

Pericarditis aguda y crónica

F. Roubille, M. Akodad, F. Cransac, H. Zarqane, C. Roubille

Las pericarditis constituyen un amplio conjunto de enfermedades a la vez frecuentes y muy heterogéneas. Entre las pericarditis agudas, es muy frecuente la pericarditis aguda benigna vírica, cuya evolución suele ser favorable. El estudio etiológico generalmente es inútil; el tratamiento asocia antiinflamatorios y colchicina. La complicación más frecuente es la recidiva. En cambio, las formas recidivantes son más raras. El taponamiento es una complicación más rara, pero una urgencia vital, que requiere un tratamiento de urgencia extrema que asocie reposición de volumen y evacuación del derrame. Entre los diagnósticos diferenciales, el dolor torácico debe explorarse escrupulosamente. La miopericarditis constituye una entidad de pleno derecho, tratada en consecuencia. La pericarditis crónica se inscribe en un contexto diferente, pues raramente complica una forma inicialmente aguda. El estudio diagnóstico y el tratamiento son complejos, se basan en un conjunto de argumentos y en un tratamiento pluridisciplinario.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Pericarditis; Miocarditis; Constricción; Taponamiento; Colchicina

Plan

■ Introducción	1
■ Pericarditis aguda	1
Definición	1
Epidemiología	1
Diagnóstico positivo	2
■ Pericarditis crónica	8
Definición	8
Fisiopatología	8
Diagnóstico	8
Diagnóstico diferencial	10
Etiología	10
Evolución	11
Tratamiento	11
■ Conclusión	11

■ Introducción

Las pericarditis aguda y crónica constituyen una amplia familia de enfermedades cardiovasculares. Las formas agudas y las formas crónicas son muy diferentes, no solamente por su presentación, su etiología, etc., sino sobre todo por su pronóstico y su tratamiento. Se trata de enfermedades en la frontera entre la cardiología y las otras especialidades, en particular las referentes a las enfermedades inflamatorias y sistémicas.

Al contrario que la mayoría de las otras enfermedades cardiovasculares, se dispone de pocas recomendaciones internacionales (en particular, no se dispone de ninguna recomendación estadounidense en 2017). Las recomendaciones europeas de 2015 aportaron una actualización importante en el ámbito ^[1] (las anteriores se remontan a hace más de 10 años).

De manera esquemática, se presentan las formas agudas y después las formas crónicas en dos párrafos distintos.

■ Pericarditis aguda

Definición

La pericarditis aguda es una inflamación de las dos hojas del pericardio. El síndrome clínico se asocia frecuentemente, pero no de forma obligatoria, a la presencia de un derrame líquido.

El pericardio (del griego περι [alrededor] y καρδιον [corazón]) está formado por dos hojas:

- el pericardio parietal, que es una bolsa fibrosa que contiene el corazón y la raíz de los grandes vasos;
- el pericardio visceral (o epicardio) es una membrana serosa que recubre todo el miocardio de las cuatro cavidades.

Estas dos hojas están juntas, como un sobre, y constituyen una cavidad «virtual» que fisiológicamente puede contener entre 20-50 ml de líquido, cuya función es proteger el corazón de las infecciones, fijarlo al mediastino (hamaca), lubricar y facilitar así los movimientos cardíacos.

En caso de pericarditis aguda, el proceso inflamatorio implica a las dos hojas pericárdicas. Afluyen las células de la inflamación (polimorfonucleares neutrófilos y linfocitos), se constata un depósito de fibrina y una secreción líquida por la serosa. Esta reacción local suele asociarse a un síndrome inflamatorio sistémico a menos biológico, pero que puede ser diferido.

Epidemiología

Los datos epidemiológicos son antiguos y discutibles (zonas geográficas, prácticas diferentes, etc.). Las enfermedades pericárdicas representarían el 0,1% de las hospitalizaciones, el 5% de las cuales son por dolor torácico ^[2, 3].

Cuadro 1.

Criterios diagnósticos de la pericarditis aguda.

El diagnóstico requiere 2 ítems de los 4 siguientes	
Clínica	Dolor típico
Clínica	Roce pericárdico
ECG	ECG típico (elevación del segmento ST o depresión del segmento PR)
ETT (otra prueba de imagen)	Derrame pericárdico (nuevo o que empeora)
Elementos de confirmación no necesarios para el diagnóstico	
Biología	Inflamación (principalmente CRP)
Prueba de imagen	Argumentos de inflamación del pericardio

ECG: electrocardiograma; ETT: ecografía transtorácica; CRP: proteína C reactiva.

Diagnóstico positivo

El diagnóstico de pericarditis aguda se basa en dos criterios de los cuatro siguientes (dos de ellos clínicos): dolor típico, roce pericárdico, electrocardiograma (ECG) (típico y nuevo) y derrame. El síndrome inflamatorio biológico (proteína C reactiva [CRP]) y la inflamación en las pruebas de diagnóstico por la imagen apoyan el diagnóstico (Cuadro 1).

Clínica**Signos sistémicos**

Estos signos son inconstantes.

Existen signos que preceden al cuadro clínico agudo, en especial un síndrome gripal o pseudogripal en los días anteriores, que sugieren una infección, en particular vírica «sistémica», que implica secundariamente al (mio)pericardio.

Por otra parte, son frecuentes los signos sistémicos «acompañantes», pero no son obligatorios para el diagnóstico. A veces, se encuentran diferidos en el tiempo y con frecuencia constituyen un criterio de gravedad: fiebre entre 38 °C y 38,5 °C, alteración del estado general, sudores, artralgias, mialgias, etc.

