

# Pericarditis agudas y crónicas

A. Millaire

*El término pericarditis agrupa el conjunto de las afecciones inflamatorias del recubrimiento seroso del corazón que constituye el pericardio. La expresión clínica de estas afecciones es muy variable. Se identifican formas agudas sin derrame intrapericárdico (pericarditis seca), formas agudas con derrame, formas recidivantes (pericarditis recurrente) y formas crónicas fibrosantes o calcificantes con afectación del llenado ventricular (pericarditis crónica constrictiva). Aunque la incidencia de este tipo de enfermedad sea baja con respecto a otras, como la cardiopatía isquémica, deben conocerse estos cuadros clínicos, pues todos ellos pueden plantear al médico problemas que pueden ser de tipo diagnóstico (pericarditis aguda que simula un infarto de miocardio, o crónica que simula una insuficiencia cardíaca o una cirrosis hepática), etiológico (pericarditis que revela una afección extracardíaca grave), hemodinámico agudo (derrame que comprime las cavidades cardíacas con un cuadro de taponamiento), hemodinámico crónico (pericarditis constrictiva) o, por último, terapéutico (formas multirrecurrentes). El diagnóstico se basa sobre todo en un conjunto de exploraciones simples y no invasivas que asocian clínica, electrocardiografía y eco-Doppler cardíaco.*

© 2005 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras Clave:** Pericarditis aguda; Pericarditis seca; Pericarditis recurrente; Pericarditis con derrame; Pericarditis constrictiva; Taponamiento; Pericarditis crónica; Adiestolia; Drenaje pericárdico; Pericardiectomía

## Plan

■ Etiopatogenia	1
Patogenia de las distintas formas clínicas	1
Agentes etiológicos y mecanismos patogénicos	2
■ Pericarditis agudas	2
Pericarditis agudas sin derrame (pericarditis seca)	2
Pericarditis de tipo infarto	3
Pericarditis agudas con derrame y taponamiento	4
Pericarditis agudas con derrame no compresivo	5
■ Pericarditis crónicas	6
Pericarditis recurrentes	6
Pericarditis crónicas constrictivas	7
■ Conclusión	8

## ■ Etiopatogenia

### Patogenia de las distintas formas clínicas

La pericarditis aguda es una inflamación aguda de las dos hojas (parietal y visceral) de la serosa pericárdica. Esta reacción inflamatoria está mediada por citocinas (como las interleucinas o el *factor de necrosis tumoral*). La afectación puede seguir siendo limitada a las dos hojas cuya superficie se vuelve congestiva y rugosa, y a menudo aparece cubierta de pseudomembranas. Los movimientos respectivos de estas dos hojas infundidos por los latidos cardíacos producen entonces un ruido especial: el roce

pericárdico. Este caso correspondería a una pericarditis denominada seca.

En algunos casos, además de la afectación propia de las hojas, la inflamación puede dar lugar a la formación de un derrame exudativo intrapericárdico. Se habla entonces de pericarditis con derrame. Cuando el derrame es voluminoso o cuando se forma rápidamente, se puede producir una compresión de las cavidades cardíacas, lo que compromete la hemodinámica cardiocirculatoria. Esta compresión afecta sobre todo a las cavidades derechas, cuyas presiones intracavitarias son más bajas que las de las cavidades izquierdas. El cuadro hemodinámico resultante de un derrame compresivo se denomina taponamiento.

De forma espontánea o con tratamiento, la pericarditis suele evolucionar de manera favorable en un primer tiempo. No obstante, en algunos casos, pueden producirse recidivas a distancia del episodio inicial. Se trata de pericarditis recurrentes que se relacionan con un mecanismo autoinmunitario. Estas pericarditis recurrentes pueden tener una etiología precisa (por ejemplo, en el contexto de una enfermedad sistémica como el lupus) o ser idiopáticas.

En algunos casos, la evolución de una pericarditis puede producirse hacia la cronicidad, con formación de una fibrosis pericárdica. Este tipo de evolución suele producirse en cuestión de años, y conduce a la formación de hojas fibrosas, en ocasiones adherentes entre ellas e incluso calcificadas. Estas hojas constituyen con el tiempo una cubierta inextensible que dificulta el llenado ventricular. Se produce un cuadro de adiestolia con congestión por encima de las cavidades cardíacas, sobre todo de las cavidades derechas. Esto constituye el cuadro de pericarditis crónica constrictiva.

