



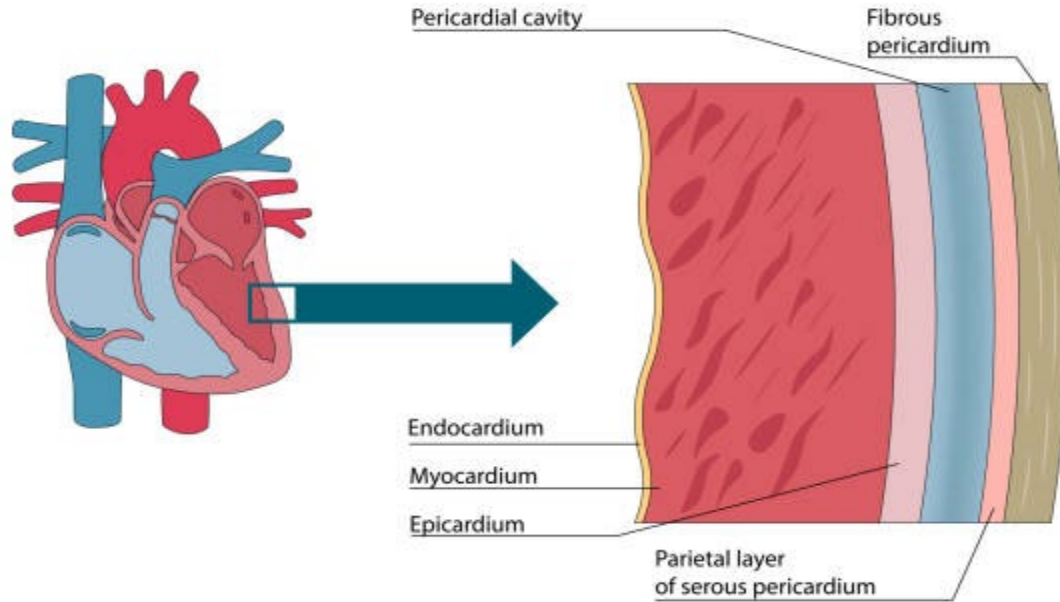
Diagnóstico y manejo de la pericarditis aguda en el servicio de urgencias

Jorge Parra Guijarro
Marta Serrano Sánchez

Residentes de primer año de MFyC
Hospital San Pedro.

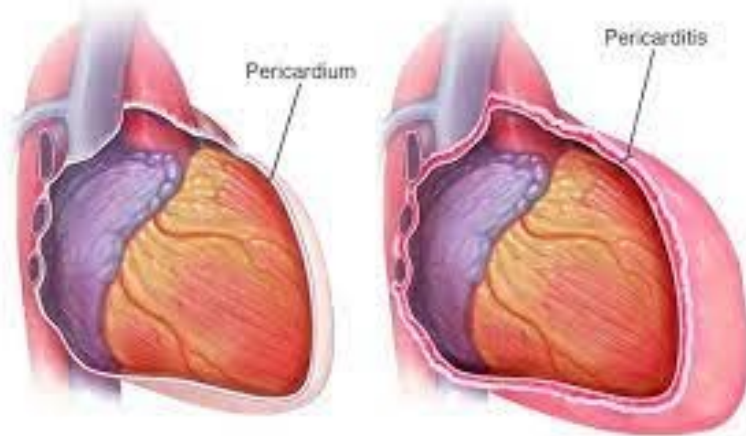


Recuerdo anatómico:



Pericardial membranes and layers of the heart wall

¿Qué es?



WWW.OSTEONATION.COM MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH ALL RIGHTS RESERVED

A. Infectious causes:

Viral (common): Enteroviruses (coxsackieviruses, echoviruses), herpesviruses (EBV, CMV, HHV-6), adenoviruses, parvovirus B19 (possible overlap with aetiological viral agents of myocarditis).

Bacterial: *Mycobacterium tuberculosis* (common, other bacterial rare), *Coxiella burnetii*, *Borrelia burgdorferi*, rarely: *Pneumococcus* spp, *Meningococcus* spp, *Gonococcus* spp, *Streptococcus* spp, *Staphylococcus* spp, *Haemophilus* spp, *Chlamydia* spp, *Mycoplasma* spp, *Legionella* spp, *Leptospira* spp, *Listeria* spp, *Providencia stuartii*.

