



PERICARDITIS AGUDA

1 GENERALIDADES

A todo enfermo con diagnóstico de pericarditis aguda se le practicará:

- ❖ **Historia clínica:** Se hará mención a traumatismos, intervenciones quirúrgicas, exposición a radiaciones, infecciones respiratorias o digestivas recientes, cardiopatía reumática o isquémica, tuberculosis y exposición a contagio de la misma, contactos con aves y otros animales, así como sobre viajes recientes, coexistencia de pleuritis o neumonitis, y de datos de enfermedad sistémica.
- ❖ **Exploración física completa**

2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

2.1 Analítica en sangre

- ❖ Hemograma, VSG, Bioquímica con PCR, TnT, CKMB, “serología de pericarditis”:
 - Virus: Coxsackie, Echo, Adeno, EBV, Influenza A y B, Varicela, CMV, parotiditis.
 - Bacterias: Micoplasma, C burnetti, Legionella, Lyme.
 - Parásitos: Toxoplasma, Toxocara.
 - Ante una sospecha clínica: Brucella, Cryptococcus, Chlamydia
- ❖ Indicaciones: En caso de sospecha epidemiológica, clínica, y en todo paciente ingresado. Solicitar un segundo suero para estudiar seroconversión 3 ó 4 semanas tras el primero.

2.2 Analítica de orina

- ❖ Sedimento, si fuese patológico, pedir 3 baciloscopias y cultivo de BK en orina
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de pericarditis aguda.

2.3 ECG

- ❖ Es la prueba de laboratorio más importante para el diagnóstico de una pericarditis aguda. El hallazgo clásico es una elevación difusa del segmento ST, excepto aVR, y depresión del PR. Los cambios del ECG pueden ser dinámicos.
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de pericarditis aguda.

2.4 Rx de tórax

- ❖ Suele ser normal, incluida la silueta cardiaca.
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de pericarditis aguda.

2.5 Ecocardiograma



- ❖ Suele ser normal, la principal razón para realizar ecocardiograma es para descartar un derrame silente. El ecocardiograma permite:
 - Cuantificación del derrame se realiza sumando el derrame anterior y posterior (modo M paraesternal eje largo en diástole)
 - Leve: < 10 mm (< 100 ml).
 - Moderado: 10-20 mm (100-500 ml).
 - Moderado: 10-20 mm (100-500 ml).
 - Severo: > 20 mm (< 500 ml)
 - Muy severo: > 20 mm con bamboleo.
 - Diagnóstico de taponamiento: Colapso diastólico de AD y VD, movimiento anómalo de septo, variaciones respiratorias del flujo mitral > 25%, inversión diastólica del flujo en suprahepáticas, cava dilatada y fija.
 - Diagnóstico de la pericarditis constrictiva: Pericardio engrosado (< 3 mm) y calcificado. Variaciones respiratorias de los flujos por Doppler pulsado, onda Ea tisular mayor de 8 cm/seg que permite diagnóstico diferencial con la miocardiopatía restrictiva.
 - Guía para la pericardiocentesis: Localiza la zona con mayor derrame, o derrames loculados.
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de pericarditis aguda. En presencia de derrame pericárdico se repetirá el ecocardiograma, inicialmente cada semana.

2.6 Autoanticuerpos

- ❖ Anticuerpos antinucleares, anti-DNA, antitejido, antitoxoplasma.
- ❖ Indicaciones: En pericarditis aguda con cardiomegalia o sospecha de derrame pericárdico, así como aquellos en los que la historia clínica sugiera enfermedad de más de una semana de duración.

2.7 Cultivo esputo

- ❖ Tres baciloscopias (y cultivo para micobacterias) en esputo. En ausencia de expectoración, las baciloscopias y cultivo para micobacterias se practicarán en jugo gástrico sólo en aquellos con sospecha de antecedentes de tuberculosis.
- ❖ Indicaciones: En pericarditis aguda con cardiomegalia o sospecha de derrame pericárdico, así como aquellos en los que la historia clínica sugiera enfermedad de más de una semana de duración.

2.8 Ecografía abdominal

- ❖ Indicaciones: En pericarditis aguda con cardiomegalia o sospecha de derrame pericárdico, así como aquellos en los que la historia clínica sugiera enfermedad de más de una semana de duración.

2.9 Estudio de derrame pleural

- ❖ Toracocentesis y biopsia pleural, con estudio citológico, determinación de glucosa, proteínas, LDH y adenosina-deaminasa (ADA), tinción de BK y cultivo para micobacterias
- ❖ Indicaciones: en presencia de derrame pleural.