**Cuadro I.**Clasificación etiopatogénica de las pericarditis (modificada de Lorell <sup>[1]</sup>).

Clase	Cuadro nosológico	Etiologías detalladas
Pericarditis infecciosas	Virales	Coxsackie A y B, ecovirus, sarampión, parotiditis, gripe, mononucleosis infecciosa, varicela, rubéola, hepatitis, SIDA, citomegalovirus, <i>Coxiella burnetti</i> (fiebre Q), herpes
	Tuberculosas	Purulentas (estreptococo, estafilococo, bacilos gramnegativos, gonococo, meningococo, <i>Nocardia</i> , <i>Francisella tularensis</i> ) o no purulentas ( <i>Legionella</i> , micoplasma, <i>Borrelia burgdorferi</i> [enfermedad de Lyme])
	Bacterianas	
	Parasitarias	<i>Toxoplasma gondii</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Echinococcus granulosus</i> , <i>Actinomyces</i> , <i>Histoplasma capsulatum</i> , coccidioidomicosis, <i>Candida</i> , blastomicosis
Pericarditis por sensibilización o autoinmunitarias	Fiebre reumática	
	Enfermedades sistémicas	Lupus, artritis reumatoide, esclerodermia, enfermedad mixta del tejido conjuntivo, vasculitis (síndrome de Wegener, panartritis nodosa, enfermedad de Horton, síndrome de Churg-Strauss, enfermedad de Behçet), sarcoidosis, amiloidosis, colitis inflamatorias, enfermedad de Whipple, enfermedad de Kawasaki, fiebre mediterránea familiar
	Iatrogénicas medicamentosas	Hidralazina, procainamida, difenilhidantoína, isoniazida, fenilbutazona, dantroleno, antraciclinas, metisergida, penicilinas, minoxidil
	Postlesional (retrasada)	Postinfarto (síndrome de Dressler), pospericardiotomía
Pericarditis secundarias a una afectación de un órgano contiguo	Enfermedad miocárdica	Infarto de miocardio (fase aguda), miocarditis
	Enfermedad aórtica	Diseción o aneurisma
	Enfermedad pulmonar	Embolia pulmonar, neumonía
	Enfermedad esofágica	Úlcera, esclerosis de varices esofágicas
Pericarditis neoplásicas	Enfermedades malignas	Tumores pericárdicos primarios o metástasis de neoplasias extrapericárdicas (pulmón, mama, esófago), melanoma, hemopatías malignas (leucemia, enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, síndrome hipereosinofílico)
Pericarditis secundarias a una alteración metabólica	Insuficiencia renal	
	Hipotiroidismo	
Pericarditis traumáticas (mecánica o física)	Postrumática	Traumatismo torácico abierto o cerrado, cateterismo y marcapasos
	Posradiación	
Otras	Quilosa	
	Colesterólica	
	Pancreatitis	

## Agentes etiológicos y mecanismos patogénicos

Agentes nocivos de naturaleza muy diversa pueden, al afectar al pericardio, producir una reacción inflamatoria de esta serosa. Dicha agresión del pericardio puede deberse a agentes infecciosos (virus, bacterias, parásitos, levaduras), susceptibles de irritar el pericardio directamente o por medio de la reacción inmunitaria que desencadenan (por ejemplo, en la fiebre reumática). Este tipo de mecanismo inmunitario también explica la patogenia de las pericarditis por hipersensibilidad o autoinmunitarias (que se producen en el transcurso de algunas colagenosis o de reacciones de hipersensibilidad a fármacos). Se acercan a este mecanismo las pericarditis que aparecen tardíamente tras un infarto de miocardio (síndrome de Dressler) o tras una cirugía cardíaca. El agente de irritación también puede estar representado por células neoplásicas que provienen de metástasis tras diseminación hematológica, de una invasión por contigüidad a partir de una neoplasia torácica o, por último, de un tumor pericárdico primario. El agente también puede ser mecánico (en caso de traumatismo), físico (radioterapia) o químico (enzimas pancreáticas en caso de pancreatitis, cristales de colesterol en caso de pericarditis colesterólica). En caso de pericarditis urémica (cuya frecuencia ha disminuido claramente con la práctica extensa de la depuración extrarrenal), la patogenia podría ser multifactorial, por un efecto tóxico de los productos del metabolismo nitrogenado, una inflamación hidrosalina, alteraciones de la coagulación o una infección intercurrente. En el mixedema, la usual existencia de una poliserositis habla en favor de una inflamación hidrosalina.

Las potenciales etiologías de las pericarditis son numerosas. En el Cuadro I se adjunta una lista detallada, pero no exhaus-

tiva <sup>[1]</sup>. Cuando no se demuestra ninguna etiología, se habla de pericarditis idiopática (o criptogénica).

## ■ Pericarditis agudas

El cuadro clínico y el seguimiento diagnóstico difieren en función de la presencia o no de un derrame pericárdico.

### Pericarditis agudas sin derrame (pericarditis seca)

La forma típica y más frecuente de pericarditis aguda seca es la pericarditis viral. El cuadro de la pericarditis aguda benigna idiopática es idéntico, y probablemente corresponda a una viriasis no identificada. El cuadro clínico y electrocardiográfico suele ser muy evocador. El inicio es en general brutal, en un contexto de infección reciente de las vías respiratorias superiores. El dolor precordial es intenso, de localización perimamaria o retroesternal. Este dolor puede simular una cardiopatía isquémica, pero su aumento con la inspiración profunda y su variabilidad según la posición del paciente son signos muy sugestivos. Suele observarse febrícula. El roce es un argumento diagnóstico fundamental, pero se observa pocas veces, debido a su carácter transitorio y fugaz. Su búsqueda requiere auscultar al paciente en múltiples ocasiones, cambiando la posición del paciente durante la auscultación. Los signos electrocardiográficos son los mejores argumentos del diagnóstico positivo. Se caracterizan por alteraciones de la repolarización ventricular que se modifican en el tiempo y se agrupan en cuatro estadios (Cuadro II). La supradesnivelación del segmento ST suele ser cóncava hacia arriba. La asociación a una infradesnivelación del

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9294482>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9294482>

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