

Pericarditis constrictiva: relevancia clínica de estudios diagnósticos

Fabrizio Corderi¹; Ramiro Arismendi¹; Patricio Russo¹; Leandro Cura¹; Alejandro Perez¹

1 - Cardiocentro ASESP.

Introducción

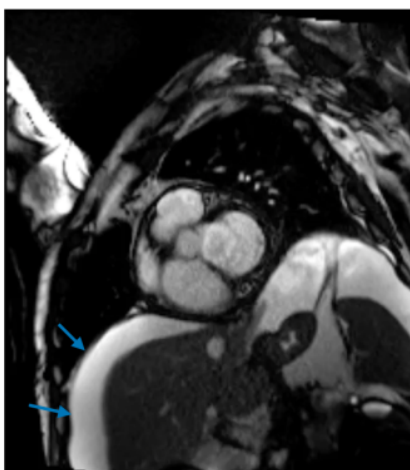
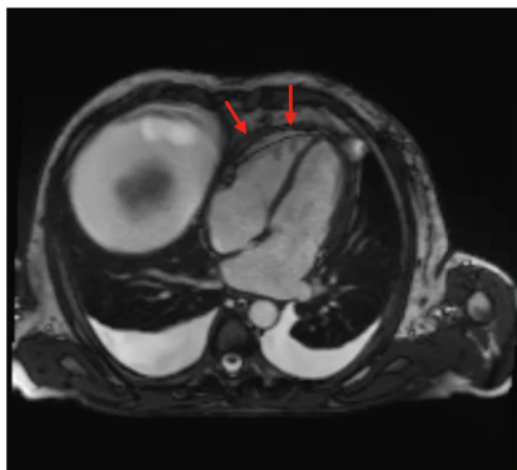
La pericarditis constrictiva es una entidad que puede presentar un reto diagnóstico. El objetivo de este artículo, es realizar la presentación de un caso clínico y discusión de la importancia e indicación, de los estudios diagnósticos de imagen, que puedan facilitar el diagnóstico de esta patología.

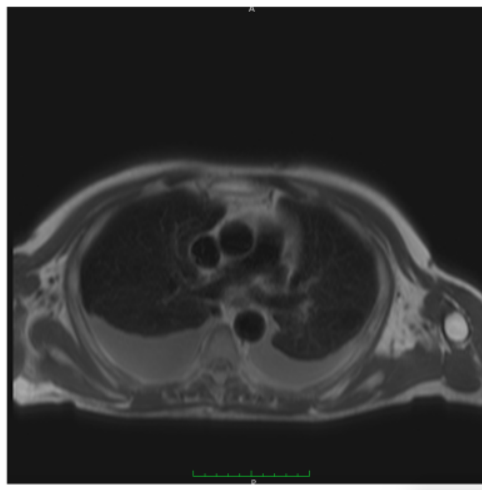
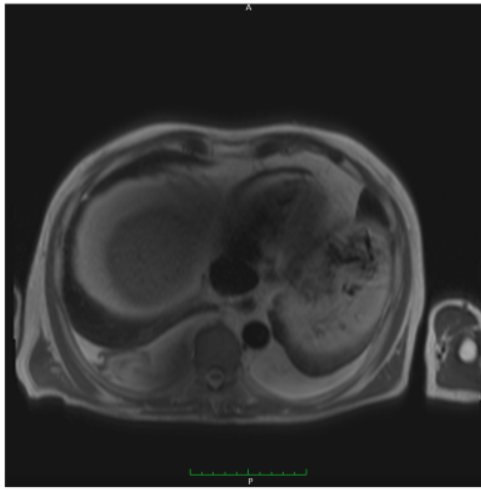
Caso Clínico

Masculino de 66 años. Antecedentes personales: HTA, dislipémico, síndrome antifosfolipídico con TEP en 2021 bajo anticoagulación con warfarina, ex tabaquista. Febrero 2022 debuta con IC descompensada a predominio derecho, con derrame pleural y elementos de hipertensión venocapilar sistémica dados por ascitis y edema de miembros inferiores.

Pruebas complementarias

•ECG: ritmo sinusal de 79 ciclos por minuto, con onda P y segmento PR normales, presencia de microvoltaje en todas las derivadas a predominio de derivadas inferiores, sin alteraciones a nivel de la repolarización. Eje eléctrico 30°. •Ecocardiograma transtorácico que evidencia dilatación biauricular, ventrículos de tamaño normal, bajo volumen latido del ventrículo izquierdo (IC 2,0 L/min/m²), FEVI 60%. Llenado mitral con predominio de la onda E, con pendiente de desaceleración pronunciada. Inversión de la relación onda e septal/lateral (ánulos reversos). Vena cava inferior severamente dilatada sin colapso inspiratorio. Derrame pleural bilateral y líquido de ascitis. •CR: movimiento anormal del septum interventricular con desplazamiento hacia el ventrículo izquierdo en inspiración. Engrosamiento pericárdico global, que rodea todo el corazón y grandes vasos. Zona de mayor engrosamiento a nivel de pared libre del ventrículo derecho (6 mm). Ausencia de deslizamiento entre hojas pericárdicas y el miocardio subyacente a nivel de la cara lateral del ventrículo izquierdo. Dilatación de ambas venas cavas (VCI 36mm, VCS 22mm). Elementos sugestivos de fibrosis/inflamación a nivel de todo el pericardio • Cateterismo derecho evidencia ausencia de hipertensión arterial pulmonar y hallazgos hemodinámicos compatibles con pericarditis constrictiva, dados por: curva de AD con imagen en “W”, curva de VD con imagen de “dip and plateau”, igualaciones de presiones en VD, VI y AD al final de la diástole, patrón discordante de interdependencia ventricular en registro de presiones simultáneas de ambos ventrículos durante la respiración.





Diagnóstico

Con planteo de pericarditis constrictiva se decide pericardiectomía anterior mediante esternotomía con conservación de nervios frénicos. Se destaca la presencia de microvoltajes a nivel del ECG y PVC de 32mmHg al inicio de la cirugía, y la normalización del voltaje y descenso de la PVC a 12mmHg post pericardiectomía inmediata. Se realizó control con ETE intraoperatorio que evidenció un aumento inmediato del índice cardíaco a 2,6 L l/min/m².

Discusión

En la actualidad, es fundamental recurrir a la multimodalidad de estudios de imagen para un correcto diagnóstico y tratamiento. La ecocardiografía es un estudio fácilmente accesible, pero no siempre es definitivo y es técnico-dependiente. Si bien en este caso, presentó hallazgos típicos que coinciden con nuestro diagnóstico, generalmente es necesario completar la valoración mediante otros estudios diagnósticos de imagen. La CR aporta otros datos anatómicos (permitiendo delimitar el pericardio y valorando inflamación) y funcionales (patrón de llenado y flujo venoso restrictivo, igualación de presiones ventriculares). El cateterismo derecho es fundamental al momento de valorar las repercusiones hemodinámicas de dicha patología y tomar conductas definitivas.