3 TRATAMIENTO

3.1 Médico

- ❖ Reposo en cama mientras persistan dolor o fiebre.
- ❖ **Antiinflamatorios no esteroides:** Ibuprofeno (400-800mg/6-8h), la Indometacina (25-50 mg/8h), tiene mayores efectos secundarios y no debe darse en ancianos, el tratamiento se mantendrá mientras persistan dolor y fiebre, al menos una semana y se retirará paulatinamente. Debe realizarse protección gástrica con Omeprazol. La **Colchicina** (0,5-1 mg/12 h), bien como monoterapia o asociada a los AINEs, es eficaz para la terminación del ataque agudo y la prevención de recidivas.
- ❖ Sólo se administrarán **corticoides** en caso de persistencia de dolor intenso o fiebre alta, rebelde a los fármacos antes mencionados, de más de 10 días de evolución, descartada la tuberculosis. Su tiempo de administración será mínimo 2-4 semanas. La dosis inicial (40-60 mg de prednisona o equivalente) se mantendrá mientras persista dolor, fiebre o derrame importante. Retirar de forma muy paulatina (4-6 semanas).
- ❖ En ningún caso se administrará tratamiento antituberculoso a ciegas.
- ❖ La pericarditis con signos inflamatorios obliga a plantear la retirada o modificación del tratamiento anticoagulante.

3.2 Pericardiocentesis

La pericardiocentesis está indicada en:

- ❖ Taponamiento severo: hipotensión, bajo gasto o shock, (ver el apartado correspondiente).
- ❖ Signos sugestivos de infección aguda grave (neumonía, empiema, mediastinitis o sepsis) asociados a evidencia de derrame pericárdico.
- ❖ Derrame Pericárdico Crónico masivo idiopático.

3.3 Biopsia pericárdica

La biopsia se practicará en las siguientes situaciones:

- ❖ En los enfermos con taponamiento grave persistente o recidivante tras la pericardiocentesis.
- ❖ En ausencia de taponamiento, en los pacientes con **signos claros de severidad clínica** de tres semanas de duración a partir del ingreso hospitalario sin que las exploraciones citadas hayan indicado el diagnóstico etiológico. La persistencia de derrame pericárdico, por sí sola, no constituye una indicación de biopsia.
- ❖ Pacientes en los que se ha comprobado **un valor de ADA superior a 30 UI/l**, en el líquido pericárdico o pleural, y que no tienen otra evidencia segura de tuberculosis y en los que la biopsia pleural ha sido negativa.

Del material de biopsia se practicará:

- ❖ Estudio histológico
- ❖ Tinción para BK
- ❖ Cultivo en medio ordinario y para micobacterias,
- ❖ Estudio del líquido pericárdico (como en el estadio 2).



4 CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- ❖ Los pacientes que responden bien a los AINES, sin derrame o con derrames pequeños no precisan ingreso.
- ❖ Se ingresarán aquellos no responden bien al tratamiento, con derrames, o que su etiología se sospecha que pudiera ser diferente de la idiopática.

5 EVOLUCIÓN NATURAL

- ❖ La pericarditis aguda idiopática es una enfermedad autolimitada sin complicaciones significativas en el 70-90% de los casos.
- ❖ Las complicaciones de la pericarditis aguda incluyen derrame pericárdico, taponamiento y pericarditis constrictiva.

6 PERICARDITIS RECURRENTE

- ❖ Engloba: a) la **forma intermitente** (en la que hay períodos sin síntomas en ausencia de tratamiento), y b) la **forma incesante** (en la que el cese de la terapia se sigue de una recaída segura). El derrame pericárdico masivo, el taponamiento franco o la constricción son raros.
- ❖ El **tratamiento** como el la pericarditis aguda.
 - La colchicina es eficaz cuando los AINEs y corticoides no previenen las recidivas. Los corticoides deben ser usados en pacientes con mal estado general o crisis frecuentes (prednisona 1 mg/Kg y día durante al menos 1 mes). Si no responde adecuadamente, añadir azatioprina (75-100 mg/día) o ciclofosfamida. Los corticoides se deben reducir gradualmente en 3 meses. Si los síntomas recurren, volver a la dosis mínima con la que se controlaron, mantenerla durante 2-3 semanas y comenzar de nuevo el descenso. Se recomienda iniciar el tratamiento con colchicina o AINEs cuando la reducción gradual de los corticoides esté cercana a su fin. El nuevo tratamiento debe continuarse al menos durante 3 meses.
 - La pericardiectomía se indica si recurrencias frecuentes, muy sintomáticas y resistentes al tratamiento médico.