



# UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

---

## *PERICARDITIS*

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS: ESCUELA DE MEDICINA**

Docente: Carlos Alberto García Escovar M.D.

Curso: Cuarto semestre "B"

Ecuador – Manabí - Manta

---

***Lignner Nohely Cedeño Molina***

## **Pericarditis**

### **Resumen**

La pericarditis es una enfermedad causada por la inflamación del pericardio, una membrana fibrosa doble que envuelve el corazón y cuya capa interior esta revestida por una membrana serosa. Con mayor frecuencia la causa de la enfermedad es causada por un agente viral. Afecta en su mayoría a hombres de 20 a 50 años

Su diagnóstico es principalmente clínico, caracterizándose por la triada: dolor torácico, roce pericárdico y fiebre. Las pruebas de laboratorio o imagen ayudan al diagnóstico diferencial y a identificar la presencia de derrame pericardio.

El tratamiento farmacológico de primera elección está basado en los AINES (antiinflamatorios no esteroides), como ibuprofeno, con una medicina llamada colchicina, estos medicamentos disminuirán el dolor y reducen la hinchazón del saco alrededor del corazón.

Dentro de las complicaciones que podemos encontrar están el taponamiento cardíaco, aunque lo más frecuente es que curse sin complicaciones. (Pericarditis aguda en el adulto. | Alice Leites do Canto Méndez, 2014)

**Palabras Clave:** Inflamación - Dolor Torácico - AINES

### **Summary**

Pericarditis is a disease caused by inflammation of the pericardium, a double fibrous membrane that surrounds the heart and whose inner layer is covered by a serous membrane. More often the cause of the disease is caused by a viral agent. Affects mostly men 20 to 50 years

Its diagnosis is mainly clinical, characterized by the triad: chest pain, pericardial rubbing and fever. Laboratory or imaging tests help the differential diagnosis and to identify the presence of pericardial effusion.

First-line pharmacological treatment is based on AINES (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, such as ibuprofen, with a medicine called colchicine, these drugs will decrease pain and reduce swelling of the sac around the heart.

Among the complications that we can find are cardiac tamponade, although the most frequent thing is that it does not present any complications. (Acute pericarditis in the adult. Alice Leites do Canto Méndez, , 2014)

**Keywords:** Inflammation - Thoracic Pain – AINES

## **1. INTRODUCCION**

La pericarditis aguda es una enfermedad dada por la inflamación del pericardio, que es una membrana serosa que recubre el corazón compuesto por dos capas, el pericardio parietal y visceral. Se manifiesta por los siguientes signos y síntomas: dolor torácico; roce pericárdico presente en el 33 al 85% de las pericarditis y cuando está es patognomónico; con alteraciones evolutivas en la repolarización ventricular en el electrocardiograma, y se considera también para el diagnóstico la presencia de derrame pericárdico en el ecocardiograma. Se considera aguda por su evolución en 1 a 6 semanas y generalmente es de curso benigno por lo cual pasa desapercibida, solo en el 5% de casos presenta complicaciones graves como es el taponamiento cardiaco cuyas consecuencias pueden ser mortales. (Dra. Carmen Paes, 2014)

Es difícil establecer incidencia ya que por su evolución y curso benigno de la enfermedad. En algunos estudios realizados en autopsias se han encontrado en un total del 1%. La etiología se describen en un 80 a 90% como idiopáticas dentro de las cuales se incluyen las sospecha viral, ya que no se realizan estudios para identificar a estos patógenos dados los altos costos, los demás son secundarios a otras patologías como: infecciones bacterianas, patologías de tejido conectivo, tumorales, neoplasia, algunos fármacos.( Dra. Noelia Brandon, 2014)

Esta patología requiere de un diagnostico precoz para que sea posible la identificación de los pacientes con alto riesgo de complicaciones iniciar un tratamiento adecuado precozmente.

