

## 405 - ENFERMEDADES DEL PERICARDIO

*Gavilán Domínguez, Fernando  
del Toro Esperón, Carlos  
Zamora Sierra, Mariano*

### DEFINICIÓN

Síndrome producido por la inflamación aguda del pericardio (<6 semanas), de origen predominantemente idiopático-viral en nuestro medio. Debe cumplir al menos 2 de los siguientes 4 criterios:

1. Dolor torácico pleuro-pericárdico
2. Auscultación con roce pericárdico
3. ECG con alteraciones evolutivas
4. Prueba de imagen con derrame pericárdico

Datos adicionales de apoyo:

- Epidemiología: más frecuente en hombres de 16-65 años.
- Analítica: elevación de reactantes de fase aguda (leucocitos, PCR, VSG).

### CLASIFICACIÓN

#### CRONOLÓGICA

- Aguda: < 6 semanas.
- Incesante: persistente > 6 semanas pero < 3 meses.
- Recurrente: nuevo episodio tras período libre de 4-6 semanas.
- Crónica: > 3 meses.

#### ETIOLÓGICA

- Vírica-idiopática (>50% en nuestro medio). Otras infecciones: TBC (la más frecuente en países en vías de desarrollo; grave, efusiva y tendente a la constricción), purulenta...
- Postinfarto. Sospechar si antecedente de IAM hace 1-2 semanas (sd. Dressler vs complicación mecánica) o si miopericarditis (pericarditis epistenocárdica, transitoria).
- Traumática. Incluye iatrogenia por intervencionismo (pericardiocentesis, pericardiectomía...).
- Neoplásica (metástasis). Sospechar si sd constitucional asociado o historia oncológica.
- Autoinmune. Sospechar en contexto de AR, LES, Sjögren, FMF o vasculitis.
- Tóxico-metabólica. Sospechar en contexto de ERC (urémica), hipotiroidismo o anorexia nerviosa. Incluye iatrogenia por fármacos con efectos lupus-like (procainamida, hidralazina) y antineoplásicos cardiotóxicos (antraciclinas).



## SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor torácico pleuro-pericárdico (85-90%). Inicio subagudo, intensificación con la inspiración profunda y el decúbito supino y atenuación con la flexión del tronco.
- Roce pericárdico (<30%). Sonido superficial áspero, inconstante, que se ausculta mejor en el borde esternal izquierdo con la flexión del tronco y la espiración profunda. Tonos cardíacos apagados sugieren derrame asociado.
- Otros síntomas según foco: viral (fiebre/febrícula, anorexia, artromialgias, síntomas catarrales), enfermedad sistémica (pérdida de peso, tos, hemoptisis...).

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Electrocardiograma de 12 derivaciones. Elevación cóncava del ST ("en guirnalda") en todas las derivaciones salvo aVR y V1, y depresión del segmento PR. Estos hallazgos aparecen en las primeras horas tras el inicio del dolor y evolucionan rápidamente a la normalización al cabo de pocos días.
- Radiografía de tórax. Los cambios en la silueta cardíaca se asocian a un derrame al menos moderado, y puede coexistir derrame pleural izquierdo. Puede proporcionar datos sobre la etiología (TBC, neoplasia...).
- Analítica. Hemograma y bioquímica con PCR y marcadores de daño miocárdico para identificar miopericarditis (CPK, troponinas).
- Ecocardiografía (Interconsulta a Cardiología). Su indicación urgente se limita al hallazgo de cardiomegalia en Rx tórax, inestabilidad hemodinámica (y datos sugestivos de taponamiento cardíaco) o a miopericarditis (para descartar disfunción ventricular asociada).

## CRITERIOS DE ALARMA E INGRESO

**CRÍTICOS:** inestabilidad hemodinámica (sospecha de taponamiento cardíaco), pericarditis de origen traumático.

### OBSERVACIÓN/STC:

- Fiebre >38°C.
- Ausencia de respuesta al tratamiento médico (pericarditis incesante).
- Derrame pericárdico severo (>20 mm en ecocardiografía).
- Miopericarditis.
- Inicio subagudo / datos de enfermedad sistémica grave / inmunosupresión / sospecha fundada de etiología específica.
- Tratamiento concomitante con anticoagulante oral.

En ausencia de criterio de ingreso, se propone tratamiento médico y seguimiento ambulatorio por su médico de Atención Primaria.

