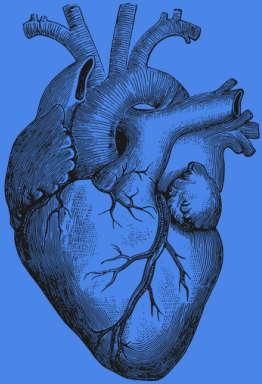


SÍNDROMES PERICÁRDICOS: *PERICARDITIS AGUDA*



Elena Rodríguez García
R1 Cardiología

Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio

Management of Acute and Recurrent Pericarditis

JACC State-of-the-Art Review

PERICARDITIS

EPIDEMIOLOGÍA

- 0.1 % de los ingresos
- Varones entre 16-65 años
- Mortalidad 1.1%
- Recurrencia 20-30%

ETIOLOGÍA

- Infecciosas
Países desarrollados → virus
Países en vías de desarrollo → TBC
- No infecciosas
Autoinmune, neoplásica, metabólica, etc

AGUDA	< 4 - 6 semanas
INCESANTE	> 4 - 6 semanas
RECURRENTE	Tras 4 - 6 semanas libre de síntomas
CRÓNICA	> 3 meses

PERICARDITIS AGUDA - Criterios diagnósticos

≥ 2 criterios



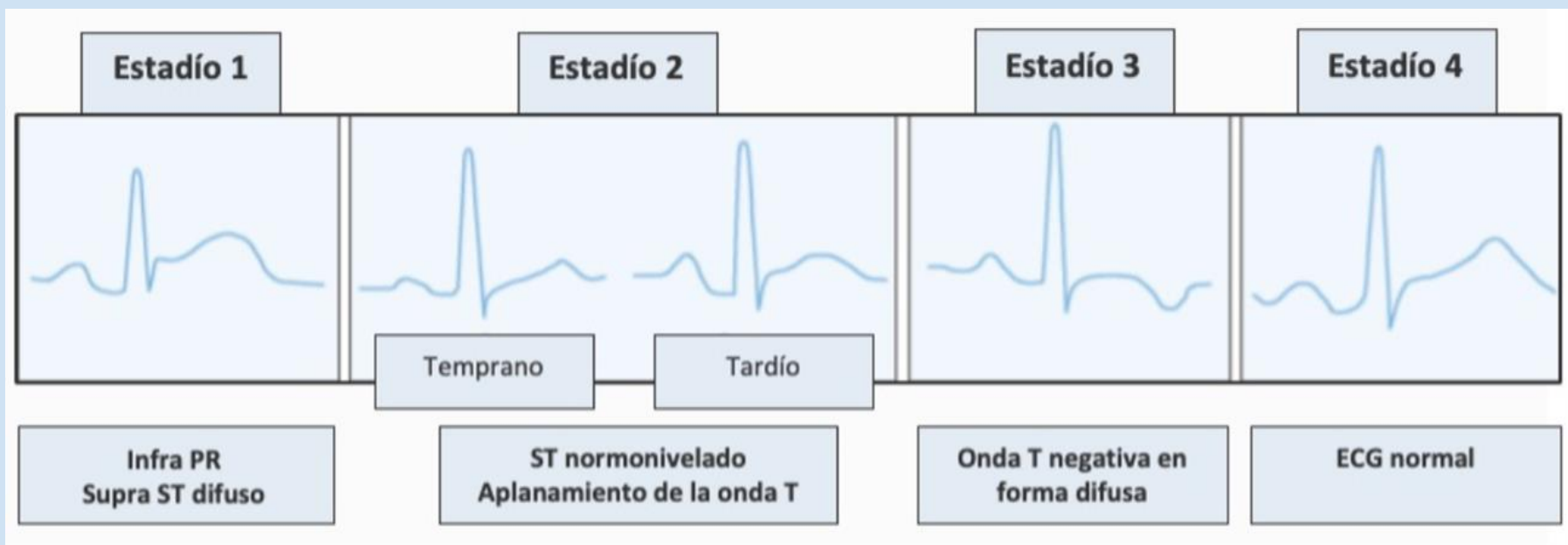
- Dolor torácico pericardítico
- Roce pericárdico
- Elevación difusa del ST de nueva aparición o depresión PR en el ECG
- Derrame pericárdico (nuevo o empeoramiento)