## **2. Desarrollo**

### **2.1 Definiciones básicas**

En la pericarditis el paciente mayormente presente dolor retroesternal intenso. Las descripciones pueden ser variables, pero el cuadro habitual es el de inicio de dolor retroesternal agudo con irradiación hacia la espalda y se empeora con la respiración profunda o la tos. El dolor a menudo depende de la posición: empeora en la posición de decúbito y se reduce sentado, o al inclinarse hacia delante. (Mcphee y Hammer, 2011 ,278)

El médico dispone de tres criterios de diagnóstico en la pericarditis aguda, que no necesariamente están presentes al mismo tiempo: la historia clínica de dolor típico (con frecuencia acompañado de fiebre), la auscultación cardíaca y las alteraciones del electrocardiograma. Existe un cuarto criterio que se presenta con menos frecuencia y es el aumento del líquido que hay entre las dos capas del pericardio. A esto se le llama derrame pericárdico y se puede ver realizando un ecocardiograma. Generalmente basta para hacer el diagnóstico que dos de estos tres criterios estén presentes en algún momento de la evolución de la enfermedad. Puede extraerse una muestra del líquido del pericardio empleando una aguja. Este procedimiento se denomina pericardiocentesis. La muestra de líquido extraída se analiza a fin de detectar la presencia de una infección u otras enfermedades, pero en la mayoría de los casos de pericarditis aguda no es necesario realizar pericardiocentesis para su diagnóstico, ya que se trata de un proceso benigno que tiende a remitir en poco tiempo. (Dra. Isabel Coma Canella, 2015)

#### **2.2.1 Factores que modifican su fisiopatología**

En la pericarditis, el examen al microscopio de especímenes pericárdicos obtenidos en el momento de una intervención quirúrgica o de la autopsia, muestra signos de inflamación aguda, con números aumentados de leucocitos polimorfonucleares, incremento de la vascularidad y depósito de fibrina. Si la inflamación es de duración prolongada el pericardio puede hacerse muy fibrótico y mostrar tejido cicatrizal de depósito de calcio. El pericardio muy fibrótico puede inhibir el llenado de los ventrículos. En este

punto, aparecen signos de pericarditis constrictiva. (Mcphee y Hammer, 2011 ,278)

Es una serosa que recubre al corazón mediante 2 hojas que se repliegan sobre sí mismas dejando dos fondos de saco. Entre ellas dejan líquido seroso. Es un órgano extracardiaco. El líquido pericárdico son 20 – 25 ml. Escasa información sobre la formación del líquido pericárdico. Por su composición es posible que sea filtración desde el epicardio o segregado desde el endocardio. Propiedades:

- Posee cierta limitación o restricción fisiológica del llenado, cuando se produce sobrecarga brusca del mismo.
- La P intrapericárdica es superior a la atmosférica y es similar a la de la aurícula derecha pero puede variar segmentariamente.
- El pericardio “in vitro” es extensible en el eje corto pero no en el largo o longitudinal.
- La P intrapericárdica juega un importante papel en la P intraventricular.

#### **Fisiología transformada por la patología:**

- El pericardio engrosado resiste más a la distensión que el normal.
- Un pericardio engrosado y con aumento de líquido entre hojas provoca taponamiento con menor cantidad de líquido.
- Puede engrosarse por: inflamaciones, irradiaciones, neoplasias, infecciones, causas idiopáticas.
- Las dilataciones ventriculares pueden modificarse o influir en la cuantía del derrame.
- El equilibrio hídrico influye notablemente en las repercusiones del derrame sobre la dinámica cardíaca.
- El líquido pericárdico puede acumularse siendo clínicamente o provocando taponamiento cardíaco. (Comunidad de divulgación científica técnica, 2005)

#### **2.2 Manifestaciones clínicas**

#### **2.3 Dolor retro esternal.**

El dolor suele instaurarse de una forma relativamente rápida, aunque no tan brusca como el dolor del infarto agudo de miocardio. Su duración es prolongada (en general de varios días), se localiza en la región precordial o retroesternal y se puede irradiar al cuello, la espalda, el hombro y el brazo izquierdo; es muy característica su irradiación a la región supraclavicular y a la zona de los trapecios debido a la afección de los nervios frénicos que atraviesan el diafragma. El dolor suele aumentar de intensidad con la inspiración, los movimientos torácicos, el decúbito y la tos, y suele mejorar en sedestación con el tronco inclinado hacia delante. Aunque el dolor torácico propio de la pericarditis es bastante característico, no permite, por sí solo, establecer el diagnóstico. Se debe poner énfasis en este punto, ya que con cierta frecuencia vemos a pacientes que han sido diagnosticados de pericarditis sólo por este síntoma y a menudo por dolores torácicos relativamente inespecíficos. Otros síntomas frecuentes son la sensación de disnea, que puede estar presente no sólo en los pacientes con taponamiento cardíaco, sino también en los pacientes sin ningún tipo de compromiso hemodinámico debido a la limitación de la amplitud de la inspiración causada por el propio dolor. Puede haber también fiebre, tos y astenia. (Dr. J. Sagristà Sauleda. 2005)

