

Volviendo a las bases: Cuando las imágenes de los libros aparecen en el paciente. A propósito de un caso de pericarditis aguda.

Ismael José Dorta Luis*, Carlos Solís Reyes**, Luis Francisco Pérez Baena**, Pedro Carballo Marrero**, Manuel Roa Prieto*, Cristina Batista González*

*Médico interno residente de Pediatría y sus áreas específicas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria
** Peditra. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Resumen

El dolor torácico es un motivo frecuente de consulta en el servicio de urgencias pediátricas. La pericarditis no suele ser la causa más frecuente, pero su gravedad obliga a descartarla en la valoración del paciente. Presentamos el caso de un varón de 12 años de edad diagnosticado de pericarditis aguda en nuestro hospital, presentando síntomas y signos descritos clásicamente en la literatura. Conocer la fisiopatología y reconocer las características electrocardiográficas es importante para llegar a un diagnóstico e iniciar un tratamiento adecuado.

Palabras clave: urgencias pediátricas, pericarditis, derrame pericárdico, cardiología pediátrica

Backs to books, when images appear on the patient. Acute pericarditis: case report

Summary

Chest pain is a frequent chief complaint in the pediatric emergency department. Pericarditis is not usually the most common cause, but because of the severity it is necessary to discard in the evaluation of the patient. We present the case of a 12-year-old man diagnosed with acute pericarditis in our hospital, presenting symptoms and signs classically described in the literature. Know the pathophysiology and recognize electrocardiographic characteristics permit to reach a diagnosis and initiate adequate treatment.

Keywords: pediatric emergency, pericarditis, pericardial effusion, pediatric cardiology

Introducción

El dolor torácico es considerado un síntoma cardinal en las urgencias cardiológicas. Además, también es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias pediátricos. Sin embargo, su origen es inespecífico y la etiología cardíaca no es la más usual. Las causas musculoesqueléticas son las más frecuentes; un pequeño porcentaje son de origen cardíaco, destacando entre ellas la pericarditis aguda. En éstas, el origen idiopático representa hasta el 40-70% de los casos, y en el resto, el origen principal es infeccioso, sobretodo, viral (parvovirus B19, EBV, CMV, HHV-6, enterovirus, coxsackievirus, echovirus). Además, pueden ser causa de pericarditis trastornos autoinmunitarios, procesos oncológicos, secundario a medicamentos, o traumatológico, entre otras^{1,2}.

En la mayoría de los casos, su curso es benigno y suele autolimitarse, apareciendo complicaciones en un pequeño porcentaje de casos. Por ello, es importante conocer su evolución y vigilar signos o síntomas de alarma^{1,2}.

Para su diagnóstico han de presentarse dos de al menos cuatro criterios: dolor torácico, roce pericárdico, cambios electrocardiográficos compatibles y derrame pericárdico².

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 12 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que se presenta en el servicio de urgencias de nuestro hospital por un cuadro de cinco días de evolución

de dolor torácico continuo. A la anamnesis refiere que es un dolor opresivo que empeora con los movimientos respiratorios y al acostarse. Había estado en tratamiento con analgesia (paracetamol e ibuprofeno) sin notar mejoría. Además, refiere disnea ante esfuerzos leves. En la semana previa cursó un episodio de diarreas que se resolvió espontáneamente. Afebril sin presentar otra sintomatología asociada en el momento del ingreso.

Ante la sospecha clínica se solicita análisis sanguíneo que no muestra elevación de troponinas, pero sí elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva).

Se realiza electrocardiograma (ECG) (figura 1) en el que se evidencia una elevación difusa del segmento ST con descenso de PR (estadio uno), confirmando sospecha diagnóstica de pericarditis aguda. Se contacta con el cardiólogo de guardia y se realiza ecocardiograma que muestra derrame pericárdico de 1.5 cm sin compromiso hemodinámico. Presenta saturaciones basales de oxígeno disminuidas, y precisa oxigenoterapia en gafas nasales (flujo máximo de tres litros por minuto), por lo que se cursa su ingreso.