Fungal (very rare): *Histoplasma* spp (more likely in immunocompetent patients), *Aspergillus* spp, *Blastomyces* spp, *Candida* spp (more likely in immunocompromised host).

Parasitic (very rare): *Echinococcus* spp, *Toxoplasma* spp

B. Non-infectious causes:

Autoimmune (common):

Systemic autoimmune and auto-inflammatory diseases (systemic lupus erythematosus, Sjögren syndrome, rheumatoid arthritis, scleroderma), systemic vasculitides (i.e. eosinophilic granulomatosis with polyangiitis or allergic granulomatosis, previously named Churg-Strauss syndrome, Horton disease, Takayasu disease, Behçet syndrome), sarcoidosis, familial Mediterranean fever, inflammatory bowel diseases, Still disease.

Neoplastic:

Primary tumours (rare, above all pericardial mesothelioma).
Secondary metastatic tumours (common, above all lung and breast cancer, lymphoma).

Metabolic: Uraemia, myxoedema, anorexia nervosa, other rare.

Traumatic and iatrogenic:

Early onset (rare):

- Direct injury (penetrating thoracic injury, aesophageal perforation).
- Indirect injury (non-penetrating thoracic injury, radiation injury).

Delayed onset: Pericardial injury syndromes (common) such as postmyocardial infarction syndrome, postpericardiotomy syndrome, posttraumatic, including forms after iatrogenic trauma (e.g. coronary percutaneous intervention, pacemaker lead insertion and radiofrequency ablation).

Drug-related (rare): Lupus-like syndrome (procainamide, hydralazine, methyldopa, isoniazid, phenytoin); antineoplastic drugs (often associated with a cardiomyopathy, may cause a pericardiopathy): doxorubicin, daunorubicin, cytosine arabinoside, 5-fluorouracil, cyclophosphamide; penicillins as hypersensitivity pericarditis with eosinophilia; amiodarone, methysergide, mesalazine, clozapine, minoxidil, dantrolene, practolol, phenylbutazone, thiazides, streptomycin, thiouracils, streptokinase, p-aminosalicylic acid, sulfa-drugs, cyclosporine, bromocriptine, several vaccines, GM-CSF, anti-TNF agents.

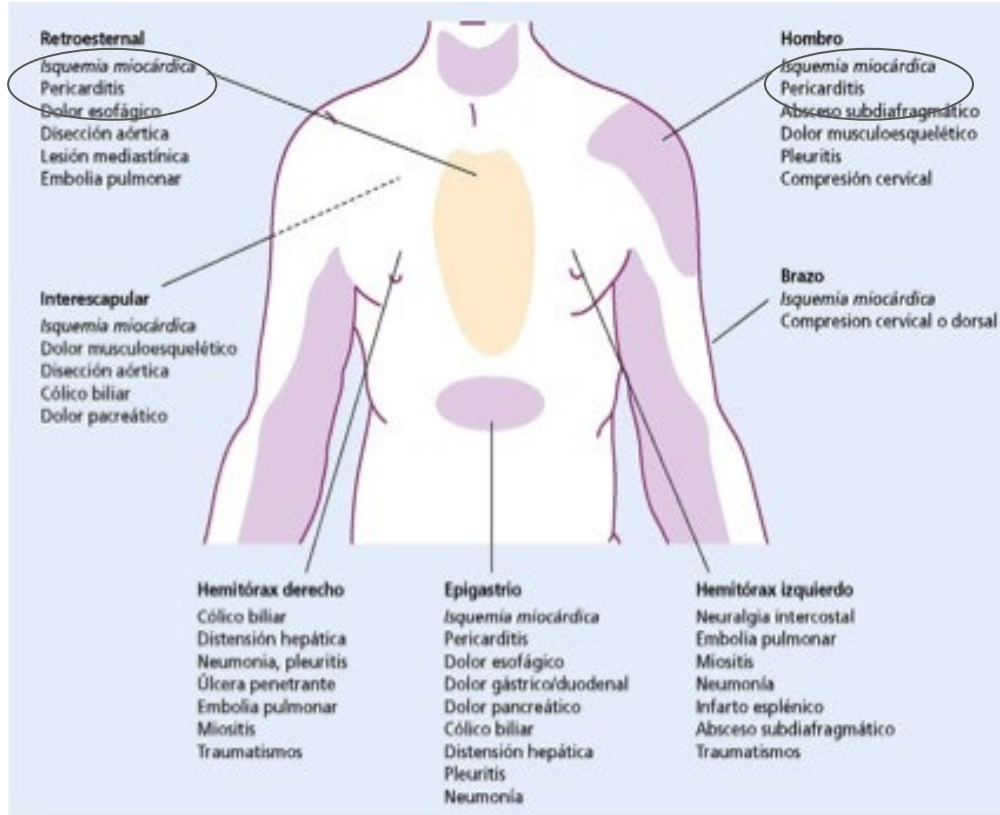
Other (common): Amyloidosis, aortic dissection, pulmonary arterial hypertension and chronic heart failure.

