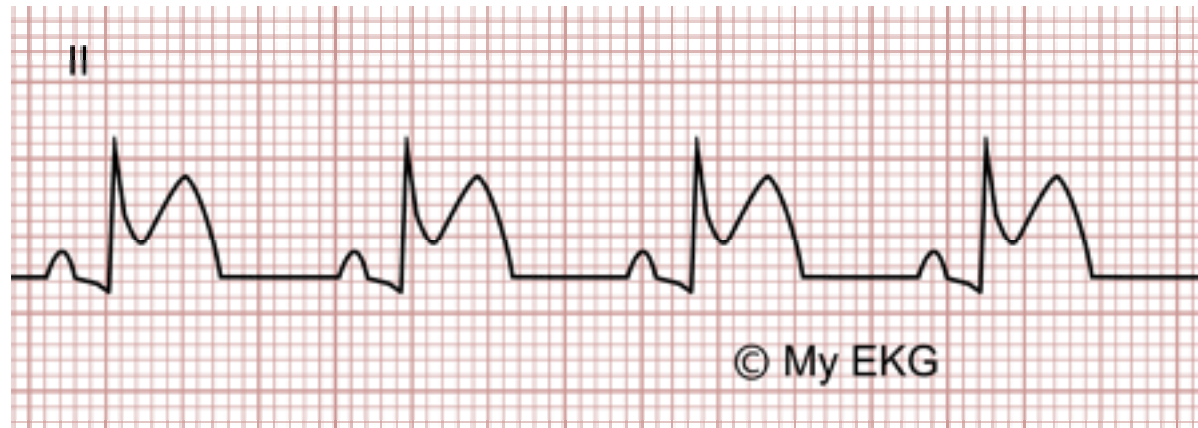


Concave-up ST elevation



PR segment depression





Pruebas complementarias



Recomendaciones	Nivel ^b	Ref ^c
Se recomienda... sospech...		
Se recomie... los pacientes...	C	
Se recomiend... pacientes c...	C	
Se recom... inflamación (PCR) y daño... a todos los pacientes con so... aguda	C	

MIOCARDITIS

Manejo

- Restricción de la actividad física (Deportistas → 3 meses)
- Tratamiento farmacológico de elección:
 - AAS 750-1000 mg cada 8h, durante 1-2 semanas [reducir dosis en 250-500 mg cada 1-2 semanas]
 - Ibuprofeno 600 mg cada 8h, durante 1-2 semanas [reducir dosis en 200-400 mg cada 1-2 semanas]



Recomendaciones sobre el tratamiento de la pericarditis aguda

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	Ref ^c
Se recomienda AAS o AINE como tratamiento de primera línea en la pericarditis aguda junto con protectores gástricos	I	A	55
Se recomienda colchicina como tratamiento de primera línea en la pericarditis aguda como adyuvante al AAS/AINE	I	A	10,11, 58,59
Se debe considerar el valor de la PCR sérica para guiar la duración del tratamiento y evaluar la respuesta	IIa	C	
Se debe considerar los corticoides a dosis bajas ^d para el tratamiento de la pericarditis aguda en los casos de contraindicación/fracaso del AAS/AINE y colchicina y cuando se haya excluido una causa infecciosa o exista una indicación específica, como una enfermedad autoinmunitaria	IIa	C	
Se debe considerar la restricción del ejercicio físico a los no deportistas con pericarditis aguda hasta que se resuelvan los síntomas y se normalicen PCR, ECG y ecocardiograma	IIa	C	
En el caso de deportistas, se recomienda restricción del ejercicio físico hasta que hayan pasado por lo menos 3 meses desde la resolución de los síntomas y la normalización de PCR, ECG y ecocardiograma	IIa	C	
Los corticoides no están recomendados como tratamiento de primera línea en la pericarditis aguda	III	C	

