

Pericarditis Constrictiva

Constrictive pericarditis

Carlos Raúl Santa María-Ramírez¹ 

RESUMEN

La pericarditis constrictiva es el estadio final de una patología infrecuente, lentamente progresiva, potencialmente reversible, con predominio en hombres, caracterizada por fibrosis y pérdida de la elasticidad del pericardio, provocando disfunción ventricular diastólica e insuficiencia cardíaca congestiva. El diagnóstico es clínico-imagenológico, siendo la ecocardiografía transtorácica bidimensional doppler la técnica de elección en la evaluación inicial. El tratamiento es generalmente quirúrgico.

Palabras clave: pericardio, pericarditis constrictiva, pericardiectomía, colchicina.

Fecha de recepción: marzo 2024; fecha de aceptación: mayo 2024

¹ Universidad Privada del Este, Asunción – Paraguay

Autor de correspondencia: Carlos Raúl Santa María-Ramírez. Email: krlitoz26@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons.

ABSTRACT

Constrictive pericarditis is the final stage of a rare, slowly progressive, potentially reversible pathology, predominantly in men, characterized by fibrosis and loss of elasticity of the pericardium, causing diastolic ventricular dysfunction and congestive heart failure. The diagnosis is clinical-imaging, with two-dimensional transthoracic Doppler echocardiography being the technique of choice in the initial evaluation. Treatment is generally surgical.

Keywords: pericardium, constrictive pericarditis, pericardiectomy, colchicine.

INTRODUCCIÓN

La Pericarditis Aguda (PA), considerada la patología más frecuente del pericardio, es la inflamación súbita de la membrana que recubre al corazón, de incidencia y prevalencia desconocidas con evolución benigna, autolimitada y sin complicaciones relevantes (Martínez Monzonís, 2021). El 1,8% de las PA por persistencia del proceso inflamatorio da lugar a la pericarditis constrictiva (PC) (Martínez Monzonís, 2021; Hechavarría, 2022), estadio final de una patología poco frecuente [1% de prevalencia en adultos y desconocida en niños] (Ortolá Martínez, 2019), lentamente progresiva, potencialmente reversible (Hechavarría, 2022), con predominio en hombres, caracterizada por fibrosis y pérdida de la elasticidad del pericardio, provocando disfunción diastólica grave e insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) de predominio derecho, por limitación en el llenado cardíaco ventricular diastólico (en los últimos 2/3) producto del engrosamiento y rigidez de membrana, con gran repercusión en la capacidad funcional y calidad de vida de los que la padecen (Martínez Monzonís, 2021; Ortolá Martínez, 2019; Hechavarría, 2022; Otero, 2021; Quispea, 2019). El grosor normal es <2mm, y si es >4mm es compatible con PC (Ortolá Martínez, 2019; Hechavarría, 2022). Cabe aclarar que alrededor del 20% de los casos pueden ocurrir con grosor normal (Hechavarría, 2022; Quispea, 2019). Las causas son múltiples: idiopáticas (54%), infecciosas (35%) [por *Mycobacterium tuberculosis* (primera causa infecciosa en países subdesarrollados) o *VIH*], por colagenopatías, antecedentes quirúrgicos cardíacos, neoplasias, traumas, medicamentos, asbestosis, entre otros (Ortolá Martínez, 2019; Quispea, 2019). Suele presentarse asintomática u oligosintomática (principal síntoma: disnea) pasando desapercibida hasta

llegar a fases avanzadas, observándose un retraso diagnóstico de hasta 24 meses desde el inicio de los síntomas (Ortolá Martínez, 2019). Identificarla constituye un verdadero desafío clínico y se sustenta en bases clínicas e imagenológicas (Martínez Monzonís, 2021; Ortolá Martínez, 2019; Hechavarría, 2022), siendo la ecocardiografía transtorácica (ETT) bidimensional doppler, la técnica de elección en la evaluación inicial de afecciones pericárdicas [88% sensibilidad y 95% valor predictivo positivo] (Hechavarría, 2022; Quispea, 2019). La ecocardiografía multimodal permite mejor caracterización de manera no invasiva (Otero, 2021). Los signos ecocardiográficos son: engrosamiento pericárdico, disquinesia del tabique interventricular [hallazgo frecuente conocido como “*rebo-te septal*”] (Hechavarría, 2022), dilatación auricular (principalmente izquierda), dilatación y ausencia de colapso de la Vena Cava Inferior en inspiración, y variaciones respiratorias del flujo de la válvula mitral (>25%) y tricúspidea (>40%) (Ortolá Martínez, 2019; Hechavarría, 2022). La tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear cardíaca (RMNC) son más sensibles que la ETT para detectar incremento del grosor [ver imagen] (Hechavarría, 2022). La RMNC con un 93% de sensibilidad es considerada la técnica de elección para el diagnóstico de esta enfermedad, sin embargo, la falta de disponibilidad limita su aplicación (Hechavarría, 2022). El cateterismo cardíaco no es un estudio de rutina, y se utiliza cuando los resultados de ETT son inconclusos y/o no se cuentan con RMNC (Ortolá Martínez, 2019; Hechavarría, 2022; Quispea, 2019). El tratamiento de primera línea es generalmente quirúrgico [pericardiectomía visceral: radical o total] (Ortolá Martínez, 2019; Hechavarría, 2022; Otero, 2021), salvo en la pericarditis constrictiva transitoria cuya resolución es espontánea. Últimamente,

