



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



COMUNICACIONES CLÍNICAS

Dolor torácico agudo causado por necrosis de la grasa pericárdica: un diagnóstico a considerar en algunos pacientes

Acute chest pain caused by pericardial fat necrosis: a diagnosis to consider in some patients

S. Estébanez-Seco^a, A. Julián-Jiménez^{a,*}, J.J. Puche-Paniagua^b, M.C. Ruiz Yagüe^c, C. Cereceda Pérez^c y F. Cuadra-García Tenorio^b

^aServicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

^bUnidad de Corta Estancia, Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

^cServicio de Radiodiagnóstico, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

Recibido el 26 de marzo de 2010; aceptado el 3 de mayo de 2010

Disponible en Internet el 18 de septiembre de 2010

Introducción

La necrosis aguda de la grasa pericárdica (NAGP) es una entidad infrecuente, de curso benigno y etiología desconocida, con muy pocos casos publicados hasta la fecha¹⁻⁴. Además, entre estos apenas se han descrito algunos que han presentando episodios recidivantes⁴. Su diagnóstico es muy poco frecuente, entre otras cosas porque el clínico suele descartar otras enfermedades como la cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar, etc., tanto en el servicio de urgencias (SU) como en las consultas. El cuadro típico se caracteriza por episodios repetidos de dolor en hemitórax izquierdo de uno o varios días de evolución, que suele limitarse o aliviarse tras tratamiento analgésico y antiinflamatorio, pero que en ocasiones es tan intenso que puede sugerir, inicialmente, un síndrome coronario agudo y acompañarse de presíncopes o síncope. La imagen de masa yuxtacardiaca en la radiografía de tórax suele ser el signo de alarma que indica la posibilidad de una NAGP.

Cabe destacar que el término «NAGP» probablemente sea erróneo ya que, realmente, se afecta la grasa de localización

anterior al pericardio, por lo que estamos de acuerdo con Pineda et al que la denominación correcta de este cuadro podría ser «necrosis de la grasa epipericárdica»⁵. Todavía en la actualidad su patogenia resulta desconocida y no se ha podido demostrar ningún factor predisponente, aunque algunos autores refieren que el sexo y la edad pudieran estar relacionados, ya que la mayoría de casos descritos corresponden a mujeres de 40 a 60 años de edad^{3,6,7}. Por otra parte, el sobrepeso o la obesidad están presentes en casi dos terceras partes de los casos publicados en la literatura²⁻⁵.

Caso clínico

Mujer de 52 años que, tras haber acudido dos veces a su centro de salud, consultó en el SU por presentar dolor en hemitórax izquierdo irradiado a escápula y brazo izquierdo, de varios días de evolución, sin fiebre, ni tos ni expectoración. Inicialmente el dolor había cedido de forma parcial con paracetamol e ibuprofeno, pero en distintos momentos de exacerbación durante su atención en el propio SU, se acompañó de episodios pre-síncopales, diaforesis e intenso malestar con sensación de disnea. No existía traumatismo previo. En relación con sus antecedentes personales no

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agustin.jj@wanadoo.es (A. Julián-Jiménez).

existía hipertensión arterial, ni dislipemias, ni diabetes, ni hábitos tóxicos, pero presentaba obesidad con un índice de masa corporal de 33. Estaba en seguimiento por cardiología por episodios sincopales de repetición y dolores torácicos ocasionales. La exploración física y neurológica fueron normales, estaba eupneica y la presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura eran normales.

