



FORMAS ESPECÍFICAS DE PERICARDITIS

1 SÍNDROMES PERICÁRDICOS POST CARDIOTOMÍA

- ❖ Los días siguientes a intervenciones con apertura del pericardio es frecuente la presencia de derrame pericárdico ligero o moderado, ocasionalmente importante, sin repercusión hemodinámica y que no precisa medidas terapéuticas especiales, y no constituye contraindicación para el tratamiento anticoagulante.
- ❖ El drenaje del **taponamiento cardiaco postcardiotomía** temprano (< 7 días postcirugía) será quirúrgico y por pericardiocentesis si es tardío (> 7 días). Si el enfermo tiene tratamiento anticoagulante, se hará con heparina hasta la estabilización del cuadro.
- ❖ En los **síndromes post-pericardiotomía** con signos inflamatorios el tratamiento es como en la pericarditis aguda. En los pacientes con prótesis cardiacas se podrá iniciar tratamiento con AINEs en el caso de que la pericarditis leve y sin derrame pericárdico, o ligero; si es moderado o severo corticoides. La anticoagulación se basará en heparina hasta la resolución del cuadro.

2 PERICARDITIS TUBERCULOSA

- ❖ Se administrará tratamiento antituberculoso triple en caso de confirmarse la etiología tuberculosa (aislamiento del bacilo de Koch o PCR positiva en el líquido pericárdico) y en los pacientes con pericarditis granulomatosa. La pauta terapéutica será la siguiente:
 - Rifater: 1 comp. por cada 10 K de peso, hasta un máximo de 6 comp./día, en ayunas (1 h antes de desayunar).
 - Salvo que se utilice Cemidón, se deberá asociar Piridoxal 50 mg/día vo, por ejemplo Benadón 300 mg/3 días a la semana, o Hidroxil B1B6B12, 3 comp. a la semana.
 - Corticoides: 40 mg de Urbasón cada 12 h (u otro corticoide), 5 a 7 días y posteriormente bajar dosis lentamente hasta suspender en 4 a 6 semanas.
- ❖ El hallazgo de un valor de ADA alto (superior a 30 UI/L), en ausencia de otros datos, no constituye, por sí solo, una indicación de tratamiento antituberculoso.
- ❖ Se indicará una pericardiectomía amplia en los pacientes con constricción severa y persistente.

3 PERICARDITIS PURULENTA

- ❖ En el derrame pericárdico purulento, con criterios macro o microscópicos, además de tratamiento antibiótico enérgico durante 4-6-semanas, se practicará drenaje quirúrgico precoz. Además, se realizarán Hemocultivos, Gram urgente y cultivo del drenaje pericárdico quirúrgico precoz.
- ❖ Según la información del Gram, pautar antibióticos. Si el Gram no da información se indica tratamiento empírico: Cefotaxima 2g/6h iv y Gentamicina 240 mg/24 h iv.
- ❖ La pericardiectomía se indicará sólo en caso de constricción severa y persistente, o taponamiento recidivante.

4 PERICARDITIS NEOPLÁSICA

- ❖ Los pacientes serán sometidos a **valoración individual** de estado general,



pronóstico de la enfermedad de base y repercusión hemodinámica de la pericarditis, teniendo en cuenta la posibilidad de otras etiologías de la pericarditis. Se ofrecerán los procedimientos menos agresivos.

- ❖ En taponamiento severo pericardiocentesis.
- ❖ El taponamiento pericárdico por implantes neoplásicos en pericárdico tiene escasas indicaciones quirúrgicas. Es necesaria evidencia clara de esperanza de vida prolongada. La ventana pericárdica no suele ser efectiva, la esternotomía media es la mejor opción, pero casi nunca esta indicada por el pronóstico de la enfermedad primaria.

5 PERICARDITIS POSTIRRADIACIÓN

- ❖ El tratamiento de la pericarditis post-irradiación se basa en las mismas normas que la pericarditis aguda idiopática, el derrame pericárdico crónico o la pericarditis constrictiva. Sin embargo, en la pericarditis constrictiva hay que valorar la presencia de fibrosis mediastínica o de miocardiopatía post-irradiación, hechos que aumentan el riesgo y disminuyen el beneficio de la pericardiectomía.

