



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – PRESENTACIÓN DE CASOS

Taponamiento cardiaco secundario a pericarditis tuberculosa aguda en un paciente joven, no asociado a inmunosupresión



Hugo A. Paez Ardila^{a,b,*}, Danilo E. Trujillo González^b, Stephanie Ortiz Gómez^b
e Ingrith Motta Rincón^b

^a Área de Infectología, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

^b Área de Medicina Interna, Departamento de Ciencias Clínicas, Hospital Universitario Mayor—Méderi, Bogotá, Colombia

Recibido el 1 de diciembre de 2015; aceptado el 24 de julio de 2016

Disponible en Internet el 24 de octubre de 2016

PALABRAS CLAVE

Pericarditis;
Pericardio;
Corazón;
Taponamiento
cardiaco;
Tuberculosis

KEYWORDS

Pericarditis;
Pericardium;
Heart;
Cardiac tamponade;
Tuberculosis

Resumen La pericarditis tuberculosa representa un pequeño porcentaje de la tuberculosis extrapulmonar, cuyo diagnóstico aún constituye un reto por la variabilidad en su presentación. La terapia antimicrobiana dirigida es el pilar del tratamiento, el cual debe seguirse de manera cercana para evaluar las complicaciones asociadas. A continuación presentamos el caso de un hombre de 25 años de edad, previamente sano, quien cursó con el taponamiento cardiaco y la falla cardiaca aguda secundaria a la pericarditis tuberculosa, cuyo diagnóstico y factores de confusión jugaron un papel importante en el desarrollo del caso.

© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cardiac tamponade secondary to acute tuberculous pericarditis in a young patient, not associated to immunosupresion

Abstract Tuberculous pericarditis represents a small percentage of extrapulmonary tuberculosis; its diagnosis still represents a challenge because of the variability of its presentation. Empirical antimicrobial therapy is the mainstay of treatment, which must be followed closely to assess any associated complications. The case of a 25-year old male, previously healthy, who developed cardiac tamponade and acute heart failure secondary to tuberculous pericarditis, whose diagnosis and confusion factors played an important role as the case progressed, is presented.

© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: hugopaez10@hotmail.com, danedtrujillo92@gmail.com (H.A. Paez Ardila).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.07.010>

0120-5633/© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La pericarditis es una enfermedad inflamatoria del pericardio, esta puede presentarse de manera aislada o asociada a una enfermedad sistémica; su principal etiología es viral pero sus causas son variadas: bacteriana no tuberculosa, postraumática, postradiación, neoplásica, secundaria a patologías estructurales en el tejido adyacente, vasculitis, enfermedades del colágeno y por supuesto bacteriana tuberculosa entre otras. La clínica y los cambios electrocardiográficos son fundamentales para el diagnóstico, además, de los estudios imagenológicos para determinar la presencia del derrame pericárdico y evaluar la función miocárdica, incluyendo esencialmente la radiografía de tórax y el ecocardiograma; otros estudios radiológicos no son necesarios, excepto, cuando se requiere evaluar con detalle los engrosamientos inespecíficos de las capas del pericardio y para realizar un diagnóstico diferencial. Las principales complicaciones asociadas a la pericarditis aguda son: el taponamiento cardiaco, la pericarditis constrictiva y la pericarditis recurrente, entidades que no son excluyentes entre sí¹.

La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas más letales en el mundo y según cifras de la Organización Mundial de la Salud en el año 2014, 9,6 millones de personas en el mundo desarrollaron la infección por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, con unas muertes aproximadas en 1,5 millones; en Colombia para el mismo año se reporta una prevalencia de 39 por cada 100.000 habitantes y una incidencia de 33 por cada 100.000 habitantes, de los 12.321 casos notificados en el año 2014, solo 2.317 se atribuyeron a tuberculosis extrapulmonar². De todos los casos de tuberculosis a nivel mundial, más o menos el 10% corresponde a las formas extrapulmonares y la pericarditis tuberculosa representa menos del 1% de estas formas de tuberculosis extrapulmonar, figurando como el 4% de todos los casos de pericarditis y hasta un 7% de las causas de taponamiento cardiaco. El diagnóstico es complejo, constituye un reto para el profesional de la salud, no obstante, la atención oportuna y el manejo apropiado disminuyen las complicaciones asociadas³. El aumento global en la infección del virus de inmunodeficiencia humana y en particular en algunas regiones del África ha influenciado el incremento de la pericarditis tuberculosa como forma particular de la tuberculosis extrapulmonar, cuya mortalidad en individuos con el virus de inmunodeficiencia humana negativo puede alcanzar hasta el 17% pero en aquellos pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana positivo puede alcanzar hasta el 34%⁴. En Colombia existen pocos estudios que evalúen las características poblacionales y se han descrito algunos casos en la literatura nacional pero, generalmente, se considera que la prevalencia e incidencia encajan dentro de la distribución de la enfermedad a nivel mundial. Hasta el momento de la publicación de este artículo no se habían reportado casos a nivel nacional del taponamiento cardiaco por pericarditis tuberculosa en pacientes no inmunodeprimidos⁵⁻⁹.

