

Pericarditis Constrictiva Como Complicación De Trasplante Cardíaco

Andrés Gómez, Luz Clemencia Zarate, Eduardo Echeverry, Carlos Vesga, Juan Esteban Gómez, Pastor Olaya, Noel Flórez, Eduardo Cadavid, Alvaro Borrero. Unidad de cardiología. Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

Introducción

La pericarditis constrictiva tiene como principal etiología a la tuberculosis en países en vía de desarrollo mientras que en Estados Unidos es la cirugía cardíaca (18-37% de los casos con etiología identificable). Ha sido pocas veces descrita posterior a trasplante ortotópico cardíaco, con incidencia desconocida y un tiempo de aparición variable. A continuación describimos un caso secundario desarrollado en un paciente con trasplante cardíaco.

Bibliografía

1. Ruiz-Cano MJ, Fernández-Ruiz M, Sánchez V, López-Medrano F. Constrictive pericarditis due to *Candida albicans*: an unexpected cause of pericardial effusion after heart transplantation. *Rev Clin Esp*. 2012 Dec;212(11):551-552
2. Bansal R, Perez L, Razzouk A, Wang N, Bailey L. Pericardial constriction after cardiac transplantation. *J Heart Lung Transplant*. 2010 Mar;29(3):371-7.
3. Azevedo ER, Ross H, Delgado D. Constrictive pericarditis after cardiac transplantation. *J Heart Lung Transplant*. 2009 May;28(5):532-533.
4. Kumar R, Entrikin DW, Ntim WO, Carr JJ, Kincaid EH, Hines MH, Oaks TE, Thohan V. Constrictive pericarditis after cardiac transplantation: a case report and literature review. *J Heart Lung Transplant*. 2008 Oct;27(10):1158-61

Resultados

Caso: Hombre de 47 años con trasplante cardíaco hace 6 años por cardiomiopatía dilatada de etiología no clara. En manejo con inmunosupresores, carvedilol, losartan, aspirina y atorvastatina. Durante el último año cuadro de disnea de pequeños esfuerzos, hasta el reposo y edemas periféricos que persistieron a pesar de disminuir de peso luego de cirugía bariátrica hace un año. Se realizaron estudios descartando rechazo del injerto o deterioro de la función ventricular. Al examen físico como único hallazgo relevante presenta ruidos cardíacos de baja tonalidad con edema en ambos miembros inferiores. El ecocardiograma transtorácico de ingreso revela un patrón restrictivo con doppler de tejidos sugestivo de pericarditis constrictiva, FE del ventrículo izquierdo de 50-55% e hipocinesia leve del ventrículo derecho.

Se realizó resonancia cardíaca que reportó desplazamiento paradójico del septum interventricular durante la inspiración, hallazgo compatible con pericarditis constrictiva (Fig 1). Se observó disfunción sistólica leve del ventrículo izquierdo (FE 47%) y moderada del derecho (FE 36%). Derrame pericárdico con realce pericárdico leve en parches con realce tardío anormal con un patrón que sugería infiltración por amiloide, lo cual se descartó con biopsia y tinción de rojo Congo.