Se realiza además una radiografía de tórax (figura 2) en la que se objetiva un índice

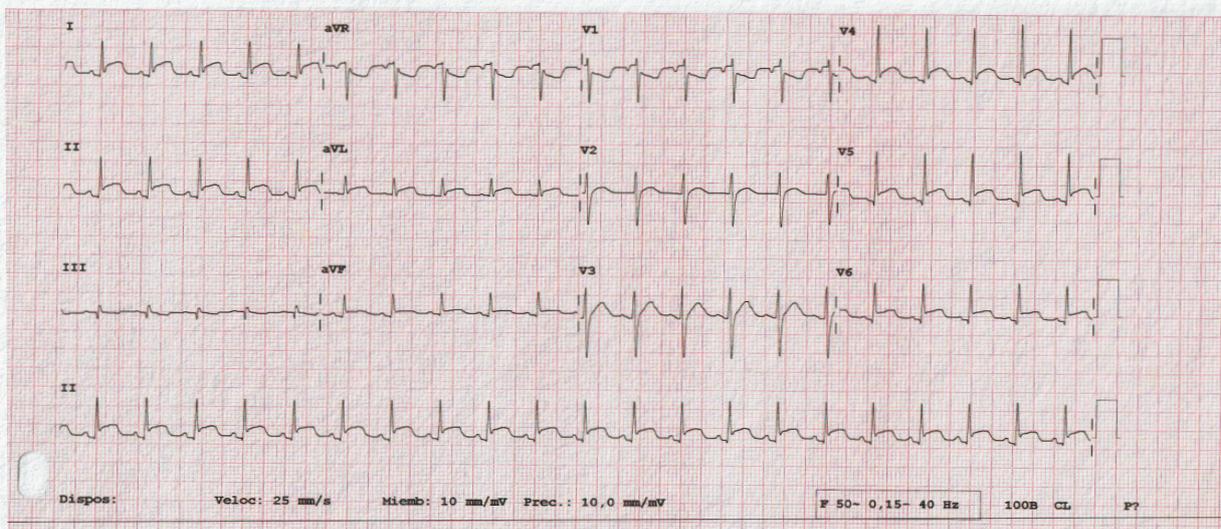


Figura 1. Descenso del PR (Con ascenso en aVR y V1). Elevación difusa del ST en todas las derivaciones (con descenso en aVR y V1)

