



ELSEVIER



CARTA CLÍNICA

Utilidad de la ecografía en el diagnóstico de la pericarditis aguda en atención primaria



Use of Ultrasound in the Diagnosis of Acute Pericarditis in Primary Care

Presentación del caso

Varón de 25 años que acude a consulta por presentar fiebre de 39 °C durante 5 días de evolución. Se acompaña de congestión nasal, tos con expectoración amarillenta, disnea, odinofagia y un dolor centro-torácico, pre-esternal, tipo pinchazos que ese día ha empeorado y que aumenta con la tos y en decúbito lateral. Se irradia a la región interescapular.

Exploración física: TA: 129/69; FC 84 lpm; SatO₂ 99% en reposo; T.ª 38,2 °C. Por órganos y aparatos, la exploración fue normal salvo una faringe discretamente eritematosa.

Pruebas complementarias

EKG: normal. Sin movimientos del ST, ni alteraciones en la repolarización.

Ante la posibilidad de una pericarditis aguda, y para descartarla, se decide la realización de una ecografía, como primera medida antes de derivar a un centro hospitalario. En ella se objetiva un halo hipoeocogénico que rodea la pared más anterior e inferior del corazón que llega a medir hasta 9 mm en su máximo espesor, sugiriendo la presencia de derrame pericárdico.

En ese momento, y ante la sospecha de pericarditis aguda y dada la presencia de un derrame pericárdico, volvemos a auscultar al paciente en posición decúbito e inclinado hacia delante, sin escuchar roce pericárdico. Se decide remitir al paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia, donde se le somete además de a otro EKG, a una analítica general que no muestra grandes alteraciones salvo una discreta elevación de GPT 61 U/l y donde se descarta elevación de enzimas cardíacas. Rx de tórax: índice cardioráctico aumentado.

El paciente es valorado por un cardiólogo que aprecia un leve roce en sedestación. Realizan un ecocardiograma transtorácico, donde no objetivan colapso de cavidades derechas

pero sí un *derrame pericárdico de localización global con máximo grosor de 9 mm sobre la cara inferior*.

El *juicio clínico* emitido en la urgencia es el de cuadro compatible con *pericarditis aguda* de tipo viral con derrame pericárdico leve a moderado sin datos clínicos ni ecocardiográficos de compromiso hemodinámico.

El paciente es remitido al domicilio en tratamiento pautado con ibuprofeno y con control posterior por su médico de atención primaria.

La *evolución* del paciente con el tratamiento antiinflamatorio fue adecuada desapareciendo el dolor en la primera semana y no se objetivó derrame pericárdico en una ecografía realizada en atención primaria un mes después.

Ante un paciente como el anteriormente descrito nos deberíamos plantear el siguiente *diagnóstico diferencial*:

1. *Dolor torácico musculoesquelético*, poco probable, por la presencia de fiebre y expectoración.
2. *Cardiopatía isquémica*, poco probable, dada la edad del paciente y sin la presencia de FRCV. Si bien, se indicó la realización de un EKG.
3. *Bronquitis-asma*. No tiene antecedentes y no hay signos clínicos evidentes.
4. *Tromboembolismo pulmonar*. Es posible pero la probabilidad del mismo sería muy baja por la edad y los síntomas catarrales.
5. *Neumotórax*. La Rx de tórax de urgencia los descartó. Sería raro que se acompañase de un cuadro febril.
6. *Neumonía*. Quedó descartada con la Rx de tórax en urgencias.
7. *Pericarditis*. El cuadro clínico es compatible.

La pericarditis aguda, es un proceso que se caracteriza por una inflamación en el pericardio y que se acompaña de dolor torácico que puede ser intenso, parecido al del infarto agudo de miocardio, pero de carácter agudo-punzante, como el pleurítico y que se modifica con la postura (aliviándose al inclinarse hacia delante)¹.