Mane

- Colchic

- ✧ Mej
 - recl

- ✧ Dos



- ✧ No

- Cortic
- depe

- [
 - €

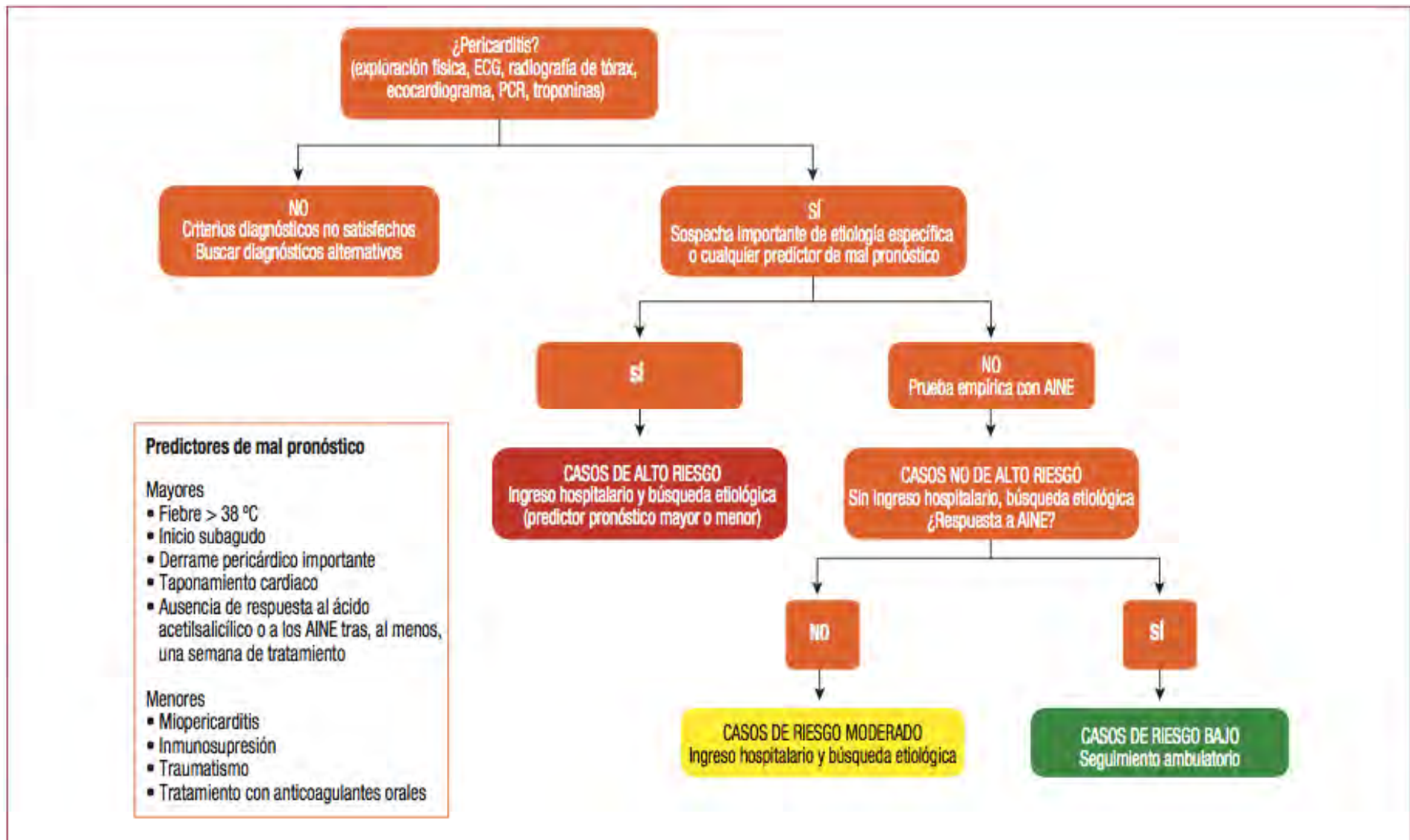
- Trata

70 kg

/

)

cida.

