

Artículo original

Pericarditis constrictiva: espectro etiológico, presentaciones clínicas, factores pronósticos y seguimiento a largo plazo

Andreu Porta-Sánchez^{a,*}, Jaume Sagristà-Sauleda^b, Ignacio Ferreira-González^c, Asunción Torrents-Fernández^b, Ivo Roca-Luque^b y David García-Dorado^b^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron i Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España^c Unidad de Epidemiología, Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España

Historia del artículo:

Recibido el 7 de agosto de 2014

Aceptado el 15 de diciembre de 2014

On-line el 27 de abril de 2015

Palabras clave:

Constricción pericárdica

Pericarditis constrictiva

Pericardiectomía

Pericarditis

Pericarditis aguda idiopática

RESUMEN

Introducción y objetivos: Algunos estudios han descrito un cambio en el espectro etiológico de la pericarditis constrictiva. Además, no hay datos sobre la relación entre la forma de presentación clínica y la etiología. El objetivo de este estudio es describir las etiologías de la enfermedad, su relación con la forma de presentación clínica y los hallazgos quirúrgicos, así como identificar los factores predictivos de una mala evolución.**Métodos:** Se analizó a un total de 140 pacientes consecutivos a los que se practicaron intervenciones quirúrgicas por pericarditis constrictiva en un mismo centro en un periodo de 34 años.**Resultados:** La etiología fue idiopática en 76 pacientes (54%) y tras pericarditis aguda idiopática en 24 (17%), pericarditis tuberculosa en 15 (11%), pericarditis purulenta en 10 (7%) y cirugía cardíaca en 5 (4%), radioterapia en 3 (2%) y uremia en 2 (1%). La duración media de los síntomas antes de la pericardiectomía fue de 19 meses (desviación estándar: 44 meses); la forma de presentación clínica más aguda fue la de las pericarditis purulentas (26 [intervalo, 7-60] días) y la más crónica, la de los casos idiopáticos (29 meses [4 días-360 meses]). La mortalidad perioperatoria fue del 11%. No hubo diferencias en la mortalidad según etiologías. La mediana de seguimiento fue de 12 (0,1-33,0) años, durante los cuales fallecieron 50 pacientes. En un análisis de regresión de Cox, la edad en el momento de la operación, la clase funcional de la *New York Heart Association* avanzada (III-IV) y los antecedentes de pericarditis aguda idiopática se asociaron a una mayor mortalidad durante el seguimiento.**Conclusiones:** La mayoría de los casos de pericarditis constrictiva son idiopáticas. La cirugía cardíaca y la radioterapia causan una minoría de los casos. Las presentaciones aguda y subaguda merecen un estudio etiológico. La edad, la clase funcional avanzada y la pericarditis aguda idiopática previa se asocian a mayor mortalidad.

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Constrictive Pericarditis: Etiologic Spectrum, Patterns of Clinical Presentation, Prognostic Factors, and Long-term Follow-up

ABSTRACT

Introduction and objectives: Some reports have described a change in the etiologic spectrum of constrictive pericarditis. In addition, data on the relationship between its clinical presentation and etiology are lacking. We sought to describe the etiologies of the disease, their relationship with its clinical presentation and surgical findings, and to identify predictors of poor outcome.**Methods:** We analyzed 140 consecutive patients who underwent surgery for constrictive pericarditis over a 34-year period in a single center.**Results:** The etiology was idiopathic in 76 patients (54%), acute idiopathic pericarditis in 24 patients (17%), tuberculous pericarditis in 15 patients (11%), purulent pericarditis in 10 patients (7%), and cardiac surgery, radiation and uremia in 5, 3 and 2 patients respectively (4%, 2% and 1%). Mean duration of symptoms before pericardiectomy was 19 months (standard deviation=44 months), the most acute presentation being for purulent pericarditis (26 days [range, 7-60 days]) and the most chronic for idiopathic cases (29 months [range, 4 days-360 months]). Perioperative mortality was 11%. There was no difference in mortality between etiologies. Median follow-up was 12 years (range, 0.1-33.0 years) in which 50 patients died.

Keywords:

Pericardial constriction

Constrictive pericarditis

Pericardiectomy

Pericarditis

Acute idiopathic pericarditis

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.027>, Rev Esp Cardiol. 2015;68:1059-60.

* Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron i Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Pg. de la Vall d'Hebron 119-129, 08035 Barcelona, España.

Correo electrónico: anporta@vhebron.net (A. Porta-Sánchez).<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.12.019>

0300-8932/© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

In a Cox-regression analysis, age at surgery, advanced New York Heart Association functional class (III to IV) and previous acute idiopathic pericarditis were associated with increased mortality during follow-up.

Conclusions: Most cases of constrictive pericarditis are idiopathic. Cardiac surgery and radiation accounted for a minority of cases. Etiologic investigations are warranted only in acute or subacute presentations. Age, advanced functional class, and previous acute idiopathic pericarditis are associated with increased mortality.