## **2.4 Examen físico**

### **2.5 Frote de fricción**

El signo característico y patognomónico de la pericarditis aguda es el roce pericárdico, el cual se ausculta en un 60-85% de los casos, aproximadamente. Su presencia permite establecer con seguridad el diagnóstico de pericarditis aguda, pero su ausencia no lo descarta. El roce es un ruido rugoso y superficial que se ausculta con la máxima intensidad en el mesocardio y el borde paraesternal izquierdo bajo y que varía de intensidad con los movimientos respiratorios, aumentando habitualmente en la inspiración. El roce típico tiene 3 componentes (presistólico causado por la contracción auricular, sistólico causado por la contracción ventricular y diastólico en relación con la fase de llenado ventricular rápido en la protodiástole), pero a veces tiene sólo 2 o 1 componente, en cuyo caso se puede confundir con un soplo. El roce es a menudo evanescente, de forma

que es importante auscultar repetidamente a los pacientes con sospecha clínica de pericarditis. Por otra parte, puede estar presente tanto en las pericarditis sin líquido como en las pericarditis con derrame importante, incluso en pacientes con taponamiento cardíaco. Cuando la pericarditis cursa con derrame importante pueden aparecer signos de taponamiento que comentaremos más adelante. Cuando el derrame es muy importante, los ruidos cardíacos pueden estar apagados, aunque no siempre. (Dr. J. Sagristà Sauleda. 2005)

## **2.6 Signo de constricción**

El paciente con pericarditis constrictiva, el llenado-diastólico temprano del ventrículo ocurre por lo general, pero el pericardio engrosado, no elástico, interrumpe el llamado de modo súbito. Este cese del llenado puede observarse en la curva de presión-tiempo del ventrículo, y quizá es la causa del golpe diastólico, además, el vaciamiento rápido de la aurícula conduce a un trazo descendente y notorio que hace que la onda v sea más notable en el trazo de la presión auricular. La presión venosa sistémica esta alta, porque el flujo que entra al corazón, y el llenado del lado derecho del corazón aumenta con un decremento acompañante de la presión venosa sistémica. En pacientes con pericarditis constrictiva esta respuesta normal se evita y aparece signo de Kussmaul. La presión venosa sistémica alta puede causar acumulación de líquido en el hígado y el espacio intraperitoneal, lo que da pie a hepatomegalia y ascitis.

## **Conclusión**

- La enfermedad pericárdica puede comprender inflamación del pericardio o cantidades anormales de líquido en el espacio entre los pericardios visceral y parietal.
- el cuadro habitual es el de inicio de dolor retroesternal agudo con irradiación hacia la espalda y se empeora con la respiración profunda o la tos, que empeora en la posición de cubito y se reduce un poco cuando el paciente se sienta un poco hacia delante. Otros síntomas frecuentes son la sensación de disnea, que puede estar presente no sólo en los pacientes con taponamiento cardíaco, sino también en los pacientes sin ningún tipo de compromiso hemodinámico debido a la limitación de la amplitud de la inspiración causada por el propio dolor. Puede haber también fiebre, tos y astenia.
- El tratamiento farmacológico de primera elección está basado en los AINES (antiinflamatorios no esteroides), estos medicamentos disminuirán el dolor y reducen la hinchazón del pericardio alrededor del corazón.



## Bibliografía

Stephe J. Mcphee y Gary D. Hammer (2011): "*Transtornos cardiovasculares: enfermedad del corazón*" en McGrawHill, eds, pp. 247-281.

Jaume Sagristà Sauleda, Gaietà Permanyer Miralda, Jordi Soler Soler (2005) "*Orientación diagnóstica y manejo de los síndromes pericárdicos agudos*" en Revista española de Cardiología, vol. 58. <http://www.revespcardiol.org/es/orientacion-diagnostica-manejo-los-sindromes/articulo/13077235/>

Dra. Alice Leites do Canto Mendez, Dra. Noelia Brandon, Dra. Carmen Paes (2014): "*Pericarditis aguda en el adulto*" en Medicina de emergencia, BIOMEDICINA, pp.64-73.

Dra. Isabel Coma Canella (2015): "*Pericarditis: Diagnóstico Y Tratamiento De La Pericarditis En La Clínica*" en Universidad de Navarra. [http://www.cun.es/es\\_EC/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pericarditis](http://www.cun.es/es_EC/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pericarditis)

Julian Clavería Oviedo Asturias (2006) "*Pericarditis Aguda*" Hospital Universitario Central De Asturias. <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/cardiologia/colgarweb/pericarditis%20aguda.pdf>