Other (uncommon): congenital partial and complete absence of the pericardium.



Diagnóstico:

Dolor torácico →

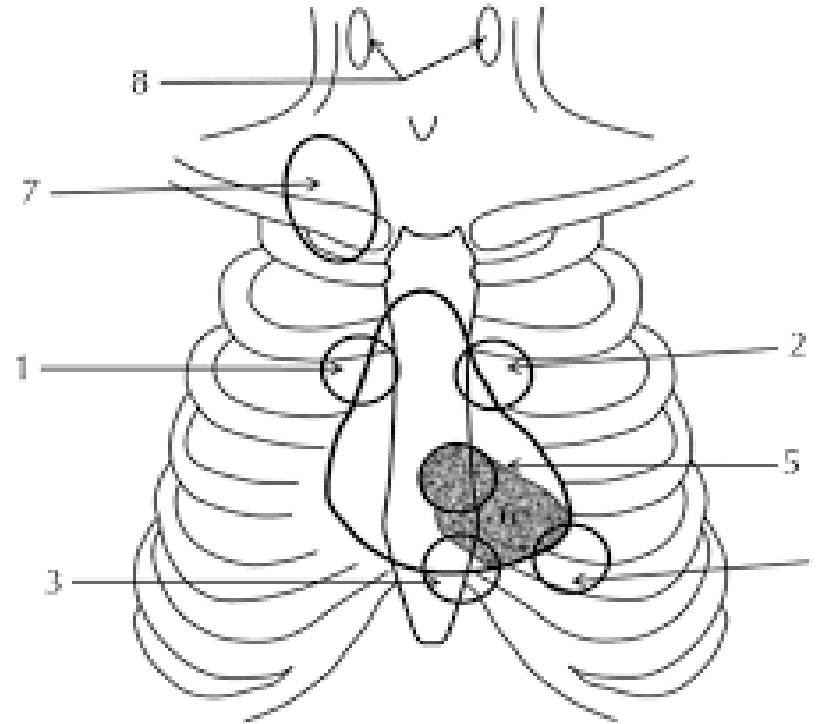




Diagnóstico:

Roce pericárdico (<33%):

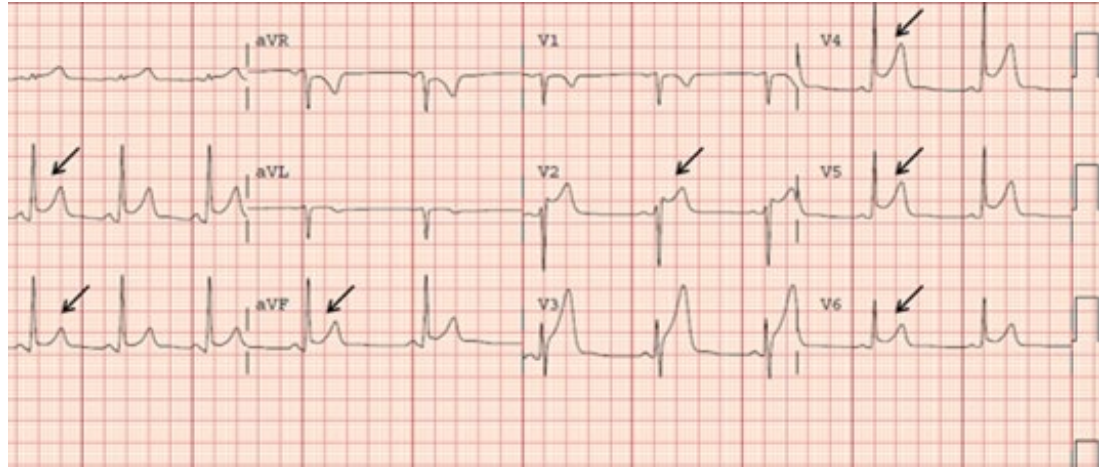
- Muy sugestivo de pericarditis aguda por sí solo, aunque su ausencia nunca debe descartarla. La fricción de cuero, por roce de las hojas pericárdicas.
- Mesocardio y en el borde esternal izquierdo
- Sobre todo al final de la espiración con el paciente inclinado hacia delante