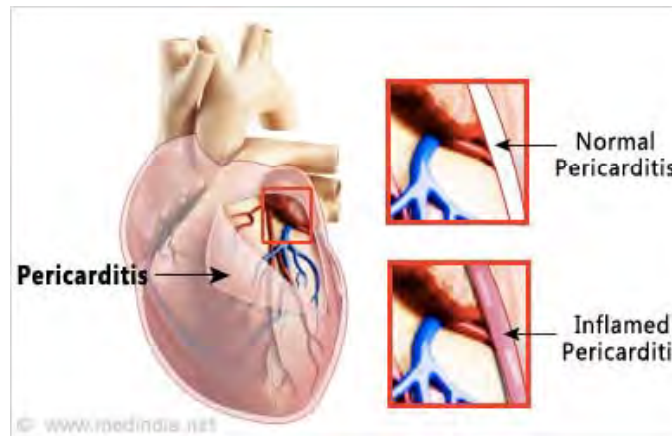


Pronóstico



- La mayoría de los pacientes: buen pronóstico a largo plazo
- Baja incidencia de taponamiento cardiaco y pericarditis constrictiva (más frecuentes si enfermedad subyacente; TCB, neoplasia...)
- 15-30% → Recurrencias (reducidas a la mitad con Colchicina)

Pericarditis recurrente



- Se produce después de un primer episodio de pericarditis aguda documentado → Intervalo libre de síntomas de 4-6 semanas o más.
- Causa frecuente: tratamiento inadecuado del primer episodio
- Tasa de recurrencias: 15-30%.

Tratamiento

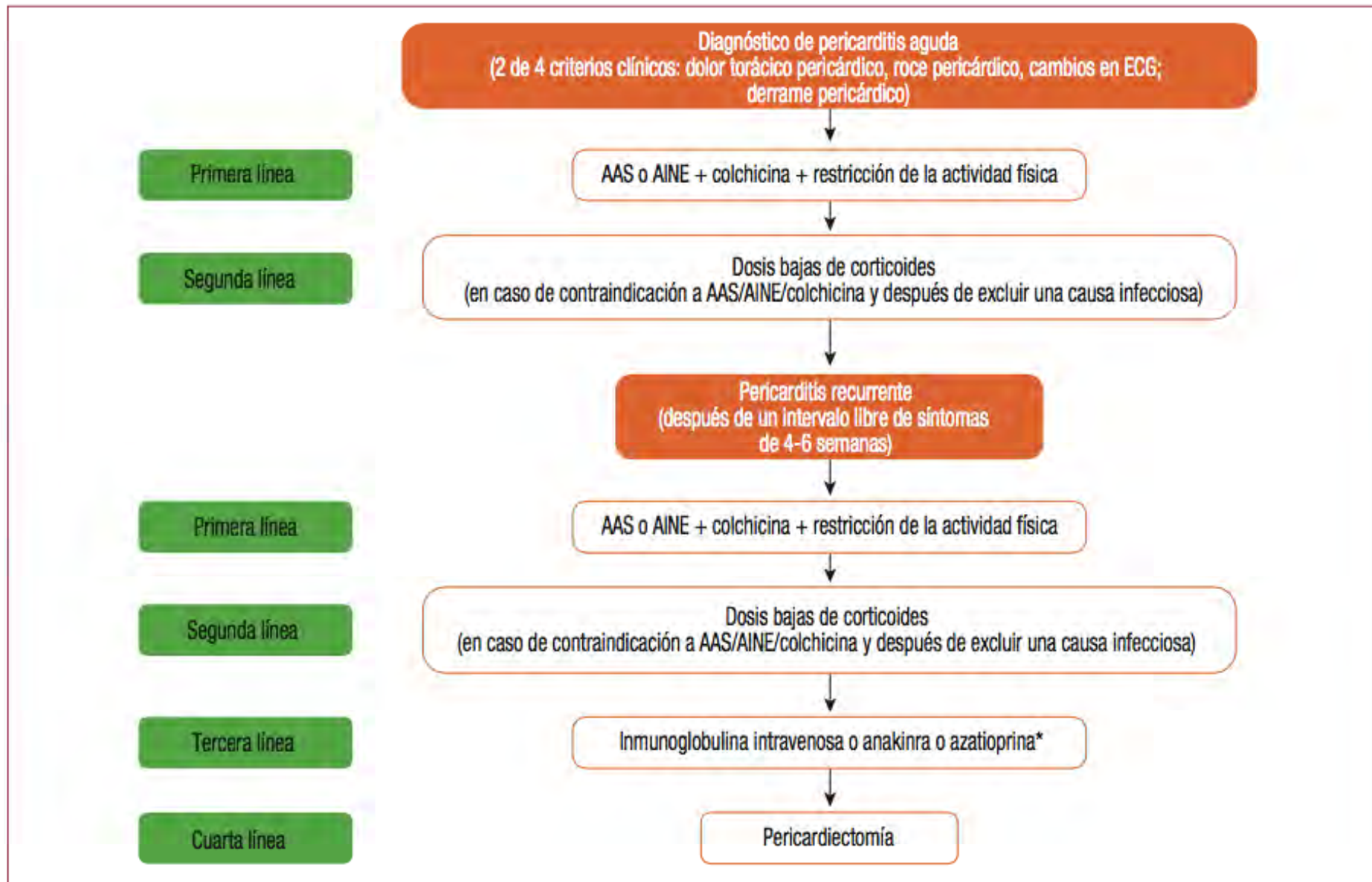
- AAS v AINEs continúan siendo la base del tratamiento.