Tradicionalmente se considera un cuadro de diagnóstico clínico, que puede hacerse cuando confluyen 2 de los 3 criterios clásicos: presencia de dolor torácico típico de pericarditis, auscultación característica (roce pericárdico) y cambios en el ECG (primera fase: elevación del segmento ST de concavidad superior, segunda fase: normalización del ST y se inicia aplanamiento de la onda T, tercera fase:

inversión de las ondas T con normalización posterior en semanas o meses^{2,3}.

Actualmente se considera que las *principales características clínicas* de una pericarditis son^{4,5}:

1. *Dolor torácico*, típicamente punzante y pleurítico que mejora al sentarse o al inclinarse hacia delante.
2. La presencia de *roce pericárdico* (el roce puede aparecer y desaparecer a lo largo del curso clínico de la enfermedad, es más fácil de escuchar con el paciente en sedestación e inclinado hacia delante, o colocándose boca abajo sobre codos y rodillas, postura esta última poco recomendada por la incomodidad para el paciente)⁵.
3. Cambios en el *electrocardiograma*: elevación del ST o depresión del PR, extensa y de nueva aparición.
4. Derrame pericárdico.

El ecocardiograma del paciente con un cuadro franco o sospechoso de pericarditis puede objetivar un derrame pericárdico. *Si bien la presencia de este establece el diagnóstico de pericarditis, su ausencia no la descarta*. Solamente un 60% de estos pacientes presentan derrame pericárdico cuando se someten a un ecocardiograma y en la mayoría de los casos de una cuantía pequeña y moderada (79 y 10%, respectivamente) sin ninguna consecuencia hemodinámica. Únicamente un 5% presentan un taponamiento cardiaco^{5,6}.

Estos mismos autores establecen como criterio diagnóstico de la pericarditis la presencia, en el contexto clínico de la misma, de un derrame pericárdico^{5,6}, dejando claro que la ausencia del mismo no descarta el cuadro clínico. Por tanto, se establecería el *diagnóstico* de pericarditis en un paciente que presente *al menos 2 de las 4 características clínicas* previamente descritas⁵.

Hoy en día, en nuestra práctica clínica habitual, la mayoría de estos pacientes son manejados en un ámbito extrahospitalario, siendo tratados con antiinflamatorios no esteroideos. Existen criterios clínicos perfectamente establecidos que definen al paciente de alto riesgo y cuya presencia implicaría un ingreso⁵:

1. Fiebre > 38 °C y leucocitosis.
2. Taponamiento cardiaco.
3. Derrame de grandes dimensiones (espacio libre de ecos mayor de 20 mm).
4. Inmunodeprimidos.
5. Tratamiento con anticoagulantes orales.
6. Antecedente traumático agudo.
7. Fracaso terapéutico tras 7 días con AINE.
8. Troponina elevada, sugiriendo la presencia de miopericarditis.

La presencia de derrame pericárdico se objetiva, porque el aumento de líquido pericárdico determina la separación del pericardio parietal y el visceral, acumulándose líquido en un espacio fisiológicamente virtual. El signo ecográfico distintivo de un derrame pericárdico es la visualización de un material hipoecoico con características de líquido en el espacio pericárdico. Cuando la cuantía del líquido alcanza 100 ml, la distribución es circunferencial y la cavidad

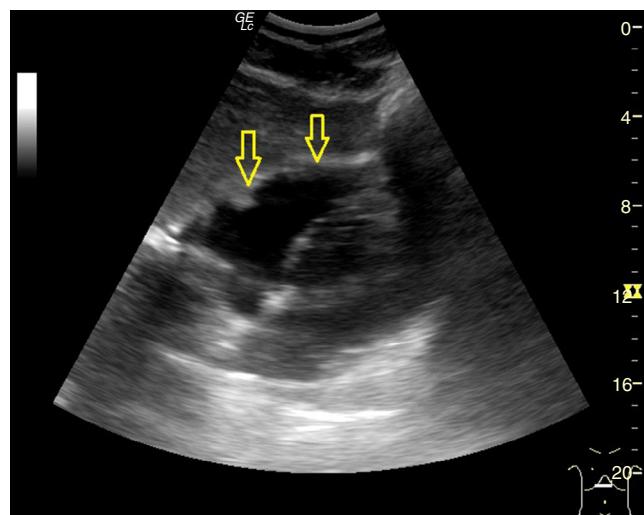


Figura 1 Corazón normal.

