

## ENFERMEDADES DEL PERICARDIO

**Dra. Carmen Santandreu García**  
M.I.R. en Medicina Familiar y Comunitaria

Síndrome producido por la inflamación del pericardio. Se caracteriza por la tríada: dolor torácico, roce pericárdico y alteraciones de la repolarización de carácter evolutivo en el electrocardiograma. Para emitir el diagnóstico de pericarditis aguda es necesario que se cumplan al menos dos de los tres criterios mencionados.

### ETIOLOGIA

- Idiopática
- Infecciosa: virus (gripe, adenovirus, etc.), bacterias (*M. tuberculosis*, neumococos, estafilococos, estreptococos, etc.), hongos, etc.
- Infarto agudo de miocardio (pericarditis epistenocárdica)
- Postinfarto agudo de miocardio (síndrome de Dressler)
- Urémica
- Neoplásica (primaria o metastásica: pulmón, mama, leucemia, linfoma)
- Enfermedades autoinmunes: lupus eritematoso sistémico, fiebre reumática, esclerodermia, artritis reumatoide
- Enfermedades inflamatorias: amiloidosis, sarcoidosis
- Traumática (pospericardiotomía, perforación ventricular por catéter, golpe torácico)
- Por radiaciones
- Otras: fármacos, quilopericardio, hipotiroidismo, disección aórtica

### DIAGNÓSTICO

Es fundamentalmente clínico (dolor torácico, fiebre y roce pericárdico) y electrocardiográfico. El dolor suele localizarse en la región precordial o retroesternal con irradiación a cuello, trapecio izquierdo y hombros. Suele aumentar con la tos, la inspiración profunda, la deglución, el decúbito supino y disminuye con la flexión del cuerpo hacia delante. Además pueden existir fiebre y síntomas catarrales, así como disnea ante la necesidad de hacer respiraciones más superficiales para disminuir el dolor. El dolor puede durar desde horas hasta días, no guarda relación con el ejercicio y no se modifica con la administración de nitroglicerina.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

**Roce pericárdico:** patognomónico de la pericarditis aguda, puede ser sistólico, diastólico o mixto, y de intensidad variable. Se ausculta en la zona inferior del borde esternal izquierdo, con el paciente sentado o inclinado hacia delante.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **ECG:** se han descrito 4 estadios de evolución:
  - **I:** elevación del ST cóncavo en todas las derivaciones con ondas T (+) excepto en aVR y V1. Puede haber depresión del segmento PR (signo precoz).
  - **II:** aparece varios días después. Normalización de los segmentos ST y PR y aplanamiento de la onda T.
  - **III:** Inversión de la onda T.
  - **IV:** normalización de la onda T. Puede ocurrir semanas o meses después del cuadro clínico, por lo que la permanencia durante este tiempo de la inversión de la onda T no debe interpretarse como persistencia de la enfermedad.



- **RX Tórax:** es normal en la pericarditis aguda no complicada. Útil en el diagnóstico cuando existe derrame pericárdico, encontrando aumentada la silueta cardíaca.
- **Hemograma:** puede existir leucocitosis o leucopenia.
- **Bioquímica:** en la pericarditis urémica se elevan la urea y la creatinina; cuando se asocia a miocarditis se elevan CK, CK-MB, troponina.
- **Eccardiograma:** indicado en urgencias, sólo cuando exista duda diagnóstica o sospecha de taponamiento cardíaco.

**TRATAMIENTO**

- Reposo en cama mientras exista fiebre y dolor torácico.
- Antiinflamatorios no esteroideos vía oral:
  - AAS 500 mg cada 6 horas ó
  - Acetilsalicilato de lisina 1.800 mg cada 6 horas ó
  - Dexibuprofeno 400 mg cada 8 horas ó
  - Indometacina 50 mg cada 8 horas.