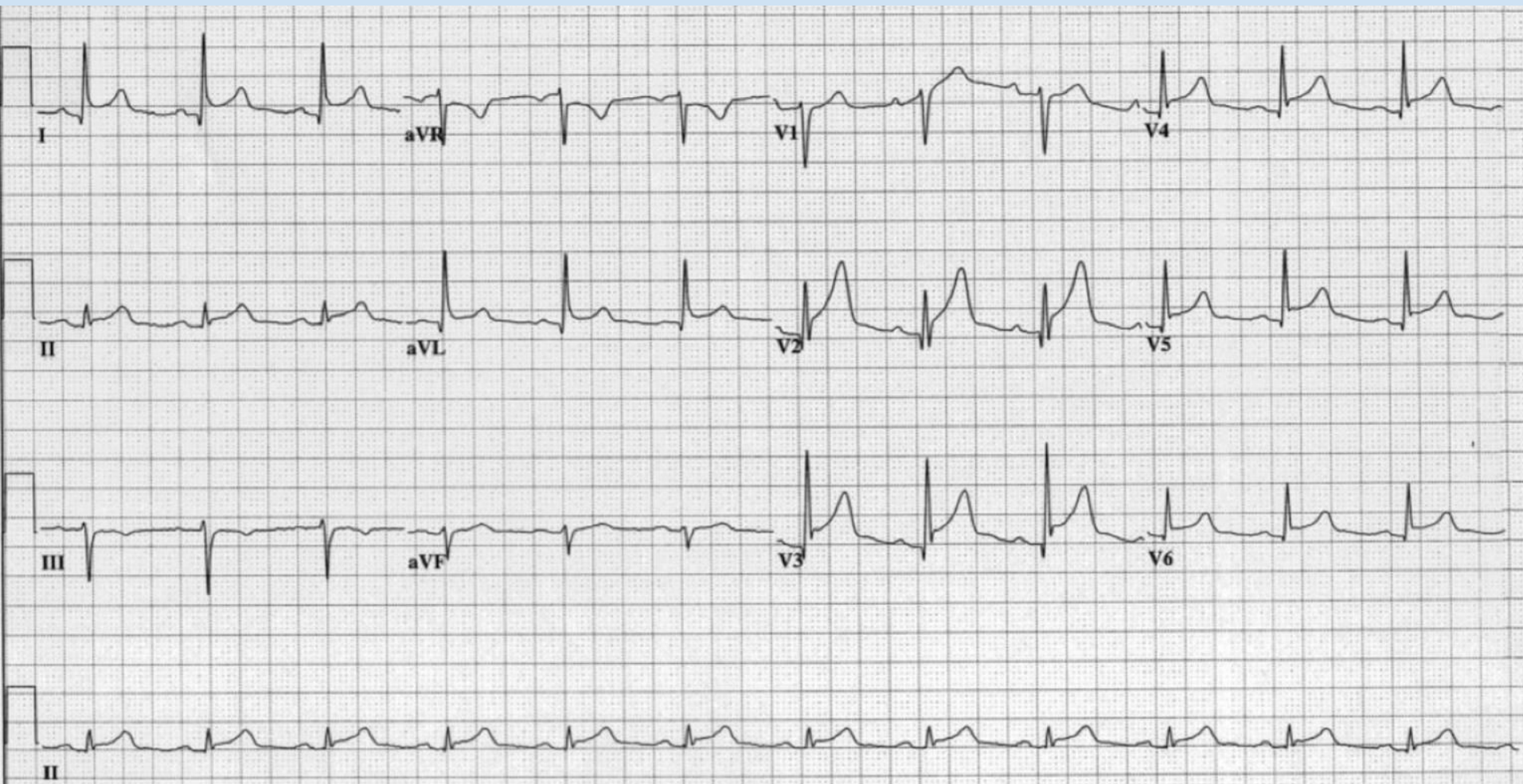
* Hallazgos adicionales de apoyo

- Elevación de marcadores de inflamación
- Evidencia de inflamación pericárdica por imagen (TC, RMC)

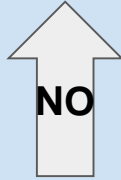
Recomendaciones
sobre el diagnóstico

	Clase ^a	Nivel ^b
- ECG		
- Ecocardiografía transtorácica	I	C
- Rx tórax		
- PCR y marcadores de daño miocárdico		





Manejo ambulatorio



≥ 1 Factor de mal pronóstico y/o
sospecha de etiología subyacente



Hospitalización y búsqueda etiológica

FACTORES DE MAL PRONÓSTICO

MAYORES

- Fiebre > 38°C
- Inicio subagudo
- Derrame pericárdico >20mm
- Taponamiento cardiaco
- Ausencia respuesta AINES 7 días



MENORES

- Miopericarditis
- Inmunosupresión
- Tratamiento con anticoagulantes orales

PERICARDITIS AGUDA - Tratamiento

COLCHICINA 0,5 mg/24h (< 70 kg) o 0,5 mg/12h (> 70 kg) 3 meses
(Sin necesidad de reducción de dosis)

AINES/AAS 1-2sem con disminución progresiva de dosis

Ibuprofeno 600-800mg/8h

Indometacina 50/8h

AAS 750-1000mg/8h

Protector gástrico

Restricción ejercicio físico



CORTICOIDES Dosis bajas (prednisona 0,2-0,5 mg/kg/día)

Disminución progresiva hasta resolución de síntomas y normalización de PCR.