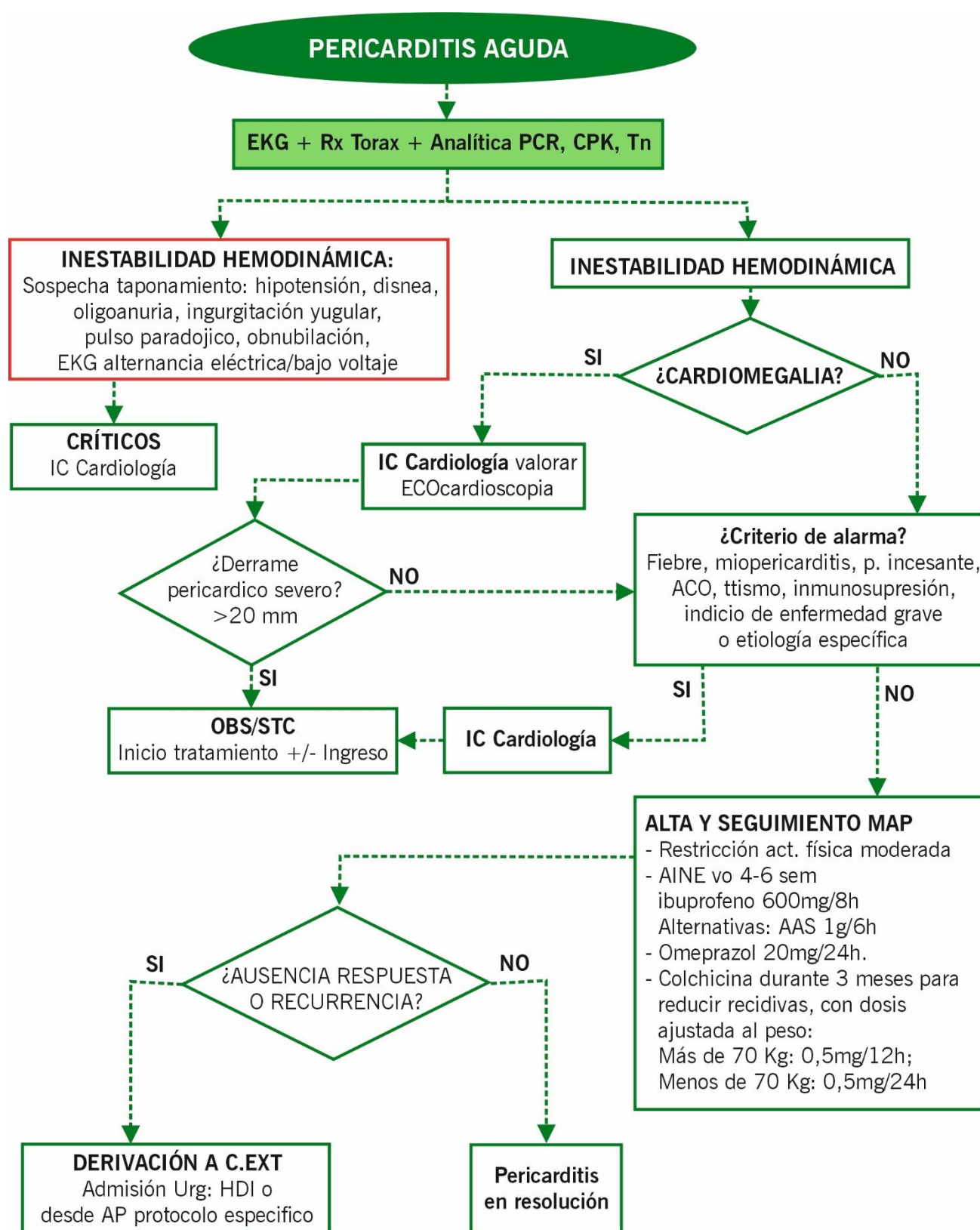
En caso de pericarditis recurrente, derivar a consultas de Cardiología del Hospital Duques del Infantado (solicitar cita en Admisión de Urgencias con el informe de alta).



## TRATAMIENTO DE LA PERICARDITIS AGUDA:

- Reposo relativo con restricción del ejercicio mientras persistan el dolor y la fiebre.
- AINE vía oral. Mantener a la dosis indicada durante 2 semanas, y reducir dosis a la mitad en las 2 semanas posteriores hasta suspender.
  - De elección, ibuprofeno 600mg/8h.
  - Alternativas: AAS 1g/6h (de elección si cardiopatía isquémica). Indometacina 50mg/8h (de elección si recurrente).
- IBP profiláctico durante terapia con AINE. De elección, Omeprazol 20mg/24h.
- Colchicina durante 3 meses para reducir recidivas, con dosis ajustada al peso:
  - Más de 70 Kg: 0,5mg/12h.
  - Menos de 70 Kg: 0,5mg/24h.
  - TFG 10-34 mL/min: 0,5mg/48-72h.

\* Los corticoides a dosis bajas-medias se reservan para contraindicación documentada a AINEs y pericarditis recidivantes o refractarias pese a cumplimiento terapéutico y a espaciamiento de la desescalada de AINE, siempre que se haya descartado etiología infecciosa. De elección si etiología autoinmune.





## BIBLIOGRAFÍA

1. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al. Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. *Rev Esp Cardiol*.2015;68(12):1126.e1-e46.
2. Jiménez Murillo L, Clemente Millán MJ, Cruz Alcaide AB, Montero Pérez FJ. Pericarditis aguda. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. Barcelona: Elsevier España; 2018. p231-3.
3. Vela Martín P, Hernández Terciado F, Cobo Marcos M. Síndromes pericárdicos agudos. En: Sanz Ruiz R, García Ortego S, Martí Sánchez D. *Manual de Urgencias Cardiovasculares de la Sociedad Castellana de Cardiología (SCC)*. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2021. p206-23.