El tratamiento se mantiene durante 15 días, transcurridos los cuales se mantiene la medicación a la mitad de dosis durante 15 días más. Los corticoides no son fármacos de 1ª elección, sólo se considerará su uso en casos de persistencia del dolor intenso o fiebre alta rebelde a AINEs, pericarditis recidivantes y pericarditis crónicas de causa no infecciosa. Se administra Prednisona 60 mg/día durante 7 días en pauta descendente cada 3 días.

**CRITERIOS DE INGRESO**

- Inestabilidad hemodinámica
- Deterioro del estado general
- Miocarditis asociada
- Sospecha de enfermedad sistémica grave

**TAPONAMIENTO CARDIACO**

Síndrome producido por el aumento de presión intracardiaca, secundaria a la acumulación de líquido pericárdico, lo que dificulta el llenado de las cavidades cardíacas y disminuye el gasto cardíaco.

**ETIOLOGIA**

Cualquier agente que provoque una pericarditis, puede provocar un taponamiento cardiaco, si bien lo más frecuentes son las neoplasias, la uremia y las pericarditis virales.

**DIAGNÓSTICO**

Es clínico: sospecharlo ante un paciente con deterioro hemodinámico (hipotensión arterial, taquicardia y taquipnea), ingurgitación yugular y pulso paradójico. La principal manifestación clínica es la disnea.

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

- **Hemograma, bioquímica** (incluyendo enzimas de daño miocárdico) **y coagulación.**
- **Gasometría arterial.**
- **ECG:** podemos encontrar alternancia eléctrica y disminución del voltaje.
- **RX Tórax:** puede verse aumento de la silueta cardiaca en el taponamiento subagudo o crónico. En el taponamiento agudo la silueta cardiaca es normal.
- **Ecocardiografía:** debe realizarse siempre ante la sospecha de un taponamiento. Se detecta movimiento paradójico de la pared cardiaca.

**TRATAMIENTO**

Todo taponamiento cardiaco es subsidiario de ingreso hospitalario, preferentemente en UCI.

**Objetivos del tratamiento:** aumentar la precarga y el gasto cardiaco, así como mantener o mejorar el estado hemodinámico del paciente.

- Monitorización de constantes.
- O<sub>2</sub> en VMK al 50 % o en mascarilla resevorio.
- Sondaje vesical con control de diuresis horaria.
- Fluidoterapia: coloides, Ringer lactato o SF (300 ml en 20 minutos, repitiendo tantas veces sea necesario, dependiendo de la respuesta hemodinámica del paciente).
- Administración de fármacos inotropos: DOPAMINA
- Pericardiocentesis subxifoidea, cuando no hay respuesta a las medidas anteriores.

**PERICARDITIS CONSTRICTIVA**

Síndrome caracterizado por el engrosamiento fibroso y calcificación del pericardio, que impide la relajación diastólica ventricular, ocasiona la caída del volumen sistólico y causa deterioro hemodinámico al disminuir la fracción de eyección y el volumen minuto cardíaco, al no ser compensado por la taquicardia. La congestión pulmonar y sistémica subsecuente y el bajo volumen minuto cardíaco simularán una insuficiencia cardíaca congestiva.

**ETIOLOGIA**

Cualquier pericarditis puede evolucionar a ella, pero con más frecuencia lo hacen la pericarditis tuberculosa, purulenta, hemorrágica y los derrames post-radioterapia y post-cirugía cardíaca.

**DIAGNÓSTICO**

- **Clínica:** insuficiencia cardíaca derecha progresiva.
- **Exploración:** aumento de la presión venosa yugular con la inspiración (signo de Kussmaul).

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

- **ECG:** muy inespecífico con voltajes bajos del QRS.
- **Rx Tórax:** calcificación de pericardio en proyección lateral. Silueta cardíaca normal o aumentada, según exista o no derrame pericárdico.
- **Hemograma y bioquímica** con enzimas miocárdicos.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Cirrosis hepática
- Estenosis tricúspidea
- Miocardiopatías

**TRATAMIENTO**

El tratamiento específico es la pericardiectomía.