PERICARDITIS RECURRENTE - Tratamiento

COLCHICINA 0,5 mg/24h (< 70 kg) o 0,5 mg/12h (> 70 kg) 6 meses
(Sin necesidad de reducción de dosis)

AINES/AAS 1-2sem con disminución progresiva de dosis

Ibuprofeno 600-800mg/8h

Indometacina 50/8h

AAS 750-1000mh/8h

Protector gástrico

Restricción ejercicio físico



CORTICOIDES Triple terapia



IGIV / Anakinra / Azatioprina



Pericardiectomía

PERICARDITIS CON AFECTACIÓN MIOCÁRDICA

Criterios clínicos de pericarditis



Elevación de marcadores de daño miocárdico

MIO**PERICARDITIS**

Predomina componente *pericárdico*

PERI**MIOCARDITIS**

Predomina componente *miocárdico*
Puede haber *disfunción del VI de nueva aparición*

PERICARDITIS CON AFECTACIÓN MIOCÁRDICA - Tratamiento

Recomendaciones:

- Hospitalización para diagnóstico y monitorización (criterio menor de mal pronóstico)
- Estudio hemodinámico o TC coronario (descartar SCA)
- RMN cardiaca (confirmar afección miocárdica)

PERIMIOCARDITIS

Manejo sintomático: AAS y
AINES

MIOPERICARDITIS

AAS/AINES (menor dosis)

Restricción ejercicio físico 6 meses



Corticoides

¡¡No colchicina!!

DERRAME PERICÁRDICO

COMIENZO	Agudo Subagudo Crónico
TAMAÑO	Leve < 10 mm Moderado 10-20 mm Grande > 20 mm
DISTRIBUCIÓN	Circunferencial Loculado
COMPOSICIÓN	Trasudado / Exudado

ETIOLOGÍA

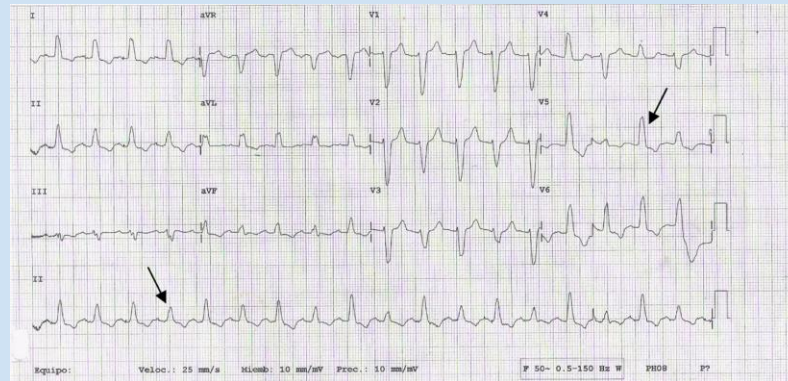
Idiopáticos 50%, infecciones (15-30%)

CLÍNICA

- La mayoría asintomáticos y exploración normal
- Presentación según velocidad de acumulación
- Disnea de esfuerzo, dolor torácico, sensación de plenitud

TAPONAMIENTO CARDIACO

- Colapso diastólico de cavidades derechas
- Triada de Beck → Tonos apagados, hipotensión, ingurgitación yugular
- Taquicardia, oliguria
- Voltajes disminuidos + alternancia eléctrica



Recomendaciones

	Clase ^a	Nivel ^b
Ecocardiografía	I	C
Rx tórax		
Marcadores inflamatorios (PCR)		



Tratamiento

	Clase ^a	Nivel ^b
Dirigido a la etiología	I	C
AAS/AINES/Colchicina si inflamación		
Pericardiocentesis → derrame sintomático moderado-grande que no responde a tto médico o taponamiento		
*CI: Diuréticos y vasodilatadores en taponamiento		