6 PERICARDITIS EN EL SIDA

- ❖ Puede tener origen infeccioso, no infeccioso y neoplásico. El tratamiento es sintomático. Se requiere pericardiocentesis en caso de taponamiento cardíaco o derrames severos. Se contraindica el uso de corticoides, salvo en el caso de la pericarditis tuberculosa, en cuyo caso es tratamiento coadyuvante al tuberculostático.

7 PERICARDITIS FÚNGICA

- ❖ Ocurre en pacientes inmunocomprometidos o en infecciones fúngicas adquiridas endémicas.
- ❖ El diagnóstico se hace por tinciones y cultivo del líquido o tejido pericárdicos. Los anticuerpos antifúngicos en el suero son de utilidad diagnóstica.
- ❖ Está indicado el tratamiento antifúngico correspondiente. Los corticoides y AINE pueden ser útiles. La pericarditis en el seno de una histoplasmosis no precisa tratamiento con antifúngicos, pero responden al tratamiento con corticoides o AINE administrados durante 2-12 semanas. Las sulfonamidas son tratamiento de elección en la infección por Nocardia. La combinación de 3 antibióticos, incluidas las penicilinas, se debe administrar en caso de actinomicosis.
- ❖ La pericardiocentesis o el tratamiento quirúrgico está indicado si hay afección hemodinámica. La pericardiectomía está indicada en pericarditis constrictiva fúngica

8 DERRAME PERICÁRDICO CRÓNICO

- ❖ Son pacientes con derrame sin síndrome clínico de pericarditis (dolor, fiebre, roce) de una duración superior a tres meses. Comprende:
 - **Derrame pericárdico ligero:** En ausencia de síntomas no hay necesidad de más estudios.
 - **Derrame pericárdico moderado:** En ausencia de otros hallazgos clínicos, se practicará una analítica general de sangre y estudio de la función tiroidea.



Si no hay taponamiento, no se hará pericardiocentesis ni biopsia pericárdica. Se tratará según etiología, si ésta no se descubre, no se administra tratamiento, pero se seguirá el enfermo anualmente.

- **Derrame pericárdico masivo:** se practicarán los mismos estudios que en el derrame crónico moderado y, aún en ausencia de sintomatología o taponamiento, se realizará una **pericardiocentesis**, con estudio del líquido pericárdico. El tratamiento será según los posibles hallazgos etiológicos derivados de estos estudios.
 - En la forma idiopática no se administra tratamiento, se sigue una conducta expectante y control cada 3 meses durante el primer año. Si el derrame se reproduce en cantidad masiva se practicará una **nueva pericardiocentesis**, excepto en aquellos pacientes en los que ya se hubieren practicado pericardiocentesis cuantiosas previas. Tras la nueva pericardiocentesis se seguirá observando al paciente y si se reproduce el derrame masivo y persistente, se indicará una **pericardiectomía amplia**. Todos los enfermos, incluso los que se niegan a exploraciones cruentas, serán seguidos, a largo plazo, en la Consulta.
 - En el caso del **quilopericardio** se practicará ligadura del conducto torácico y pericardiectomía, por vía lateral.

9 PERICARDITIS CONSTRICTIVA

- ❖ Pericarditis constrictiva aguda o subaguda:
Si en la evolución de una pericarditis aparecen signos clínicos de constricción, se practicará un Eco-Doppler, si se confirma y es ligera o moderada se podrá adoptar una actitud expectante, ante la posibilidad de que sea transitoria. Si la constricción es severa y persistente se practicará una pericardiectomía. Se tenderá a adoptar una actitud más conservadora en los pacientes con pericarditis idiopática no en la pericarditis purulenta, en la que se harán controles clínicos muy estrechos dada su imprevisible evolución.
- ❖ Pericarditis constrictiva crónica.
 - Etiología: Evolución de una pericarditis aguda, tuberculosis, evolución de un hemopericardio traumático no tratado, sarcoidosis, enfermedad reumatoide, idiopática.
 - En la pericarditis constrictiva crónica severa, pericardiectomía sin necesidad de cateterismo previo. Si la constricción es ligera o moderada, se individualizará la indicación de cirugía.
 - Contraindicaciones: Edad avanzada, comorbilidades importantes, en estadios muy avanzados con ascitis, edemas, caquexia, fibrilación auricular.
- ❖ Pericarditis crónica constrictiva post irradiación: Los resultados con cirugía son muy pobres: Indicación solo si existe evidencia de buena función miocárdica y control de la neoplasia inicial.
- ❖ Pericarditis crónica constrictiva postcirugía cardiaca: Puede existir incluso si el pericardio no se cerró durante la intervención. Indicaciones quirúrgicas como las generales. Mayor riesgo sobre todo en presencia de pontajes aortocoronarios