Se le realizó un electrocardiograma (ECG) y un estudio analítico completo [gasometría, hemograma, bioquímica, creatinín-fofokinas (CPK), troponina I y dímero D] que no mostró datos alterados. En la radiografía de tórax postero-anterior (PA) y lateral (L) llamaba la atención un discreto abombamiento focal del contorno cardíaco izquierdo que sugería patología mediastínica anterior o del pericardio (fig. 1). Ante este hallazgo radiológico y la persistencia del dolor con episodios de mareo y un síncope (posiblemente vasovagal) presenciado en el SU, la paciente ingresó en observación para realizar seriación de electrocardiograma y enzimas de daño miocárdico (que no mostraron cambios ni sugerían enfermedad coronaria), monitorización y tratamiento sintomático según el protocolo de atención para los dolores torácicos no traumáticos de nuestro SU. Se solicitó un estudio de ecocardiografía-Doppler al cardiólogo de guardia que informó como «compatible con la normalidad». Finalmente, se decidió completar el estudio con una tomografía computarizada (TC) (fig. 2), donde se observaba un aumento de la densidad de la grasa del pericardio, adyacente al ápex cardíaco y espacio cardiofrénico izquierdo con un mínimo derrame pleural, todos estos hallazgos eran sugestivos de una NAGP y similares a los descritos por otros autores³⁻⁷. Tras permanecer en la unidad de corta estancia (UCE) por dos días recibiendo tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y distintos analgésicos, mejoró el dolor y desaparecieron los episodios de mareo y presíncopales. Un mes después la paciente continuaba asintomática, y una TC de control a los tres meses fue normal. Pero, tras seis meses libre de síntomas, acudió en una semana dos veces al SU con dolor torácico, solo parcialmente similar al descrito previamente, pero también con episodios de gran intensidad y moderada mejoría con analgésicos y antiinflamatorios. En esta nueva ocasión en las radiografías de tórax (PA y L) no se encontró ninguna imagen

patológica, aunque la TC torácica realizada posteriormente mostró de nuevo hallazgos compatibles con NAGP.

Comentario

La NAGP se caracteriza por dolor torácico izquierdo agudo, limitado tras tratamiento analgésico y antiinflamatorio, asociado solo en algunas ocasiones a una imagen de masa yuxtacardiaca en la radiografía de tórax¹⁻⁵. Por ello, el diagnóstico se debe establecer (cuando el cuadro es sugestivo) o confirmar (cuando existe una imagen compatible en la radiología de tórax) por TC, que debe incluirse en el estudio de determinados pacientes con dolor torácico de etiología no aclarada donde se ha descartado el origen coronario previamente⁸. La realización de TC cardíaca y torácica para descartar patología coronaria y otras causas de dolor torácico no traumático, cada día se encuentra más protocolizada en las unidades de observación, UCE y unidades de dolor torácico por el rendimiento diagnóstico en determinados pacientes^{8,9}, como nuestro caso, tanto en varones como en mujeres¹⁰.

El perfil típico coincide con el de nuestra paciente²⁻⁷. Además, debemos tener en cuenta que la radiografía puede ser normal tanto en el primer episodio como en las recidivas, encontrándose en casi el 100% de los casos hallazgos que nos confirmarán el diagnóstico en la TC. El tratamiento indicado es inicialmente conservador con el fin de controlar el dolor y realizar control con TC para comprobar la resolución, de forma ideal en uno o dos meses. La exéresis quirúrgica está limitada a casos rebeldes al tratamiento, recidivantes, o ante la duda diagnóstica de malignidad, para descartar una neoplasia^{1,2}. Los hallazgos típicos encontrados en la TC son el hallazgo de una parte de la grasa anterior al pericardio encapsulada y descubrir cambios inflamatorios (bandas densas y/o engrosamiento del pericardio adyacente), similares a los que se pueden apreciar en la figura 2. Estos dos, junto con el dolor torácico de características pleuríticas, forman una tríada altamente sugestiva de NAGP^{2,3,5}.

Este caso nos aporta dos reflexiones: aunque «benigna», la NAGP puede ser limitante por la intensidad del dolor y

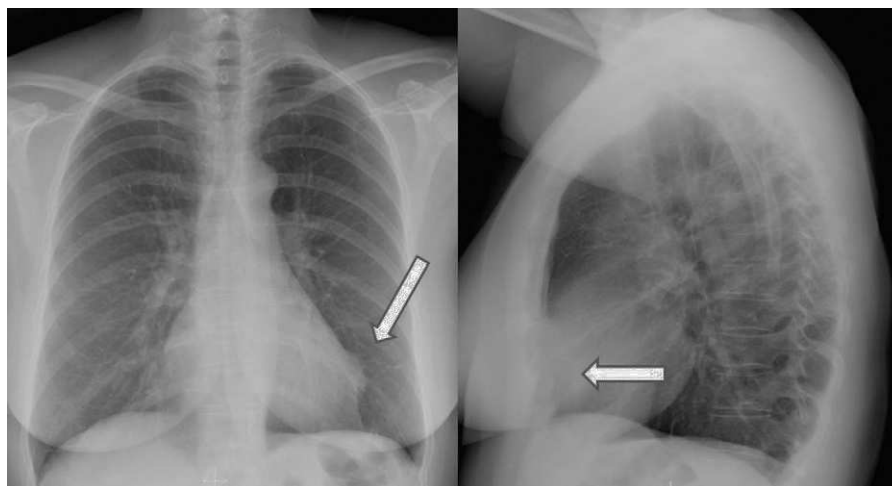


Figura 1 Radiografía de tórax PA y L con abombamiento focal del contorno cardíaco izquierdo.