Tabla 7

Reducción progresiva de corticoides³⁵ (se proporciona información de la dosis de prednisona)

Dosis inicial de 0,25-0,50 mg/kg/día ^a	Pauta de reducción ^b
> 50 mg	10 mg/día cada 1-2 semanas
50-25 mg	5-10 mg/día cada 1-2 semanas
25-15 mg	2,5 mg/día cada 2-4 semanas
< 15 mg	1,25-2,5 mg/día cada 2-6 semanas

- ❖ Anakinra e IGIV → Útiles en fase aguda. Recurrencias tras interrupción.
- Pericardiectomía como último recurso.



Derrame pericárdico

Clasificación del derrame pericárdico

Comienzo	Agudo Subagudo Crónico (> 3 meses)
Tamaño	Leve, < 10 mm Moderado, 10-20 mm Grande, > 20 mm
Distribución	Circunferencial Loculado
Composición	Trasudado Exudado



Presentación clínica

- Gran proporción de los pacientes asintomáticos (hallazgo casual).
- La exploración física puede ser absolutamente normal.
- Clínica varía según velocidad de instauración de líquido.
 - Síntomas clásicos → Disnea de esfuerzo, ortopnea o sensación de plenitud.
 - Por compresión → Náuseas, disfagia, ronquera e hipo.
 - Inespecíficos → Fiebre, tos, debilidad, fatiga, anorexia y palpitaciones.