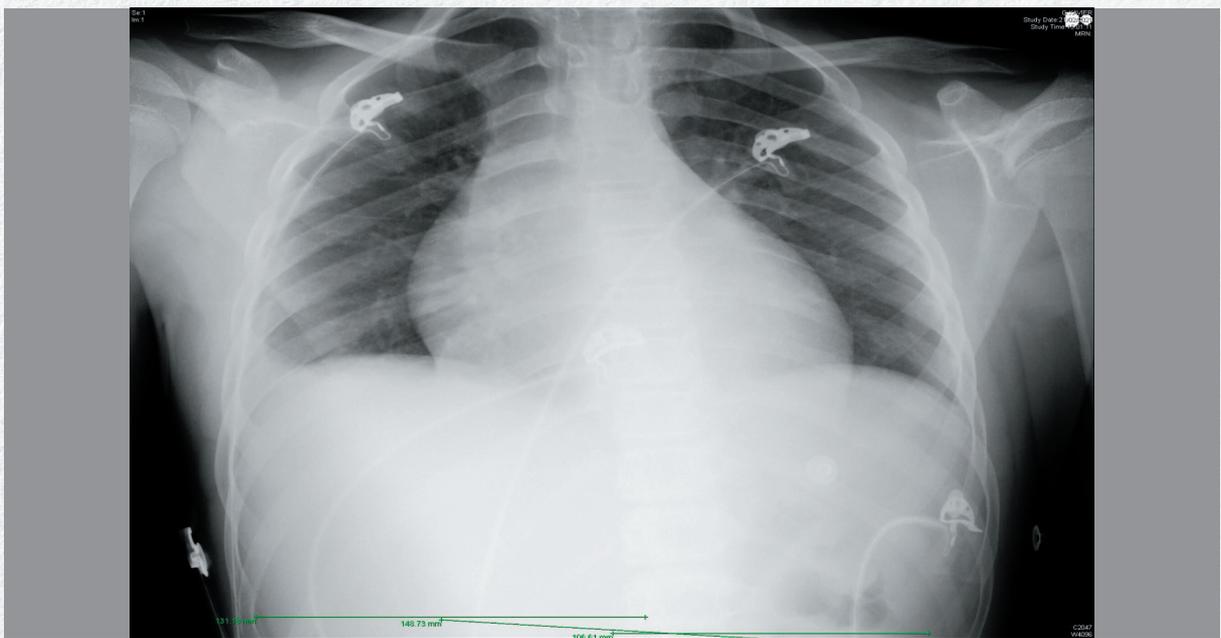


Figura 2. Radiografía de tórax al ingreso: Siete espacios intercostales bilaterales. No hay condensaciones ni atelectasias. Borramiento del seno costofrénico derecho y aumento del índice cardiotorácico (0,6)

cardiorrespiratorio aumentado (0.6) y borramiento del seno costofrénico derecho, compatible con derrame pleural derecho. En la ecografía pulmonar se confirma la presencia de derrame pleural derecho menor de 1cm.

Ante los hallazgos se inicia tratamiento antiinflamatorio con ibuprofeno y colchicina, presentando mejoría clínica progresiva, disminuyendo el derrame pericárdico y mejorando la sensación de disnea los días posteriores. Durante su ingreso se realizó estudio serológico en el que no se objetivó positividad para ninguno de los virus más frecuentes (VIH, parvovirus B19, Epstein-Barr, varicela, sarampión, citomegalovirus, enterovirus), además de negatividad para *Toxoplasma gondii*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Borrelia burgdorferi*. Previo al alta, se realiza ECG en el que se objetiva normalización del PR, con aplanamiento de ondas T (ya negativas en V3 y V4) y el segmento ST prácticamente isoelectrico (figura 3). En el control ambulatorio tres semanas tras su alta, se realiza nuevo ECG en el que se han normalizado las alteraciones eléctricas descritas, salvo la negativización de ondas T en todas las derivaciones precordiales (estadio tres).

tológico que se presenta con frecuencia en las urgencias pediátricas. Se trata de un proceso inflamatorio que causa dolor punzante en el centro del tórax, retroesternal, debido al depósito, en el pericardio. Existen diferentes maniobras que aumentan la presión en el pericardio, aumentando la sensación de dolor, como la tos, la deglución o la inspiración profunda, y de manera contraria, inclinar el tronco hacia delante disminuye la presión y por tanto mejora el dolor.

Como en el caso que presentamos, el electrocardiograma es una herramienta fundamental para apoyar el diagnóstico clínico. Está bien descrita en la literatura la progresión de las características electrocardiográficas de la enfermedad. En este aspecto, se describen 4 estadios: En el estadio uno se observa elevación difusa del segmento ST con depresión del PR. Posteriormente el segmento ST se hace isoelectrico en el estadio dos, aplanando la onda T. En el estadio tres se normaliza el ECG, salvo por presentar ondas T negativas, que pueden prolongarse semanas y meses sin significar persistencia de enfermedad. Finalmente en el estadio cuatro el ECG se vuelve normal².

Discusión

El conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades es de vital importancia para un correcto enfoque diagnóstico y en consecuencia una adecuada terapéutica.

