

Número: 051  
GT: Cirugía Cardíaca  
Tipo: Caso Clínico  
País: Uruguay  
Idioma: es

**Caso clínico: Pericarditis efusiva constrictiva, una patología quirúrgica infrecuente.**

Sofía Rodríguez<sup>1</sup>; Maximiliano Rodríguez<sup>1</sup>; Martín Antelo<sup>1</sup>; Pablo Straneo<sup>1</sup>

*1 - Cátedra de Cirugía Cardíaca, Centro Cardiovascular Universitario, Montevideo, Uruguay.*

**Introducción**

La pericarditis efusiva constrictiva es una patología poco frecuente que combina elementos de constricción pericárdica junto a derrame pericárdico. En ocasiones se presenta como taponamiento cardíaco, sin embargo su desarrollo puede tardar incluso años desde la exposición a la noxa responsable. Su etiología es muy variada, lo que incluye desde causa vírica, post radioterapia, tuberculosis, siendo ésta última más prevalente en países subdesarrollados. La restricción del movimiento cardíaco, producto de fibrosis y calcificación pericárdica, producen congestión del circuito venoso a nivel sistémico y pulmonar con menor llenado de cavidades cardíacas en diástole, produciendo así un menor volumen de eyección efectivo. Su importancia radica en su elevada mortalidad perioperatoria, alcanzando valores de hasta 20%

**Caso Clínico**

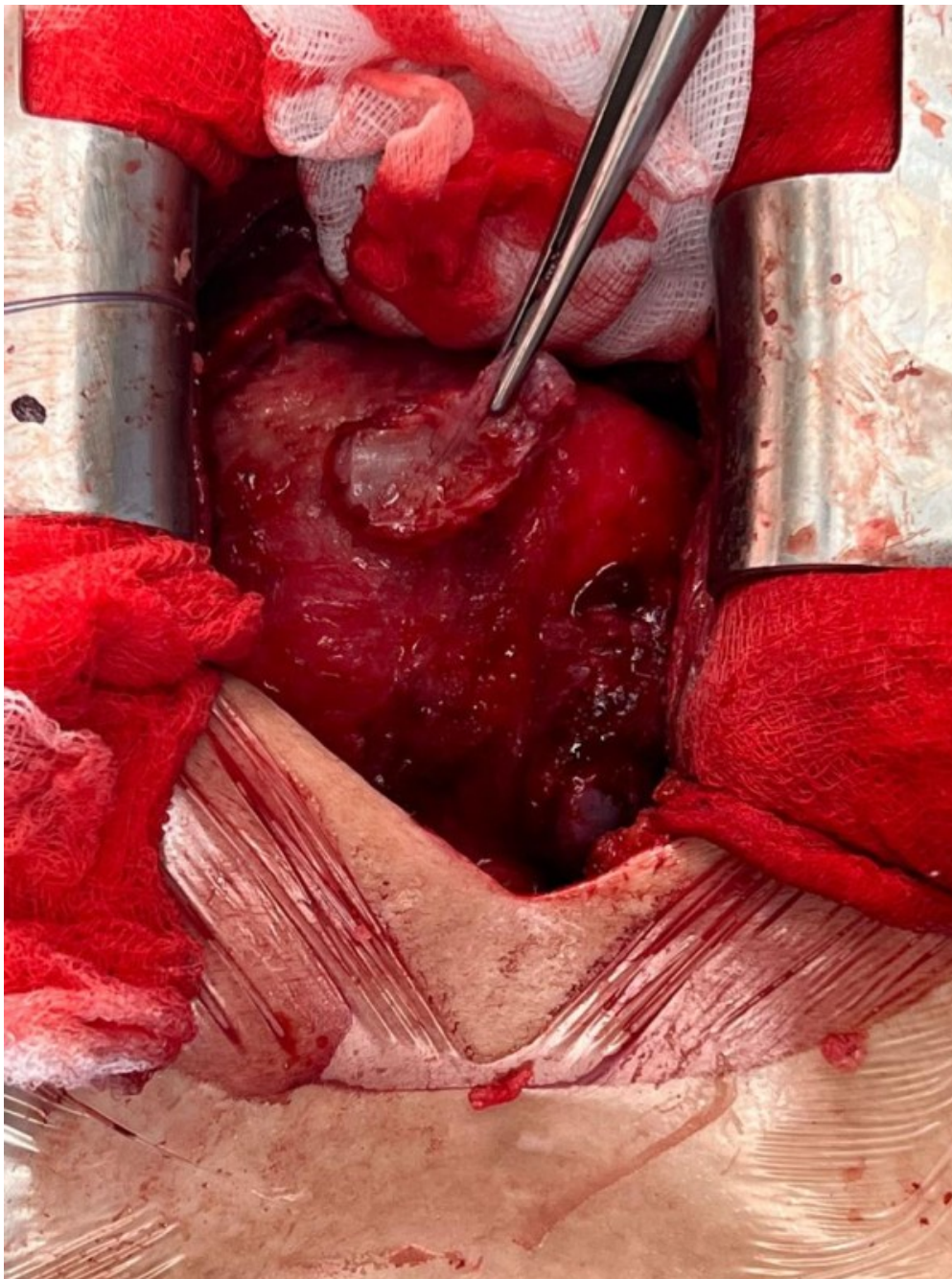
AP Sexo masculino, 30 años. Presentó meningitis bacteriana a los 2 años, se le realizó derivación ventrículo peritoneal en dos oportunidades, actualmente parálisis cerebral secular. AF: Padre cursó tuberculosis durante la infancia del paciente. EA Comienza 2 semanas previas con distensión abdominal progresiva y disnea de esfuerzo que evoluciona a disnea de decúbito. EF: Posición viciosa. Bien perfundido, normocoloreado. CV: RR 110 cpm, no soplos, IY, no edemas MMII. PP: Eupneico, SatO2 98% VEA, MAV presente bilateralmente, abolido en ambas bases a predominio derecho. ABD globuloso, matidez en flancos.