Diagnóstico

Recomendaciones sobre el diagnóstico del derrame pericárdico

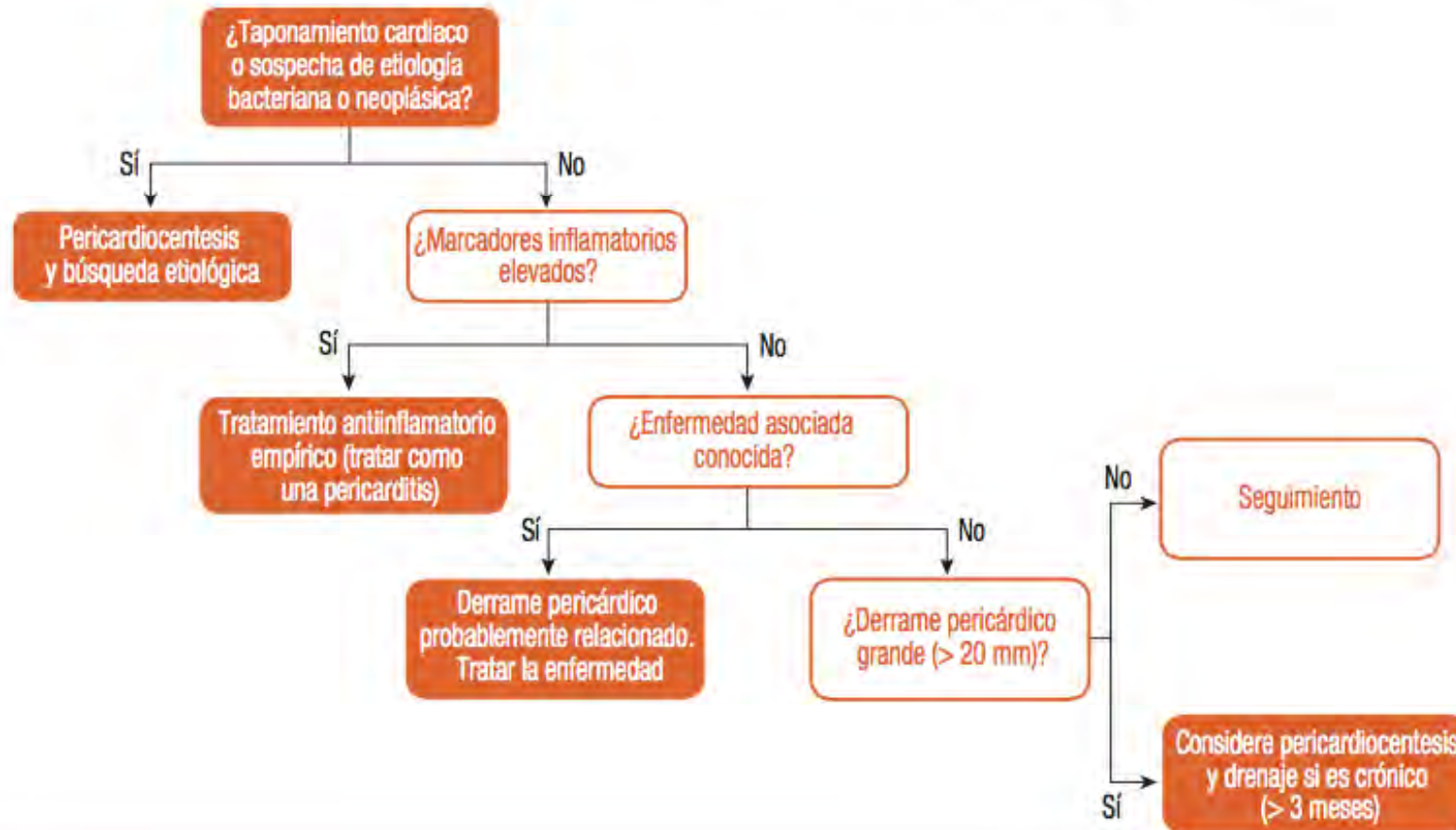
Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	Ref ^c
Se recomienda ecocardiografía transtorácica a todos los pacientes con sospecha de derrame pericárdico	I	C	
Se recomienda radiografía de tórax para pacientes con sospecha de derrame pericárdico o afección pleuropulmonar	I	C	
Se recomienda evaluar marcadores inflamatorios (PCR) de los pacientes con derrame pericárdico	I	C	
Se debe considerar TC o RMC cuando haya sospecha de <u>derrame pericárdico loculado, engrosamiento pericárdico y masas, así como otras anomalías torácicas asociadas</u>	IIa	C	

Manejo clínico y tratamiento



- Primer paso → Evaluar tamaño, repercusión hemodinámica y posibles enfermedades asociadas.
- Si hay inflamación: manejo como pericarditis.
- Tratamiento dirigido a la etiología (conocida 60% casos)
- No existen tratamientos médicos de eficacia para el derrame aislado sin etiología conocida.
- Pericardiocentesis en grandes derrames (recurrencias)
- Pericardiectomía/ventana pericárdica si alta tasa de recurrencias o derrames loculados.
- Pronóstico en función de la etiología y tamaño del derrame.

Se debe considerar los tratamientos antiinflamatorios empíricos en casos de presunta pericarditis no diagnosticada



Taponamiento pericárdico

- Acúmulo pericárdico de líquido, pus, coágulos o gas que pone en peligro la vida del paciente.