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Abreviaturas

CC: cirugía cardíaca
 DP: derrame pericárdico
 PC: pericarditis constrictiva
 TC: tomografía computarizada

INTRODUCCIÓN

Desde que Lower describiera por primera vez la pericarditis constrictiva (PC) en 1669¹, algunos aspectos clínicos pueden haber cambiado. Algunos estudios² han señalado recientemente que el espectro etiológico se ha modificado en las últimas décadas, debido básicamente a un aumento del número de casos secundarios a cirugía cardíaca (CC) o a una radioterapia previa. Sin embargo, esta observación puede ser engañosa. En primer lugar, estos estudios se realizaron en centros con gran actividad quirúrgica cardíaca³, lo que puede introducir cierto sesgo en el espectro etiológico. Además, la relación entre la duración de los síntomas antes de la pericardiectomía y la etiología de la PC no se ha descrito de manera detallada. Por último, en estudios previos no se incluyó habitualmente información detallada sobre los diferentes métodos diagnósticos o las técnicas de imagen utilizados para el diagnóstico de la PC.

El Hospital Universitari Vall d'Hebron, que es un centro de referencia para las enfermedades pericárdicas, ha utilizado un protocolo estandarizado para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pericárdica^{4,5} desde 1975. En este estudio se describen el espectro etiológico, la relación entre la cronicidad de los síntomas clínicos y la etiología de la PC, el uso de los diferentes métodos diagnósticos y los factores predictivos de mala evolución en una serie de 140 pacientes consecutivos con PC, operados en este centro en los últimos 34 años.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en un solo centro de nivel terciario. El comité ético del centro aprobó el estudio. Entre enero de 1978 y mayo de 2012, se trató en el Hospital Universitari Vall d'Hebron a un total de 140 pacientes con una pericardiectomía por una PC confirmada. Un único investigador (Andreu Porta-Sánchez) revisó individualmente las historias clínicas, prestando especial atención a la presencia de enfermedades inflamatorias sistémicas, episodios previos de enfermedades pericárdicas agudas, antecedentes de radioterapia torácica o mediastínica o de CC y las exploraciones clínicas o de imagen empleadas. Se cuantificó el tiempo transcurrido desde la posible enfermedad causal hasta el inicio de los síntomas de PC, así como el tiempo transcurrido hasta la pericardiectomía. Se registraron también las características quirúrgicas, prestando atención a la afección de las capas parietal y

visceral. Se obtuvieron datos de mortalidad y de seguimiento a través de visitas en la clínica ambulatoria, mediante las historias clínicas electrónicas o por teléfono. Se obtuvieron datos del Instituto Nacional de Estadística de España⁶ para generar una población igualada en cuanto a edad y sexo, y se generó una curva de supervivencia de Kaplan-Meier estimada para comparar la mortalidad global a largo plazo de los pacientes del estudio con la de la población general.

Definiciones

Se diagnosticó PC idiopática cuando no se identificaba una etiología. El trastorno tras pericarditis aguda idiopática se definió como PC si se produjo después de un episodio bien definido de pericarditis aguda idiopática (dolor torácico típico, roce pericárdico, alteraciones secuenciales del segmento ST en el electrocardiograma). Se definió como PC tuberculosa cuando se hubiera aislado el bacilo de Koch de una muestra pericárdica o se identificaran granulomas caseosos en una muestra de biopsia. Se diagnosticó PC purulenta cuando el líquido pericárdico era purulento macroscópicamente o tenía un contenido elevado de polimorfonucleares (> 90%). Se diagnosticó PC posquirúrgica cuando la PC se producía después de una intervención quirúrgica a corazón abierto. Se definió PC tras radioterapia por la aparición de la PC después de una irradiación terapéutica del tórax y tras la exclusión de otras causas de PC. De un modo arbitrario, se aplicaron los términos PC aguda, subaguda y crónica, respectivamente, a los pacientes que necesitaron una pericardiectomía antes de los 3 meses, entre 3 y 6 meses o después de 6 meses del inicio de los síntomas clínicos. La calcificación pericárdica se definió por la presencia de calcificación en la radiografía de tórax. La función sistólica ventricular izquierda se consideró anormal si la fracción de eyección del ventrículo izquierdo estimada era < 50%. Los siguientes hallazgos en la ecocardiografía Doppler se consideraron diagnósticos: engrosamiento pericárdico y escotadura (*notch*) en el tabique interventricular, cambios en la velocidad de E superiores al 25% en relación con los movimientos respiratorios, una desaceleración rápida de la onda E, flujo de venas suprahepáticas con morfología en «W» o predominio del componente diastólico con inversión diastólica durante la espiración. La cantidad de derrame pericárdico (DP) se clasificó como leve (< 10 mm de espacio sin ecos en los espacios pericárdicos anterior y posterior), moderada (10–20 mm) o grave (> 20 mm). Se realizaron exploraciones de imagen adicionales para confirmar el engrosamiento y la calcificación pericárdicas (tomografía computarizada [TC]) o para descartar la presencia de una miocardiopatía infiltrante (resonancia magnética). Si el diagnóstico de la PC seguía sin estar claro tras el empleo de las técnicas de imagen, se realizaba un cateterismo cardíaco derecho e izquierdo. La pericardiectomía se llevó a cabo a través de una esternotomía media en todos los casos. Aunque en los últimos 30 años ha habido varios avances quirúrgicos, el abordaje operatorio del tratamiento de la PC no ha cambiado sustancialmente durante este periodo. Se intentó realizar una pericardiectomía amplia (pericardio diafragmático y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012962>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012962>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)