**Pruebas complementarias**



ECG: Taquicardia sinusal 110 cpm, alteraciones de la repolarización difusas, microvoltajes en derivaciones de los miembros. TAC tx-abdomen-pelvis: líquido abdominal, derrame pleural bilateral. Derrame pericárdico de 27 mm, con marcado engrosamiento de ambas hojas pericárdicas. ETT: Ventrículo izquierdo de dimensiones normales. Se observa rebote septal exagerado con la respiración. FEVI 50%. Variación respiratoria del flujo transmitral de 45%. Ventrículo derecho de dimensiones y función sistólica normal, sin colapso sistólico o diastólico. VCI de 24 mm sin colapso inspiratorio mayor a 50%, PAD en 15 mmhg. Derrame pericárdico severo de 20mm, con ecos homogéneos en su interior y a predominio sobre pared libre de VD.

**Diagnóstico**



Dada la clínica del paciente de insuficiencia cardíaca a predominio derecho e imagenología compatible, se llega al diagnóstico de pericarditis efusiva constrictiva.

---

#### **Discusión**

Debido a que el pericardio se encuentra engrosado, calcificado y adherido entre sus capas, el tratamiento es quirúrgico y consiste en drenar el líquido pericárdico y realizar pericardiectomía. En el caso presentado se realizó el procedimiento previamente mencionado, a través de esternotomía total, con técnica de resección del pericardio parietal de frénico a frénico, y resección del pericardio visceral, liberando ambas venas cavas, aurícula derecha, tracto de salida de VD y cara anterior de ambos ventrículos, sin circulación extracorpórea. Una vez liberadas las estructuras, se notó mejoría hemodinámica inmediata. Posteriormente se recibieron muestras de líquido pericárdico geneXpert positivo, confirmando etiología tuberculosa. Se realizó tratamiento dirigido y seguimiento clínico-ecardiográfico. El paciente evolucionó favorablemente, se mantuvo hemodinámicamente estable, asintomático en lo cardiovascular por lo que se le otorgó alta hospitalaria a los 15 días de postoperatorio.

---