

Pericarditis constrictiva: una forma atípica de presentación

Victoria Briano ¹; Sebastian Albistur ¹; Ana Barbier ²

1 - Hospital de Clínicas. 2 - Hospital de clínicas.

Introducción

La pericarditis constrictiva (PC) determina alteraciones en el llenado cardíaco causada por un pericardio rígido, se observa hasta en el 0,4% de los pacientes que tuvieron inflamación pericárdica por diversas etiologías. En esta oportunidad se presenta una paciente que ingresa por SCAsEST y se encuentran hallazgos compatibles con PC.

Caso Clínico

Historia clínica: Mujer 58 años, tabaquista, historia de 6 meses de evolución de dolor torácico atípico, acompañado de disnea de esfuerzo progresiva actualmente CFNYHA III, disnea de decúbito y edemas de miembros inferiores. Consulta por dolor precordial de reposo opresivo intenso irradiado a miembros superiores de dos horas de evolución. ECG: RS a 60 ciclos por minuto, P y PR normales, eje eléctrico medio de +75°, QRS 110ms bloqueo incompleto de rama derecha, trastornos inespecíficos de la repolarización, QT normal. Curva de TropoI en ascenso. Se plantea SCAsST, ingresa para CACG de urgencia.

Pruebas complementarias

Curva de TropoI (P99 21ng/L): 177ng/L y 860ng/L. CACG: Coronarias sin estenosis angiográficamente significativas. Ventriculografía normal. Extensa clasificación pericárdica (figura 1). Se sospecha pericarditis constrictiva y se realiza evaluación hemodinámica observando elevación e igualación de presiones diastólicas intracavitarias, signo de la raíz cuadrada en curva de presión ventricular, morfología de M o W a nivel de curva de presión auricular derecha; compatible con fisiología constrictiva (figura 2). ETT: FEVI conservada, rebote septal, pericardio hiperecogénico. RNM: engrosamiento pericárdico difuso con mayor espesor a nivel del surco auriculoventricular derecho, realce tardío en sector anterior del corazón que se extiende hacia cara inferior e inferolateral del VI compatible con pericarditis constrictiva (figura 3).

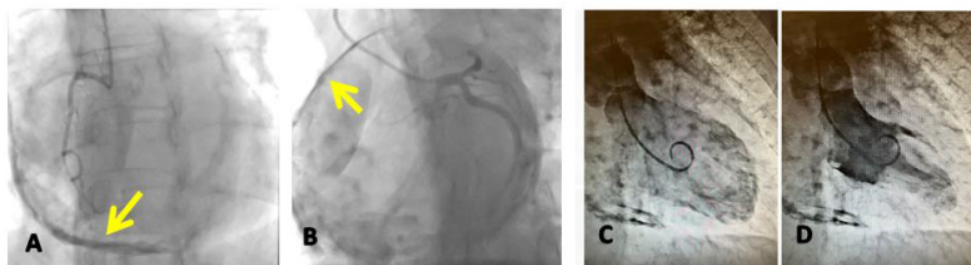


Figura 1. CACG y ventriculografía. Se señala (flecha) extensa calcificación pericárdica. A: cateterización selectiva de ACD en proyección craneal oblicua izquierda sin lesiones angiográficamente significativas. B: cateterización selectiva del tronco de la arteria coronaria izquierda en proyección caudal oblicua izquierda sin lesiones angiográficamente significativas. En C y D se observa ventriculografía en sístole y diástole respectivamente sin alteraciones en la contractilidad.