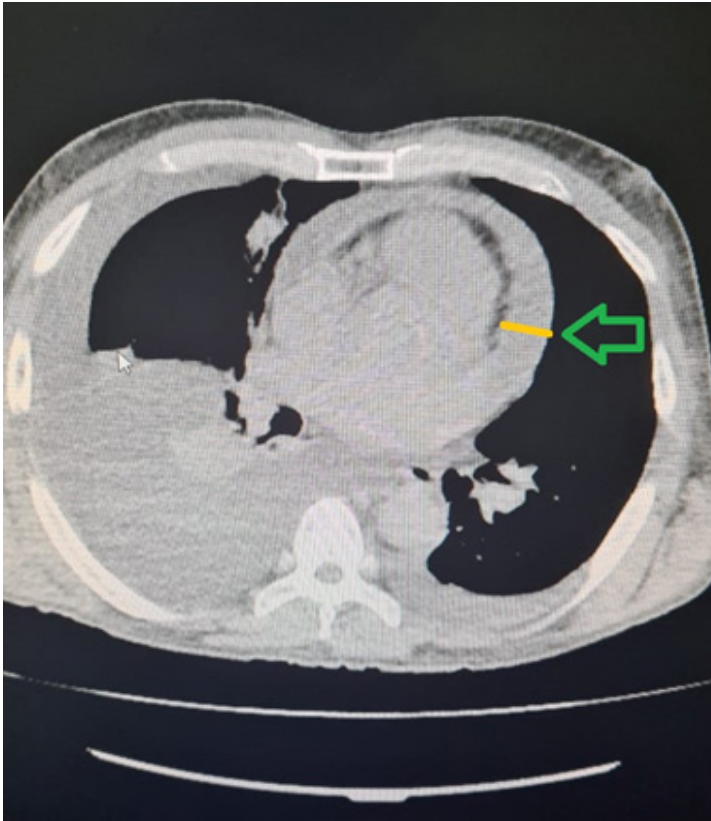
el tratamiento farmacológico ha sufrido cambios importantes, añadiendo colchicina a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como medicamento de primera línea, para prevenir recidivas (Martínez Monzonís, 2021; Otero, 2021). El tratamiento definitivo instaurado de forma precoz es esencial para un pronóstico favorable y evitar complicaciones miocárdicas irreversibles (Ortolá Martínez, 2019; Hechavarría, 2022). El pronóstico tras la ci-

rugía depende de diversos factores [edad, comorbilidades, etiología, clase funcional preoperatoria de la ICC] (Hechavarría, 2022; Otero, 2021).

Diagnóstico diferencial: enfermedades que cursan con dolor torácico, cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca y miocardiopatía restrictiva (Ortolá Martínez, 2019; Hechavarría, 2022; Quispea, 2019).

IMÁGENES:

1. TAC que evidencia: derrame pleural bilateral a predominio derecho, más engrosamiento circunferencial del pericardio (ver flecha).



REFERENCIAS

1. Hechavarría S, Zorio B, Rodríguez V, Álvarez R, González A, Bencomo L. Oct-Dic (2022). Pericarditis constrictiva: Diagnóstico desde la multimodalidad de imagen, a propósito de ocho casos. *Revista Sociedad Cubana de Cardiología "CorSalud"*, 14 (4), 393-399. <file:///C:/Users/Carlos/Downloads/812-4320-1-PB.pdf>

2. Martínez Monzonís A, Otero García O, Abou Johk C, García Campos A, González Juanetey JR. (2021). Pericarditis aguda. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Serie 13, N° 43, 2495-2507.* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8103493>

3. Ortolá Martínez MR, Dvorkin J, Sollitto G, Conejeros W, Garrido M, Cazalas M. (2019). Hepatomegalia como forma de presentación en pericarditis constrictiva. Caso clínico pediátrico. *Arch Argent Pediatr*, 117 (5); págs. 523-526 <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n5a25.pdf>

4. Otero O, Abou-Jokh C, Martínez A, Cacho C, González J.R. 2021. Pericarditis constrictiva. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, Serie 13, N° 43, 2517-253.* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8103495>

5. Quispea R, Villablanca P., García M. (2019). Pericarditis constrictiva: multimodalidad. *Revista Colombiana de Cardiología*, 26 (1), 123-133. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563319300415>

Agradecimientos: Al Dr. Mario González, Jefe del Servicio de Clínica Médica del Hospital General Barrio Obrero (año 2022) por el apoyo brindado para la realización del presente trabajo.

BIOGRAFÍA

Carlos Raúl Santa María-Ramírez

- Médico-cirujano egresado en la Universidad Privada del Este, Asunción – Paraguay.
- Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Centro Médico Bautista, Asunción – Paraguay. Certificado por la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar.
- Especialista en Didáctica Universitaria y Evaluación de la Educación Superior. Universidad Privada del Este, Asunción – Paraguay.

<https://orcid.org/0000-0002-8663-4148>