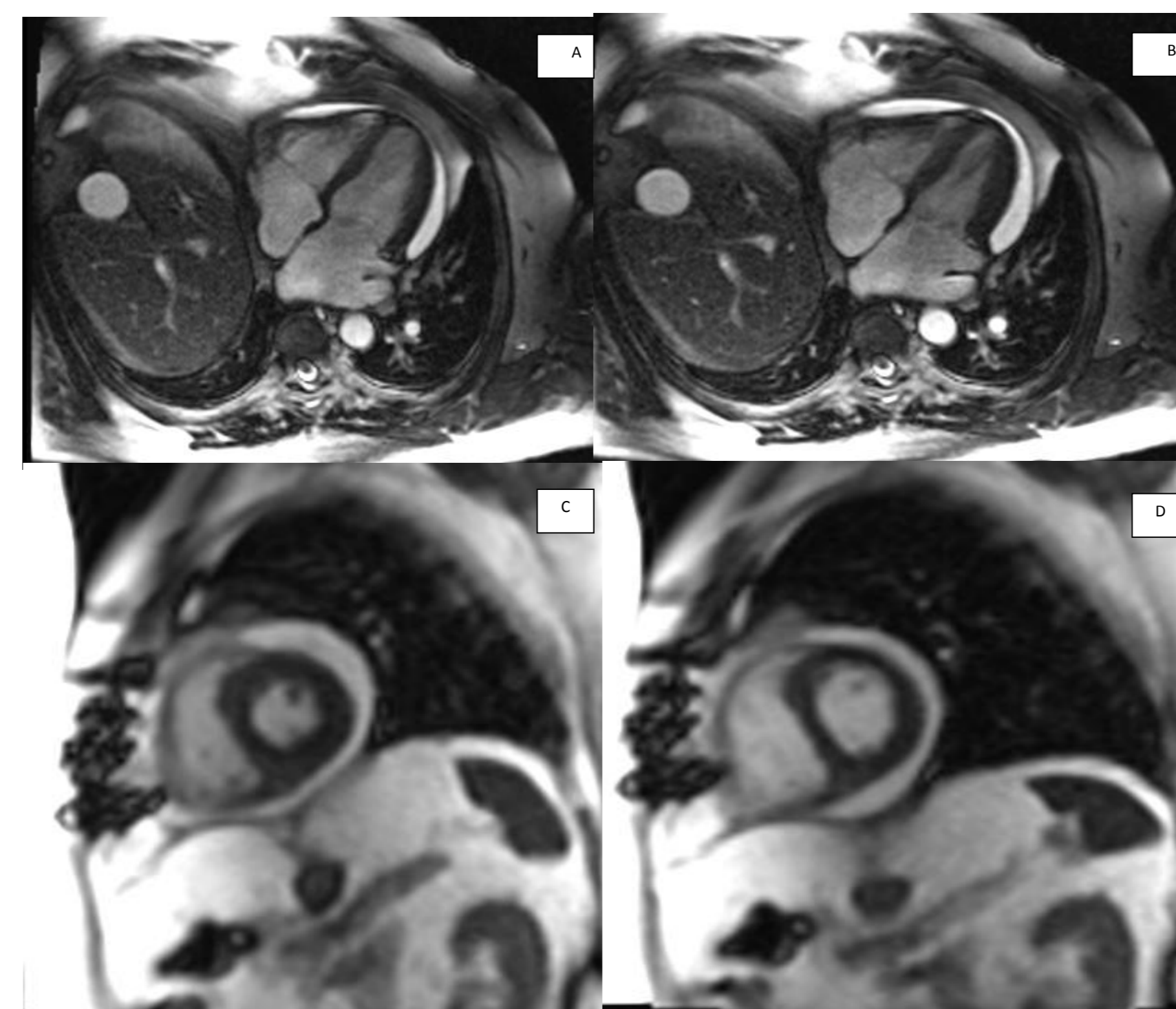


Fig 1: Resonancia magnética de corazón. A: cuatro cámaras en diástole. B: cuatro cámaras en sístole. C: tiempo real espiración. D: tiempo real inspiración

Se considera dado la marcada limitación de su clase funcional y los hallazgos confirmatorios de pericarditis constrictiva realizar pericardiectomía, la cual se lleva a cabo sin complicaciones en el intraoperatorio, pero con requerimiento de manejo en UCI por 5 días para apoyo inotrópico por falla ventricular derecha. El paciente evolucionó Satisfactoriamente desde el punto de vista hemodinámico, sin complicaciones infecciosas mayores, reiniciando la terapia inmunosupresora al egreso.

Conclusiones

La pericarditis constrictiva post operatoria se produce como respuesta a la injuria pericárdica, sangrado, infecciones mediastinales o inflamación, algunas veces con reacción fibrótica pericárdica precipitada por la exposición a yodopovidona, la clínica consiste en síntomas de falla cardíaca predominantemente derecha o síndrome postpericardiotomía y los diagnósticos diferenciales son cardiomiopatía restrictiva o rechazo que pueden llevar a retraso en el diagnóstico. La ecocardiografía es el estudio de primera línea (evaluar engrosamiento pericárdico, disociación de presiones intracardiaca e intratorácica y aumento de la interdependencia ventricular) y la tomografía, resonancia magnética o cateterismo pueden ser complementarios. La pericardiectomía y la decorticación epicárdica mejoran el impacto hemodinámico y los síntomas en la mayoría de los pacientes. Se requiere un alto índice de sospecha clínica y la evaluación funcional ecocardiográfica o con resonancia magnética nuclear para un diagnóstico temprano con mejores resultados post pericardiectomía a largo plazo.