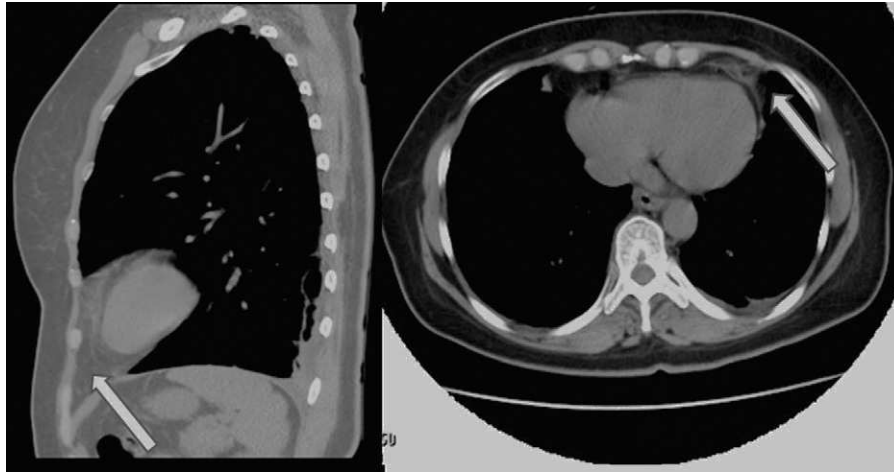


Figura 2 Tomografía computarizada con lesión de grasa encapsulada pericárdica con cambios inflamatorios (bandas densas y/o engrosamiento del pericardio adyacente).

precisar ingreso en Observación o UCE para su control y descartar otras enfermedades como el síndrome coronario, y por otro lado, la necesidad de realizar TC ante la sospecha o antecedentes de NAGP, por la baja sensibilidad y especificidad de la radiología simple.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stephens DA, Kocab F. Youngstown, Ohio. Brief Communications: Pericardial fat necrosis. *Thorac Cardiovasc Surg.* 1988;95:727–37.
2. Herbert LF. Pericardial fat necrosis. A review and update. *Text Heart Inst J.* 2010;37:82–4.
3. Van den Heuvel DAF, Van Es HW, Cirkel GA, Bos WJW. Acute chest pain caused by pericardial fat necrosis. *Thorax.* 2010;65:188.
4. Pineda V, Cáceres J, Andreu J, Vilar J, Domingo ML. Epicardial fat necrosis: radiologic diagnosis and follow-up. *Am J Roentgenol.* 2005;185:1234–6.
5. Pineda V, Andreu J, Cáceres J, Merino X, Varona D, Domínguez Oronoz R. Lesions of the Cardiophrenic Space: Findings at Cross-sectional Imaging. *Radiographics.* 2007;27:19–32.
6. Young Lee B, Sup Song K. Case report. Calcified chronic pericardial fat necrosis in localized lipomatosis of pericardium. *Am J Roentgenol.* 2007;188:W21–4.
7. Pardos-Gea J, Ordi-Ros J. Diagnóstico: Necrosis de la grasa pericárdica. *Med Clin (Barc).* 2007;128:120.
8. García Álvarez A, Fernández Frieria L, Fuster V, Sanz J. Papel de las nuevas técnicas de imagen en el diagnóstico de síndrome coronario agudo en urgencias. *Emergencias.* 2010;22:125–9.
9. González Armengol JJ, Fernández Alonso C, Martín Sánchez FJ, González del Castillo J, López Farré A, Elvira C, et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias.* 2009;21:87–94.
10. Riesgo A, Bragulat E, López Barbeito B, Sánchez M, Miró O. Aproximación diagnóstica al dolor torácico en urgencias: ¿existen diferencias entre mujeres y hombres? *Emergencias.* 2008;20:399–404.