

Imagen cardíaca

4 PERICARDITIS EFUSO-CONSTRICTIVA

Leonardo Galeano¹, Virginia Beneditto², Lucía Florio²

1. CAMCEL Cerro Largo. 2. Sanatorio Americano.

Introducción: la infección por SARS-CoV-2 se ha asociado a múltiples complicaciones cardiovasculares (miocarditis, arritmias y embolias). El daño miocárdico (definido por elevación de troponinas) ocurre en un 7%-17% de los pacientes hospitalizados y es más frecuente en quienes ingresan a UCI (22,2%) o quienes fallecen (59%).

Caso clínico: varón de 38 años, tabaquista de 15 cigarrillos al día. Cursó infección por SARS-CoV-2 con síntomas leves, dado de alta en abril de 2021. En junio acudió a emergencia por dolor tipo puntada en hemitórax derecho, que aumenta con la inspiración y disnea de esfuerzo CF II-III. Al ingreso normotenso y en apirexia. En lo CV una frecuencia cardíaca de 123 cpm, ruidos bien golpeados, no tercer ni cuarto ruido, sin soplos ni roce. Campos pleuropulmonares sin estertores. El ECG evidenció RS de 120 cpm, P y PR normales, QRS fino, inversión de ondas T difusas, ondas T positivas en AVR y V1, QT normal (figura 1). Marcadores inflamatorios elevados (PCRas: 8,87 mg/l; normal entre 0,0 mg/l y 0,50 mg/l, VES de 72 mm; normal inferior a 15 mm). Troponinas cardíacas (a las 0 h y a las 6 h) 0,21 ng/ml y 0,35 ng/ml, respectivamente; normal inferior a 0,10 ng/ml. La RxTx mostró ICT <0,5, fondos de saco libres, sin consolidación parenquimatosa (figura 1). Por las características del dolor y los hallazgos paraclínicos se sospechó miopericarditis aguda y se realizó un ETT que mostró un VI de dimensiones normales, disquinesia septal, derrame pericárdico leve (9 mm), sin colapso de las cámaras cardíacas derechas, vena cava inferior dilatada. Se inició tratamiento con colchicina 0,5 mg cada 12 h e ibuprofeno 600 mg cada 8 h, con resolución completa de los síntomas. La cardio RNM (figura 2) evidenció derrame pericárdico leve de 5 mm, engrosamiento difuso del pericardio (4,2 mm), edema del pericardio visceral y parietal con intenso realce tardío de gadolinio. Las imágenes de cine mostraron movimiento anormal del SIVD con marcado rebote protodiastólico (*knock* pericárdico) y aplanamiento inspiratorio del tabique interventricular, lo que indica interdependencia ventricular y constricción pericárdica.

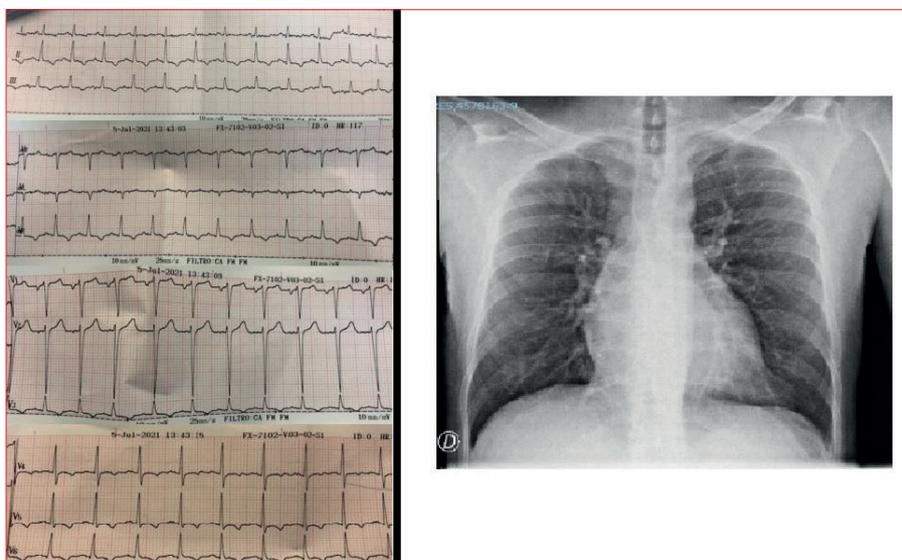


Figura 1

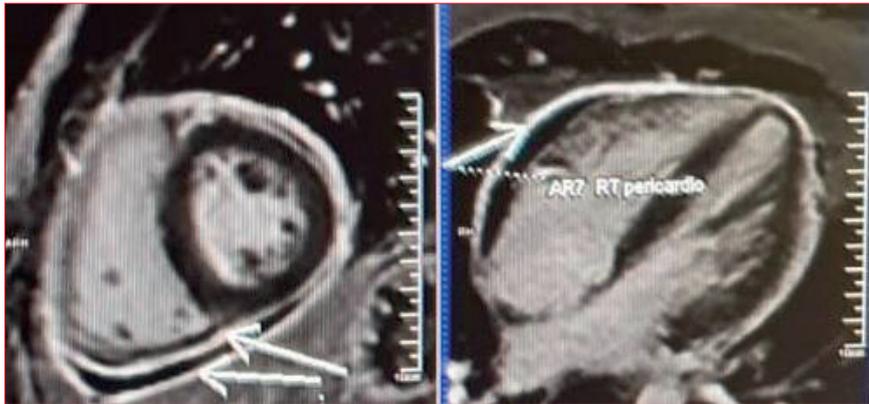


Figura 2

Diagnóstico: pericarditis efuso-constrictiva posinfección por SARS-CoV-2.

Discusión: no se identificó una etiología clara de la miopericarditis. Las pruebas virales para VIH, virus de hepatitis C, Coxsackie, citomegalovirus y virus de Epstein-Barr dieron negativo para infecciones agudas. Se descartaron enfermedades autoinmunes. La tuberculosis se consideró improbable ya que el paciente no presentó síndrome toxibacilar y los signos radiológicos de afectación pulmonar estaban ausentes. En base al antecedente de infección por SARS-CoV-2 planteamos la hipótesis de que la miopericarditis efuso-constrictiva fuera una complicación cardiovascular de evolución subaguda. Al mes de seguimiento el paciente estaba asintomático, pero la PCR y VES aún estaban levemente elevadas (1,8 mg/l y 33 mm, respectivamente), el ETT de control mostró una reducción en el derrame pericárdico, sin fisiología constrictiva. La RxTx evidenció sectores de pericardio hiperrefringente a derecha (figura 1) por lo que se solicitó TAC de Tx que está pendiente. El paciente continuó con tratamiento con base en corticoides, prednisona 20 mg al día.