Causas de taponamiento cardiaco

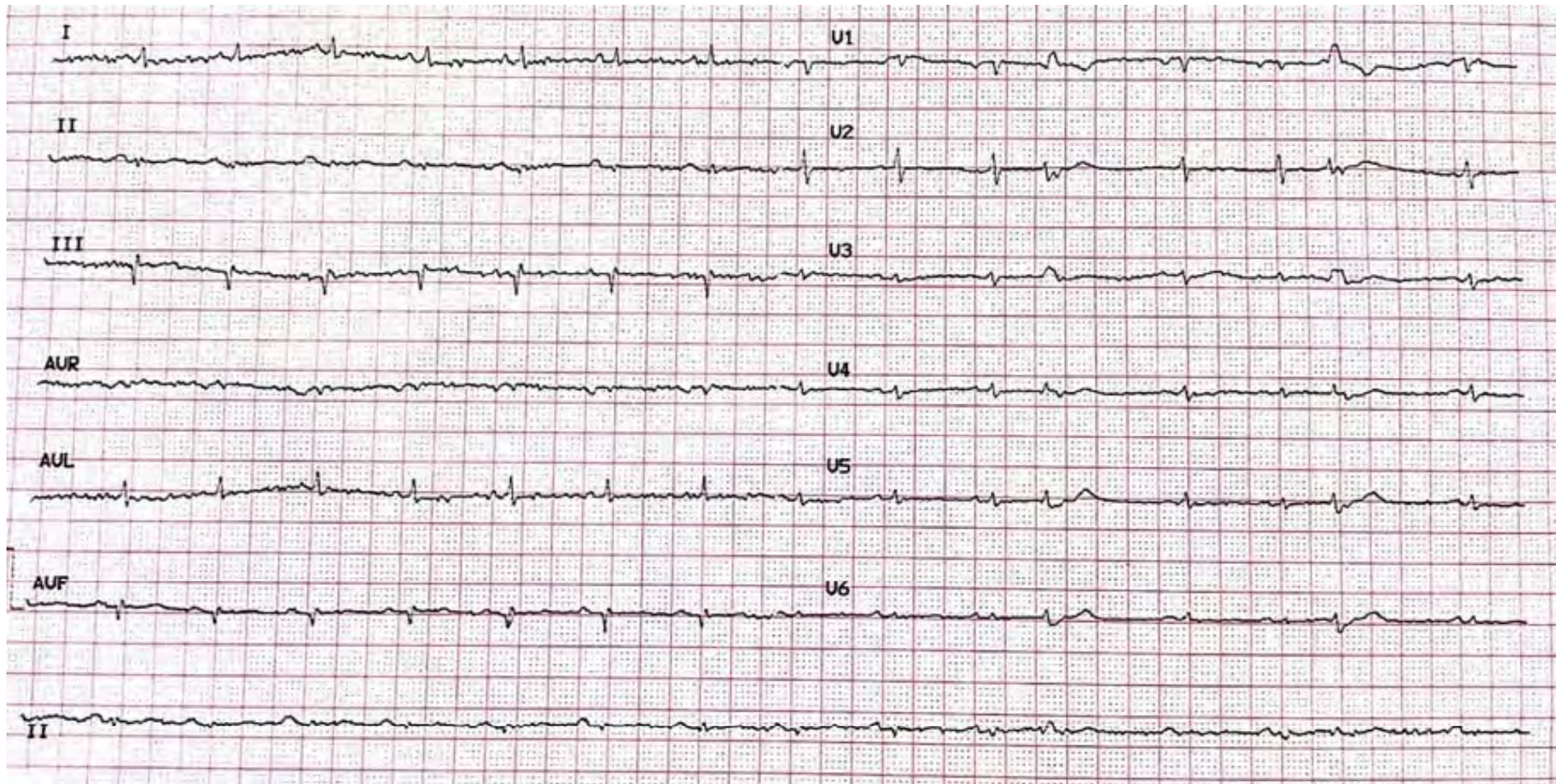
Causas frecuentes:

- Pericarditis
 - Tuberculosis
 - Iatrogénica (relacionada con procedimientos invasivos, poscirugía cardíaca)
 - Traumatismo
 - Neoplasia/enfermedad maligna
-

Causas infrecuentes:

- Enfermedades del colágeno (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, escleroderma)
 - Inducida por radiación
 - Tras infarto de miocardio
 - Uremia
 - Disección aórtica
 - Infección bacteriana
 - Neumopericardio
-