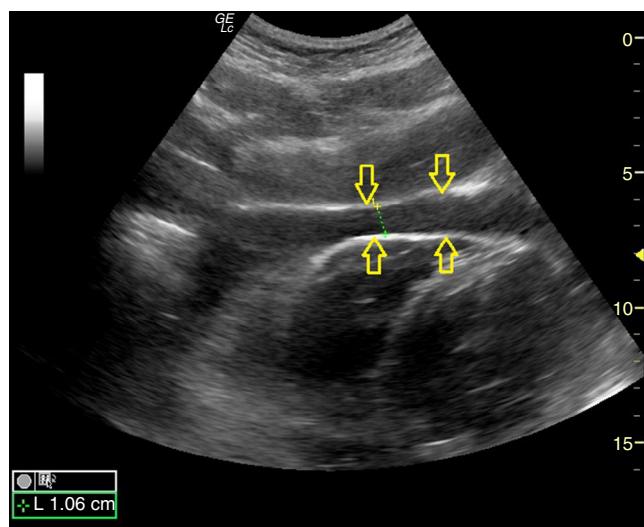


Figura 2 Derrame pericárdico.

pericárdica se llena por completo⁷. Es en este momento cuando se hace visible en todas las proyecciones.

La propuesta al utilizar la ecografía en atención primaria, es liberar de incertidumbre nuestras decisiones ante la sospecha de una pericarditis. Si disponemos de un ecógrafo con sonda convexa de baja frecuencia (sonda habitual para la práctica de ecografía abdominal y que está presente en todos los ecógrafos que se utilizan en las consultas de atención primaria) podemos hacer un corte subxifoideo permitiendo en la mayoría de los casos la visualización apical y del borde más anteroinferior del corazón ([figs. 1 y 2](#)).

Ahora bien, la realización de la ecografía en la consulta de atención primaria, como en este caso clínico, no exime de una derivación a urgencias del hospital, ya que en todos los casos deben determinarse las enzimas miocárdicas para descartar la miopericarditis⁵.

La ecografía permite al médico de familia mínimamente adiestrado establecer la presencia de un derrame pericárdico en un contexto clínico muchas veces incierto, ya que en múltiples ocasiones nos vamos a enfrentar a pacientes con

dolor torácico, sin roce pericárdico y sin alteraciones electrocardiográficas al inicio del cuadro y que con la presencia de un derrame cumplirían criterios clínicos de pericarditis aguda.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison. Manual de Medicina. 16.^a edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2005.
 2. Casado Vicente V, Calero Muñoz S, Cordón Granados F, de Serdio Romero E, Ezquerre Lezcano M, Gálvez Ibáñez M, et al. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2007.
 3. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 17.^a edición Barcelona: Elsevier; 2012.
 4. Troughton RW, Asher CR, Klein AL. Pericarditis. Lancet. 2004;363:717–27.
 5. Imazio M. Clinical presentation and diagnostic evaluation of acute pericarditis. En: UpToDate, Rose BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA; 2013.
 6. Imazio M, Demichelis B, Parrini I, Giuggia M, Cecchi E, Gaschino G, et al. Day-hospital treatment of acute pericarditis: A management program for outpatient therapy. J Am Coll Cardiol. 2004;43:1042–6.
 7. Otto CM. Ecocardiografía clínica. 2.^a edición Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005.
- A. Calvo Cebrián*, Y. Ginés Díaz, P. Henares García, E. Fernández Yebra y P. Soladana Blanco
- Medicina de Familia, Centro de Salud de Galapagar, Galapagar, Madrid, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: acalceb@gmail.com (A. Calvo Cebrián).