patentes (Cateterismo). En caso de que la pericardiectomía no se considere indicada, los pacientes serán seguidos en Consultas Externas.

10 TRAUMATISMOS CARDIACOS Y DISECCIÓN AÓRTICA

- ❖ Taponada pericárdica por arma blanca:
 - En paciente hemodinámicamente estable: Exploración de daños adicionales, esternotomía media con preparación para la circulación extracorpórea.
 - En pacientes hemodinámicamente inestables. Exploración adicional solo la imprescindible. Esternotomía media.
 - En pacientes en shock profundo toracotomía anterior izquierda incluso en el servicio de Urgencias, evacuación del hematoma. Si se recupera el ritmo cardiaco, control de la herida y sutura. No demorar la intervención, no administrar derivados de sangre hasta la evacuación del hematoma pericárdico, NO PUNCIÓN EL PERICARDIO EXCEPTO EN CASOS DESESPERADOS SI NO SE PUEDE HACER OTRA COSA.
- ❖ Arma de fuego: Muy rara, generalmente se trata de shock hipovolémico, más importante el análisis de otros traumatismos asociados. Urgencia según estado hemodinámico. Proceder como en el caso de heridas por arma blanca.
- ❖ Trauma cardiaco cerrado:
Asimismo muy rara, lesiones miocárdicas extensas, esternotomía y preparación para circulación extracorpórea.
- ❖ En la disección de la aorta ascendente se puede encontrar derrame pericárdico en el 17-45% de los pacientes y en el 48% de los casos con autopsia. La pericardiocentesis está contraindicada por riesgo de intensificar el sangrado y de extender la disección. La cirugía debe ser realizada de forma inmediata. Disección tipo A con rotura intrapericárdica: Tratamiento emergente de la disección.
- ❖ Rotura espontánea de pared libre post infarto con pseudoaneurisma: Esternotomía media con o sin circulación extracorpórea. Si las condiciones del paciente no la contraindican (por ejemplo, IAM extenso y/o muy pobre función ventricular).

11 PERICARDITIS EN EL PACIENTE URÉMICO

- ❖ Es multifactorial (metabólica, hiperhidratación, insuficiencia cardiaca, sangrado intrapericárdico).
- ❖ En pericarditis no asociada a insuficiencia cardiaca congestiva o hiperhidratación se procederá a un control estricto de la ultrafiltración evitando caer por debajo del peso ideal.
- ❖ Se practicará pericardiocentesis terapéutica en las siguientes circunstancias:
 - Taponamiento cardiaco, incluso no es severo, ya que estos enfermos pueden tolerar mal las sesiones de hemodiálisis.
 - Persistencia de derrame pericárdico severo durante más de 15 días en la pericarditis asociada a hemodiálisis y tratada con esta técnica sustitutiva.



- Aumento evidente del derrame pericárdico después de una sesión de hemodiálisis.
Se practicará preferentemente antes del inicio de la sesión de hemodiálisis.
 - ❖ Se realizará Biopsia pericárdica terapéutica ante:
 - La persistencia o recidiva del taponamiento tras la pericardiocentesis.
 - La persistencia de derrame pericárdico importante tras la pericardiocentesis.
 - ❖ Pericardiectomía: ventana pericárdica por toracotomía izquierda, resección lo mas amplia posible, en casos especiales con buen pronóstico.
-