Diagnóstico:

Cambios ECG →



I → Elevación cóncava del segmento ST, ↓ del intervalo PR

II.I - II.II → ST isoelectrico + Aplanamiento e inversión de las ondas T

III → Inversión generalizada de las ondas T

IV → Normalización ECG en semanas/ meses

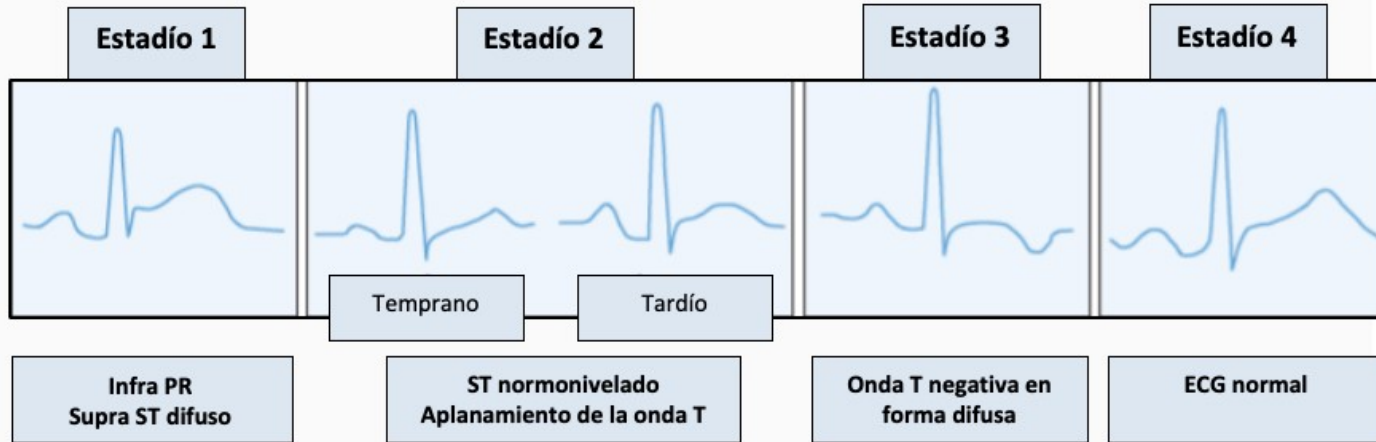
¡La persistencia de las ondas T invertidas no significa persistencia de la enfermedad!

	PERICARDITIS AGUDA	IAM
ECG		
ST	Elevación difusa del segmento ST (cóncavo)	Elevación localizada (generalmente con cambios recíprocos)
PR	A veces descenso	Muy raro ascenso
Cambios evolutivos	4 fases. T no negativa hasta que ST vuelve isoelectrico	T negativa con ST todavía elevado, desarrollo ondas Q
Dolor	Pleurítico, punzante, cambios posturales, irradiado a trapecios	Opresivo, asociado frecuentemente a cortejo vegetativo, irradiación a MSI, mandíbula, etc.
Fiebre	Frecuente en días previos o simultánea	Si se produce, generalmente es en los días posteriores al IAM



Diagnóstico:

Figura 1: Cambios electrocardiográficos típicos en pericarditis aguda.