IMAGEN - Ecocardiografía

- Primera prueba para diagnóstico y monitorización
- 40% normal // Hojas pericárdicas engrosadas e hiperreflectantes \pm líquido pericárdico \pm bandas fibrinosas intrapericárdicas
- Detectar complicaciones: derrame

- Menor precisión
- Malas ventanas
- Operador dependiente

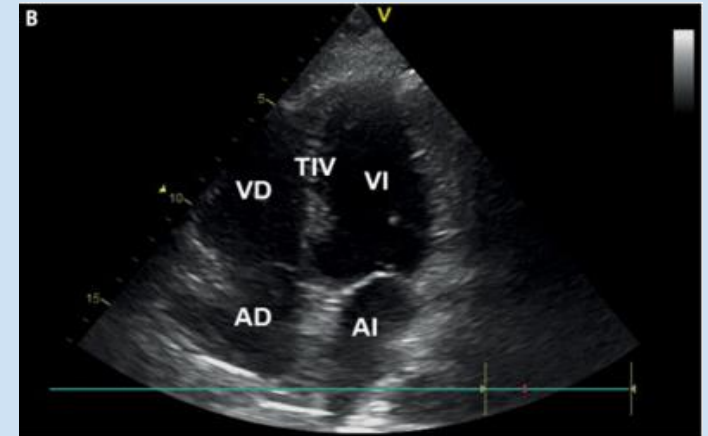
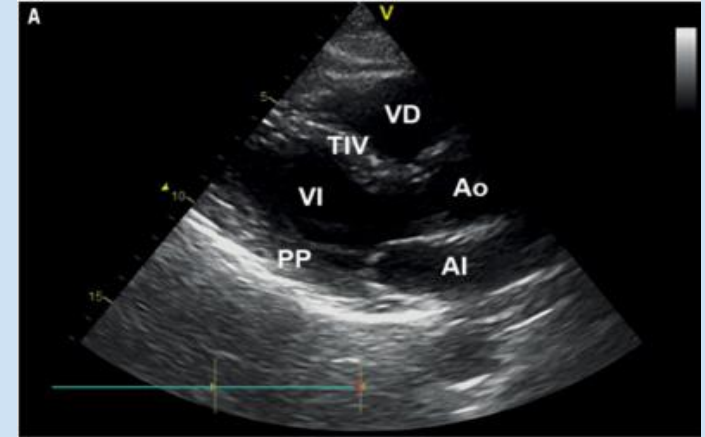
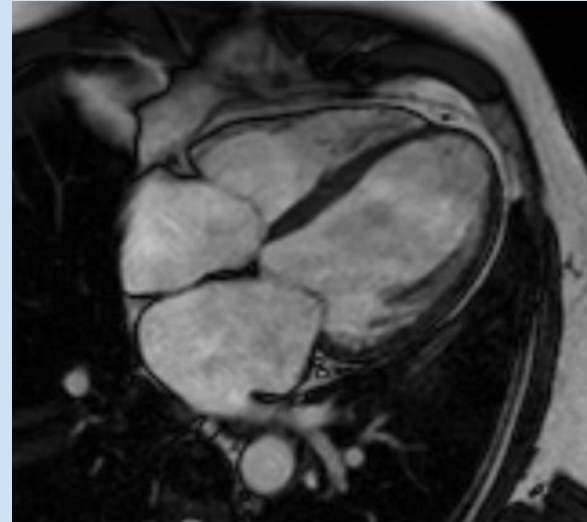


IMAGEN - Resonancia magnética

- Información morfológica y hemodinámica
- Imágenes dudosas en ETT
- Sospecha de afectación miocárdica

- Mayor coste y menor disponibilidad
- Necesidad de apnea y ritmo regular



T₁-weighted
fast spin echo



Morphological assessment of the pericardium

- Thickened pericardium
- Pericardial effusion

Signal intensity inversely correlated to inflammation chronicity

The arrow indicates pericardial cyst as a low signal structure

T₂-weighted
fast spin echo



Fluid-rich structures

- pericardial effusion
- pericardial edema
- myocardial edema → myocardial involvement

The arrow indicates pericardial cyst as a high signal structure

LGE imaging



Active pericardial inflammation

- focal myocardial and adjacent pericardial enhancement (arrow)

Bibliografía

- | | |
|----|--|
| 1. | Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al. 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). Eur Heart J [Internet]. 2015;36(42):2921–64. |
| 2. | Chiabrando JG, Bonaventura A, Vecchié A, Wohlford GF, Mauro AG, Jordan JH, et al. Management of acute and recurrent pericarditis: JACC state-of-the-art review. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2020;75(1):76–92. |