Presentación clínica

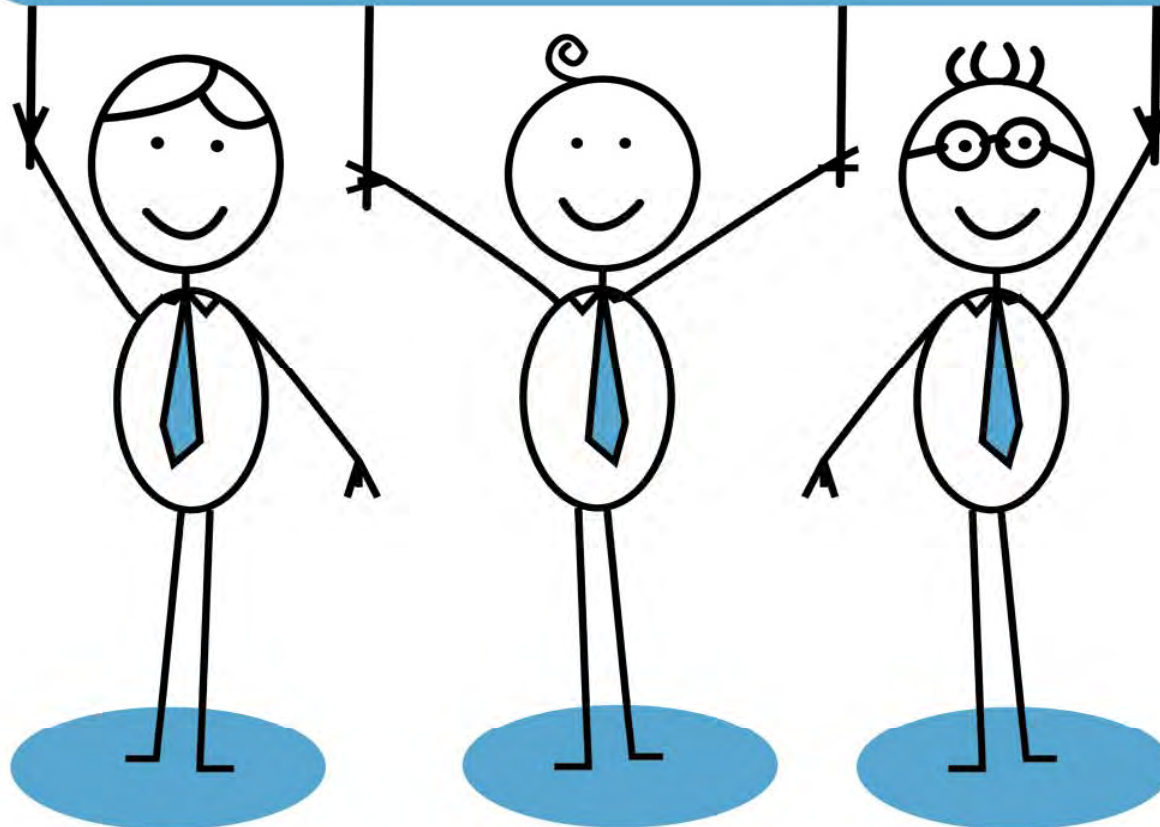


Diagnóstico y manejo

URGENCIA → Ecografía + Pericardiocentesis

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	Ref
Se recomienda ecocardiografía para pacientes con sospecha clínica de taponamiento cardiaco como primera técnica de imagen para determinar tamaño, localización y grado de impacto hemodinámico del derrame pericárdico	I	C	
Se recomienda una pericardiocentesis de urgencia o cirugía cardiaca para el tratamiento del taponamiento cardiaco	I	C	
Se recomienda una evaluación clínica razonable que incluya hallazgos ecocardiográficos para orientar el momento de la pericardiocentesis	I	C	
Se puede recomendar un sistema de clasificación inicial para orientar el momento de la pericardiocentesis (figura web 4)	IIb	C	
No está recomendado el uso de vasodilatadores y diuréticos en presencia de taponamiento cardiaco	III	C	

¡GRACIAS!



*“Ojalá algún día la Medicina os devuelva
todo lo que le habéis dado”*