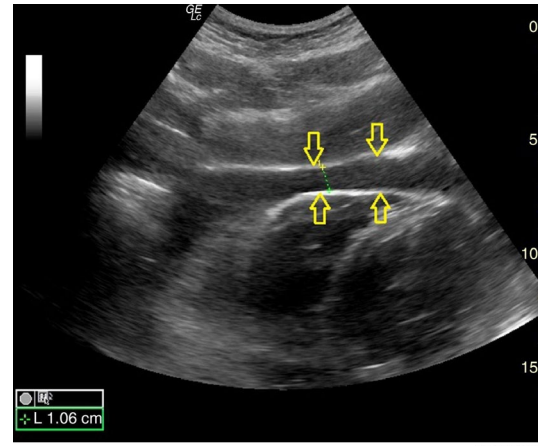
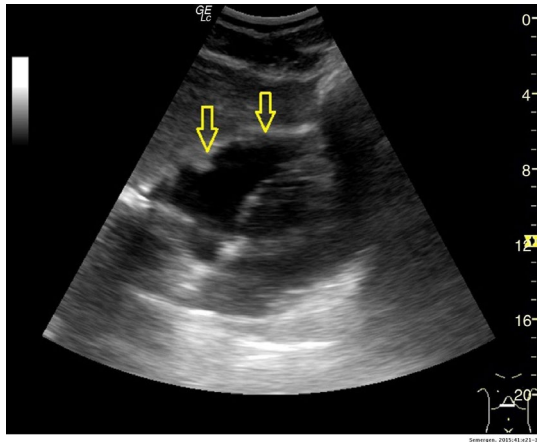
Extraído de [“Management of Acute and recurrent pericarditis - JACC State-of-the-Art Review”](#) de [Chiabrando et al](#)



Diagnóstico:

Otros:

- Elevación de marcadores de inflamación (PCR, VSG, leucocitosis).
- Evidencia de derrame pericárdico por técnicas de imagen.





Caso clínico:

Antecedentes personales :

- NAMC
- No FRCV
- No antecedentes médico - quirúrgicos de interés
- No tratamiento habitual

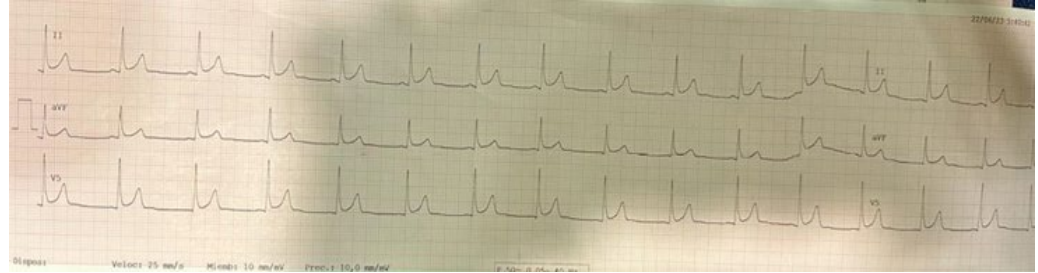
Enfermedad actual :

Paciente varón de 34 años que acude al C.S. de Haro por dolor interescapular intenso de inicio súbito+ cortejo vegetativo+palpitaciones

Día anterior episodio similar autolimitado

Faringoamigdalitis hace 1 semana

Adjuntamos ECG C.S. Haro





Caso clínico:

Exploración física :

BEG, consciente y orientado en persona, lugar y tiempo . Normocoloreado, bien hidratado, bien perfundido . Eupneico en reposo . Afebril

AC: tonos rítmicos sin soplos audibles

Pruebas complementarias :

- Analítica :

Bioquímica : troponina T U.S. 7,6. CK 141, PCR 1

Hemograma : Hb 15,7, leucocitos 8.700

Coagulación : correcta

Tóxicos en orina : negativo

- ECG: ritmo sinusal a 60 lpm . PR normal . QRS estrecho . Elevación del segmento ST en I, II, III, aVF y precordiales, de manera simétrica y con ondas T positivas y picudas

- Rx tórax AP y L: sin hallazgos significativos



Caso clínico:

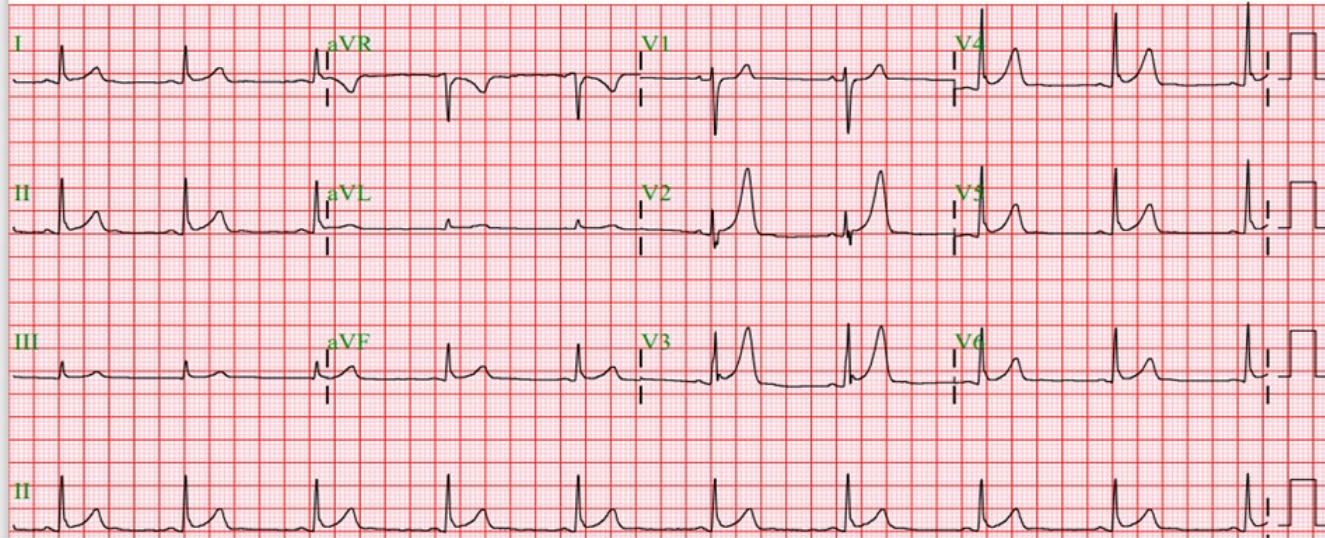
Frec. 57
PR 143
QRSd 93
QT 404
QTc 394

Ejes

P 48
QRS 49
T 46

área: URGEN

Gananc.derivs.no estándar





Caso clínico:

Evolución :

Hemodinámicamente estable . No dolor torácico

Impresión clínica :

Pericarditis aguda sin complicaciones

Tratamiento :

Ibuprofeno 600 mg/ 8 horas 15 días

Omeprazol 20 mg/ 24 horas

CEX cardiología y control por MAP



Tratamiento en urgencias :

- Antiinflamatorios no esteroideos vía oral como primera línea de tratamiento : se administran durante 15 días y 50% de la dosis administrada inicialmente durante 15 días más.
- Prednisona vía oral como segunda línea en el caso de que los AINEs estén contraindicados o de que no haya buen control analgésico mediante la administración de AINEs . En el momento agudo prednisona 0,2- 0,5mg/kg/día hasta que el paciente deje de presentar síntomas (o en el caso de PCR elevada, hasta la normalización de los valores de la misma) y a continuación pauta descendente .



Tratamiento en urgencias :

- Colchicina : se puede dar como primera línea de tratamiento junto a AINEs en pacientes con primer episodio de pericarditis . Mejora la tasa de respuesta al tratamiento, aumenta la tasa de remisión y evita nuevos episodios . 1- 2mg en el momento agudo y 50% de la dosis administrada en urgencias durante 3 meses más .
- Suspensión del tratamiento con anticoagulantes orales . Si está indicado el mantenimiento de la anticoagulación se realizará con HBPM s.c.



Criterios de ingreso hospitalario:

- Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ a pesar de tratamiento.
- Antecedentes de traumatismo reciente.
- Tratamiento con anticoagulantes orales.
- Derrame pericárdico grave.
- Taponamiento cardiaco.
- Miocarditis.
- Sospecha de enfermedad sistémica grave y/o empeoramiento del estado general.



Bibliografía

- Adler, Y., Charron, P., Imazio, M., Badano, L., Barón - Esquivias, G., Bogaert, J., Brucato, A., Gueret, P., Klingel, K., Lionis, C., Maisch, B., Mayosi, B., Pavie, A., Ristic, A. D., Sabaté Tenas, M., Seferovic, P., Swedberg, K., Tomkowski, W., & ESC Scientific Document Group. (2015, November 7). *2015 ESC guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the diagnosis and management of pericardial diseases of the European Society of Cardiology (esc) endorsed by: The European Association for Cardio- Thoracic Surgery (eacts)*. European heart journal.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7539677/#EHV318C11>
- R;, I. M. (n.d.- a). *Triage and management of Acute Pericarditis* . International journal of cardiology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17049636/>
- Y;, I. M. A. (n.d.). *A randomized trial of colchicine for Acute Pericarditis* . The New England journal of medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24552333/>
- [Guía clínica de Pericarditis aguda - Fisterra](#)
- [Urgencias para Médicos Internos Residentes \(gva.es\)](#)