La pericarditis aguda es un proceso pa-

Para el tratamiento, el escalón fundamental es controlar el estado inflamatorio y la etiología viral y por ello se recomienda iniciar con la combinación de AINE (ibuprofeno 10 mg/kg/dosis) + colchicina (1-2 mg cada 24 horas en >12 años)³⁻⁶.

El seguimiento debe servir para detectar

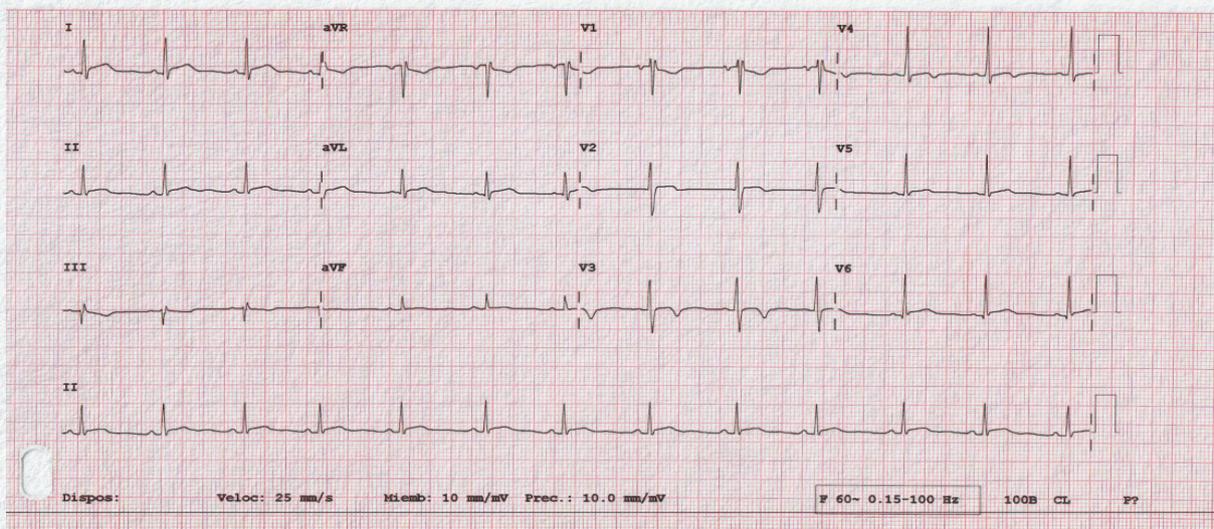


Figura 3. Bloqueo incompleto de rama derecha del haz de His. PR isoelectrico. Ondas T negativas en precordiales con casi normalización del segmento ST. Ondas T aplanadas, negativas en V3 y V4

posibles complicaciones y para comprobar la resolución del cuadro. Además, en caso de presentar episodios recurrentes, debemos ampliar el estudio etiológico.

Bibliografía

1. Palanca Arias D, Corella Aznar EG, Ayerza Casas A, Fernández Gómez A, López Ramón M, Jiménez Montañez L. Pericarditis aguda complicada con derrame pericárdico. Caso clínico pediátrico. Arch Argent Pediatr 2017; 115:237-242
2. López-Herce Cid J, Calvo Rey C, Rey Galán C, Rodríguez Nuñez A. Manual de cuidados intensivos pediátricos, 5ª ed. España: Publimed; 2019
3. Raval J, Nagaraja V, Eslick GY, Denniss AR. The role of colchicine in pericarditis – A systematic review and meta-analysis of randomised trials. Heart Lung Circ 2015; 24:660-666
4. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the diagnosis and management of pericardial diseases of the European Society of Cardiology (ESC) endorsed by: The European Association for CardioThoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2015; 36:2921-2964
5. Andreis A, Imazio M, Casula M, Avondo S, Brucato A. Recurrent pericarditis: an update on diagnosis and management. Intern Emerg Med. 2021; 28:1–8
6. Imazio M, Gaita F. Acute and recurrent pericarditis. Cardiol Clin 2017; 35:505-513

