



242/1544 - PERICARDITIS CONSTRICTIVA SECUNDARIA A TUBERCULOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Jaime Moreno^a, M. Serra Gallego^a, J. Picó Font^a, A. García Déniz^a, A. Cañigüeral González^a y F. Rodríguez Rubio^b

^aMédico de Familia. CAP Valldoreix. Barcelona. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área IV. Lorca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, con antecedentes de tuberculosis en la infancia, fibrilación auricular paroxística revertida eléctricamente e insuficiencia cardíaca. Acudió a urgencias de Atención Primaria por aumento de disnea basal hasta ser de mínimos esfuerzos en las tres últimas semanas, ortopnea, disnea paroxística nocturna (DPN) y aumento ponderal de 15 kg.

Exploración y pruebas complementarias: TA 113/65 mmHg. FC 49 lpm. T^a 36 °C. SatO₂ basal 98%. FR 26 rpm. 133 Kg. AC: tonos cardiacos rítmicos sin soplos ni roces, edemas miembros inferiores hasta región inguinal. AR: crepitantes húmedos bibasales. Ante la sospecha de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) descompensada, se decidió traslado a urgencias hospitalarias para estabilización y realización de exploraciones complementarias. Analítica: NT-proBNP 554 ng/l. Rx Tórax: calcificaciones pericárdicas. ECG: ritmo sinusal a 45 lpm sin signos de isquemia. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado ligeramente hipertrófico, fracción de eyección conservada, sin alteraciones de la contractilidad. Ingresó en planta de Medicina Interna.

Juicio clínico: Dada la escasa correlación entre la clínica y los valores analíticos se solicitó TAC torácico, que evidenció múltiples calcificaciones pericárdicas, y coronariografía, que confirmó diagnóstico de pericarditis constrictiva. La paciente respondió al tratamiento depletivo, perdiendo 13 kg al alta. A pesar del elevado riesgo quirúrgico se decidió pericardiectomía programada.

Diagnóstico diferencial: Taponamiento cardiaco, ICC, miocardiopatía restrictiva.

Comentario final: Es una enfermedad poco común cuya causa en el 75% de los casos es idiopática, también poscirugía cardíaca y radioterapia. La etiología conocida más frecuente es secundaria a tuberculosis. La clínica puede ser similar a la ICC, con disnea, ortopnea, DPN, ascitis y aumento ponderal, aunque generalmente predominan los signos de ICC derecha. El ECG es inespecífico, pudiendo encontrar voltajes disminuidos. En la radiografía de tórax son características las calcificaciones pericárdicas, aunque el TAC tiene mayor sensibilidad y especificidad. La pericardiectomía es el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos, no exenta de complicaciones, con una mortalidad significativa.

Bibliografía

1. Bertog SC, Thambidorai SK, Parakh K, et al. Constrictive pericarditis: etiology and cause-specific survival after pericardiectomy. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43:1445.
2. Sagristà-Sauleda J. Síndromes de constricción cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61(Supl 2):33-40.

Palabras clave: Pericarditis constrictiva. Tuberculosis. Anasarca.