



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 204/50 - ¡¡Menos mal que he mejorado con tratamiento farmacológico!!

M.D. García Sanfilippo<sup>a</sup>, M.J. Domínguez Arévalo<sup>b</sup>, M. Rodríguez Porres<sup>c</sup>, N.E. San Pedro Ortiz<sup>d</sup>, V. Olavarria Ateca<sup>b</sup> y C. Bonnardeaux Chadburn<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS San Vicente de la Barquera. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Colindres. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. CS Bajo Asón. Ampuero. <sup>d</sup>Médico de Familia. CS Alto Asón. Ramales de la Victoria. <sup>e</sup>Médico de Familia. CS Los Valles. Mataporquera.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 65 años, en tratamiento con enalapril y atorvastatina por hipertensión e hipercolesterolemia, comienza con disnea de esfuerzo, descenso de la diuresis y edemas en ambos tobillos, por lo que acude a su médico de familia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Su médico inicia tratamiento con furosemida, pero el cuadro empeora con la aparición de ascitis, por lo que, sospechando insuficiencia cardíaca, realiza electrocardiograma en el que aparece un bloqueo trifascicular y se deriva a Cardiología, donde solicitan una radiografía de tórax (en la que se observa cardiomegalia y calcificación pericárdica intensa) y un ecocardiograma (con engrosamiento y calcificación del pericardio con predominio en la cara posterior del ventrículo izquierdo y la cara diafragmática y anterior del ventrículo derecho, con una zona de calcificación nodular de gran tamaño que comprime la pared anterior del ventrículo derecho). Con el diagnóstico de pericarditis constrictiva, se deriva al paciente al hospital para completar estudio y tratamiento. Durante el ingreso, se realiza TAC torácico, donde confirman calcificación pericárdica con calcificación quística en cavidades derechas; y coronariografía, en donde observan enfermedad coronaria severa, con obstrucción crónica de la descendente anterior, ateromatosis severa de la coronaria derecha y una fracción de eyección del 33%. Inician tratamiento con diuréticos, desapareciendo de forma parcial los edemas y la ascitis. El paciente no recuerda clínica infecciosa en la infancia ni clínica de cardiopatía isquémica. Por la buena evolución del proceso y la dificultad de la revascularización coronaria y la pericardiectomía, se decide control evolutivo y tratamiento médico, añadiendo a su tratamiento habitual furosemida y ácido acetilsalicílico.

**Juicio clínico:** El diagnóstico definitivo fue pericarditis constrictiva.

**Diagnóstico diferencial:** Antes de obtener el diagnóstico definitivo de pericarditis constrictiva, deberemos hacer un diagnóstico diferencial con miocardiopatía restrictiva: es el principal reto en el diagnóstico diferencial porque tiene un mecanismo fisiopatológico similar, y la clínica es parecida. Taponamiento cardíaco. Estenosis mitral o aórtica. Infarto del ventrículo derecho. Otros: cirrosis hepática.

**Comentario final:** En la pericarditis constrictiva aparece un pericardio engrosado, fibroso y calcificado que limita el llenado diastólico de ambos ventrículos sin alterar la función sistólica ventricular; Su diagnóstico puede ser relativamente sencillo, siendo muy importante tener un alto índice de sospecha ante todo paciente con un cuadro de insuficiencia cardíaca derecha y sin signos (o poco marcados) de insuficiencia cardíaca

izquierda. El signo clave es la ingurgitación yugular; otros son la hepatomegalia, ascitis, disnea, edemas en extremidades inferiores y derrame pleural. Con estos signos, la calcificación pericárdica en la radiografía de tórax es suficiente para el diagnóstico. Y aunque el tratamiento definitivo es la pericardiectomía, ésta tiene un alto riesgo, con una mortalidad del 25-40% en pacientes con calcificación pericárdica extensa, por lo que en el caso de nuestro paciente, decidieron tratamiento farmacológico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Peset AM, Martí V, Cardona M, Montiel J, Guindo J, Domínguez JM. Resultados de la pericardiectomía por pericarditis constrictiva. Rev Esp Cardiol. 2007;60:1097-101.
2. McCully HB, Higano ST, Oh JK. Diagnosis of constrictive pericarditis. Circulation. 1999;99:2476-81.