Finalmente, afectaciones más específicas también pueden enriquecer el cuadro, en particular una presentación otorrinolaringológica (ORL), respiratoria, digestiva, etc.

Signos funcionales

Se trata principalmente del dolor torácico «pericárdico». Las características deben ser típicas para considerar que se cumple uno de los criterios mayores de diagnóstico. El inicio a menudo es brusco, con un dolor intenso, retroesternal, mediotorácico, sin una auténtica irradiación. Raramente es constrictivo. El dolor suele ser prolongado o intermitente, sin relación con los esfuerzos o el reposo, persiste varias horas e incluso varios días y suele ser angustioso. Típicamente, dos elementos van a favor del carácter pericárdico:

- el aumento del dolor durante la inspiración (que dificulta la respiración, punto que con frecuencia refieren espontáneamente los pacientes);
- el dolor aumenta en decúbito y se busca espontáneamente una posición antálgica, en posición sentada o en anteflexión. Por ello, la presentación a veces es caricaturesca, en un paciente joven sentado, con la respiración contenida.

Exploración física

El examen específicamente cardiovascular busca ante todo el roce pericárdico. A menudo, es difícil de oír, porque es inconstante y fugaz, variable en intensidad o según las condiciones del examen (posición) y, por lo tanto, requiere la repetición del examen. Constituye uno de los elementos principales del diagnóstico. El roce pericárdico se describe clásicamente sin irradiación, en los dos tiempos del ciclo cardíaco (sístole y diástole), es un ruido de vaivén, históricamente descrito como crujido de nieve o de cuero nuevo. El principal signo diferencial es el roce pleural, que se detiene en apnea.

Es indispensable buscar los signos de complicación que, cuando están presentes, dominan a menudo el cuadro. Son los signos

inespecíficos del choque cardiogénico o también un cuadro de insuficiencia cardíaca derecha aguda.

Típicamente, en caso de taponamiento, hay que buscar el pulso paradójico (llamado de Kussmaul), que corresponde a la disminución (e incluso desaparición) de los pulsos durante la inspiración, clásicamente objetivada por una disminución de la presión (arbitrariamente fijada en 10 mmHg). Por lo tanto, existe una disociación entre la percepción de los pulsos y el ritmo cardíaco objetivo, lo cual constituye el aspecto «paradójico».

Es útil completar la exploración física con pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico (Cuadro 1).

Electrocardiograma

El ECG naturalmente es indispensable; constituye, en su forma típica, uno de los elementos principales del diagnóstico y permite reorientar el diagnóstico si es necesario. Clásicamente, la evolución tiene lugar en cuatro estadios:

- el estadio 1 comporta una elevación difusa del segmento ST, en varias derivaciones y sin «imagen en espejo» (Fig. 1). Por lo tanto, no existe un territorio definido, como ocurriría en caso del principal diagnóstico diferencial, que es el infarto de miocardio con elevación del segmento ST. Se trata de modificaciones recientes (de ahí el interés de disponer del ECG de referencia) y no hay que confundirlas con el síndrome de repolarización precoz que se observa a menudo en pacientes jóvenes;
- el estadio 2 corresponde al retorno del segmento ST a la línea isoeletrica, a menudo acompañado por un aplanamiento de la onda T;
- el estadio 3 presenta una negativización de la onda T, también difusa;
- el estadio 4 corresponde a la vuelta a la normalidad en unas semanas o unos meses.

Las anomalías del ECG también pueden afectar al intervalo PQ (o PR), con una depresión del segmento PQ (de al menos 2 mm para que sea significativo), principalmente en D1, D2 o VL.

Pueden encontrarse otras anomalías inespecíficas, como trastornos del ritmo auricular (extrasístoles auriculares, fibrilación auricular, etc.).

Finalmente, hay que buscar e identificar con urgencia signos a favor del taponamiento: microvoltaje que sugiere un derrame importante y, sobre todo, alternancia eléctrica (el eje eléctrico cambia de QRS en QRS, lo cual corresponde al *swinging heart* en las pruebas de imagen).

Pruebas de imagen

El examen clave es la ecocardiografía transtorácica (ETT).

La ETT permite:

- el diagnóstico;
- la evaluación de la gravedad;
- guiar el tratamiento (punción ecoguiada de los derrames amenazadores);
- la vigilancia y la reevaluación de los pacientes.

Diagnóstico en ETT. La ecografía bidimensional permite visualizar el derrame líquido, que aparece como un vacío de ultrasonidos (negro) que separa las dos hojas del pericardio. Los cortes clásicos son útiles y la vía subcostal ofrece a menudo una ventana óptima. De esta manera, se distinguen los derrames circunferenciales y los localizados. La ausencia de derrame pericárdico no descarta en ningún caso el diagnóstico de pericarditis aguda: el derrame puede aparecer secundariamente o puede tratarse de una «pericarditis seca».

Evaluación de la importancia.

- Mínimo, cuando el derrame pericárdico es inferior a 1 cm circunferencial (inferior a 300 cm³).
- De abundancia moderada, cuando el despegamiento está comprendido entre 1 y 2 cm de grosor (cerca de 500 cm³).
- Voluminoso, cuando el despegamiento es superior a 2 cm de grosor (más de 1 litro). Más que la abundancia del derrame, la rapidez con la que se instaura es lo que dicta la tolerabilidad. Un derrame hiperagudo (traumatismo, complicación de una biopsia miocárdica, etc.), aunque mínimo, se tolera mal muy rápidamente, mientras que un derrame crónico moderado a menudo es asintomático.



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757838>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757838>

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