Descripción del caso

Un paciente de género masculino de 25 años de edad, sin antecedentes de importancia quien ingresa al servicio de

urgencias por cuadro clínico de aproximadamente 5 días de evolución consistente en dolor torácico bilateral tipo punzada, no irradiado, intensidad fluctuante hasta llegar a 10/10 en la escala visual análoga del dolor, que se exacerba con la inspiración y se asocia a disnea inicialmente de moderados esfuerzos que posteriormente progresa en reposo. En la revisión por sistemas el paciente refiere aparición de forúnculos ocasionales de larga data en diferentes partes del cuerpo y fiebre, rinorrea y tos seca ocasional hace 15 días con resolución espontánea. El paciente niega consumo de sustancias psicoactivas, conductas sexuales de riesgo, diaforesis nocturna o pérdida de peso. Al examen físico de ingreso se encuentra hemodinámicamente estable, sin signos clínicos de bajo gasto, signos vitales en rango de normalidad, no ingurgitación yugular, auscultación cardiopulmonar normal. Dentro de los paraclínicos se toma un electrocardiograma (ver fig. 1) que evidencia elevación difusa del segmento ST con infradesnivel del segmento PR en todas las derivaciones excepto en aVR donde se observa supradesnivel del segmento PR. Se realizó ultrasonido al lado de la cama del paciente con ventana cardiaca que muestra una contracción difusamente comprometida y derrame pericárdico anterior y posterior (ventana subxifoidea de la columna del líquido posterior de 13 mm y anterior de 11 mm). Se realizó el diagnóstico de la pericarditis con derrame pericárdico asociado, se implantó un catéter venoso central dado el riesgo de descompensación hemodinámica y se inició manejo con antiinflamatorio no esteroideo y colchicina. Luego de la estabilización inicial se realizó el ecocardiograma transtorácico que documentó hipoquinesia generalizada, derrame pericárdico leve a moderado con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 29% (reportando aumento en las presiones de fin de sístole en el ventrículo izquierdo con volumen de fin de sístole aproximado de 70 cm³ y volumen de fin de diástole aproximado de 99 cm³) por lo que se decidió trasladar al paciente a la unidad de cuidados intensivos.

Durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos el paciente presentó choque de origen cardiogénico y se inició manejo con el levosimendan y el milrinone, posteriormente, presentó deterioro hemodinámico, signos clínicos y paraclínicos de bajo gasto razón por la cual se inició manejo vasopresor con la noradrenalina. Pese al tratamiento hasta el momento descrito no se obtuvo adecuada respuesta y se implantó un dispositivo de asistencia ventricular con balón de contrapulsación con previa realización de la coronariografía que mostró las arterias epicárdicas sanas. Los reportes de hemocultivos arrojaron resultados negativos y se ampliaron los estudios para el virus de inmunodeficiencia humana, el citomegalovirus, el virus del herpes simple tipo I y tipo II, el virus de la hepatitis A, B y C, y los estudios para enfermedades del colágeno, con resultados igualmente negativos.

El paciente persiste con curso clínico desfavorable y adicional a las características clínicas de choque cardiogénico, exhibe disminución de las resistencias vasculares periféricas y aumento sostenido de la leucocitosis y reactantes de fase aguda por lo que se inicia cubrimiento antibiótico empírico de amplio espectro con la vancomicina y el meropenem. Se realizó el ecocardiograma de control con progresión del derrame pericárdico y el taponamiento cardiaco por lo que se solicita concepto de cirugía cardiovascular que consideró realizar pericardiocentesis, se obtuvo aproximadamente 500

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620325>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620325>

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