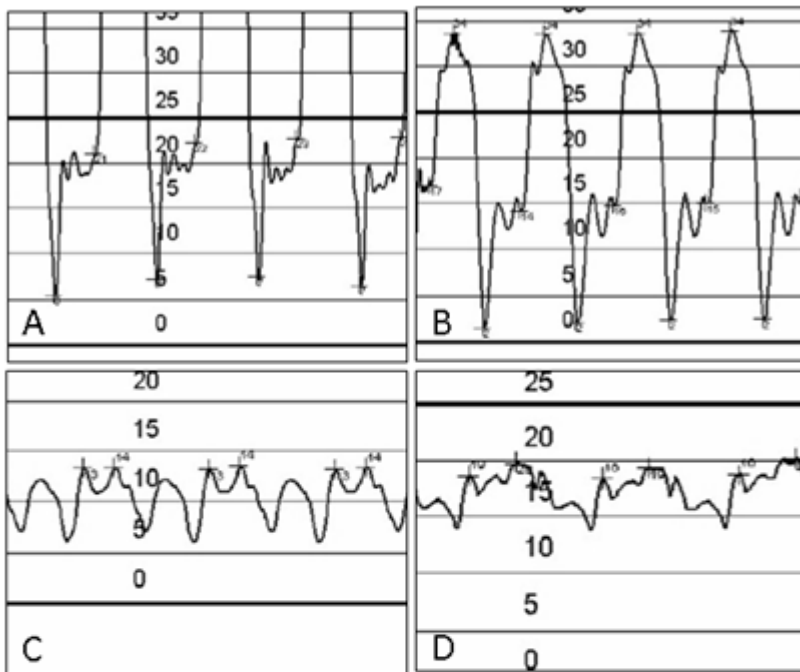


Figura 2. Registros de presiones intracavitarias con elevación e igualación de presiones, A: VI signo de la raíz cuadrada, presión diastólica final de 20 mmHg. B: VD se observa presión diastólica final de 15 mmHg, C: AD signo de la “M” o “W” con un registro de presión en torno a 14 mmHg. D: presión de oclusión de la arteria pulmonar de 18 mmHg.

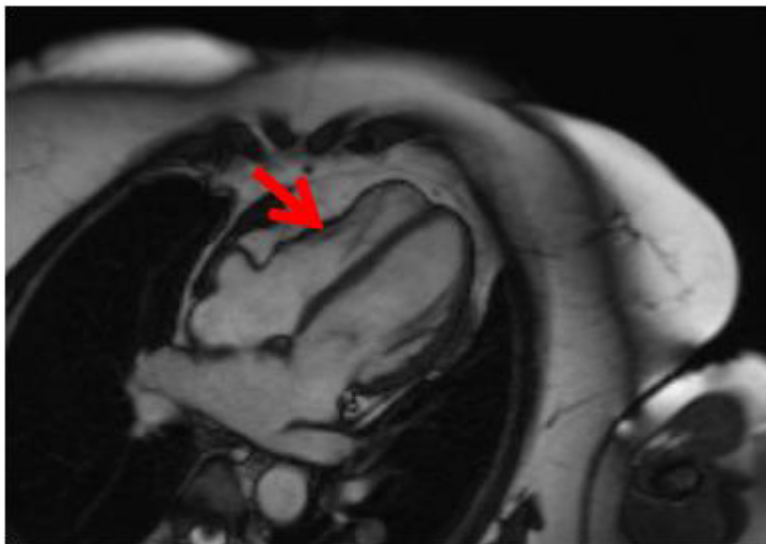


Figura 3: RNM corte axial: imagen ponderada en T2 donde se señala (flecha) engrosamiento pericárdico.

Diagnóstico

Pericarditis constrictiva

Discusión

El cuadro clínico con el que habitualmente se presenta la PC es el de insuficiencia cardíaca. El dolor torácico rara vez se asocia con PC, y se propone como una de los mecanismos la constricción coronaria. Llegar al diagnóstico requiere alto índice de sospecha, y en este caso se dio por el hallazgo de extensa clasificación

pericárdica en una CACG realizada en el contexto de un SCAsST, procediendo en ese momento a realizar la evaluación hemodinámica invasiva siendo el gold standard para el diagnóstico, objetivando la fisiología constrictiva (figura 2). El tratamiento de elección es la pericadiectomía ya sea parcial o total, y de no realizarse el pronóstico es malo. Un estudio fundamental para planificar el tratamiento quirúrgico es la TC. De no encontrarse disponible (como en este caso) la RNM es una buena alternativa. Nuestra paciente se encuentra en valoración en vistas a la cirugía.
