



R E V I S T A M É D I C A PANACEA

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

p-ISSN 2223-2893

e-ISSN 2225-6989

VOLUMEN 13 NÚMERO 2

PUBLICACION CUATRIMESTRAL

MAYO - AGOSTO

2024

CARTA AL EDITOR:

Nuevos enfoques terapéuticos en el derrame pericárdico: ¿qué debemos considerar?

New therapeutic approaches in pericardial effusion: what do we need to consider?

AUTORES:

Juan Santiago Serna Trejos

Mónica Lucía Vergara Portocarrero

Juan Fernando Paz Bolaños

Julieth Alexandra Moncayo Vásquez

REVISTAS.UNICA.EDU.PE

INDEXADA EN:



Publicación cuatrimestral destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud por medio de la publicación de artículos de investigación, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.



Nuevos enfoques terapéuticos en el derrame pericárdico: ¿qué debemos considerar?

New therapeutic approaches in pericardial effusion: what do we need to consider?

Juan Santiago Serna-Trejos^{1,a}; Mónica Lucía Vergara-Portocarrero^{2,b}; Juan Fernando Paz-Bolaños^{3,c}; Julieth Alexandra Moncayo-Vásquez^{4,d}.

1. Clínica Imbanaco, Cali, Colombia
2. Clínica de Occidente, Cali, Colombia
3. IPS Nueva Popayán, Popayán, Colombia
4. Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

- a. <https://orcid.org/0000-0002-3140-8995>
- b. <https://orcid.org/0009-0004-3003-5287>
- c. <https://orcid.org/0009-0009-7875-1756>
- d. <https://orcid.org/0000-0002-9393-6232>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v13i2.598>

Sr. Editor,

El derrame pericárdico (DP) se define como la acumulación anormal de líquido dentro de la cavidad pericárdica, que normalmente es inferior a 50 cc. Esta entidad se enlista como sub-espectro clínico enmarcado en otras presentaciones clínicas más grandes como la pericarditis aguda, taponamiento cardiaco y pericarditis constrictiva, considerados síndromes pericárdicos comunes en la práctica clínica. Desde una perspectiva fisiopatológica, las condiciones que favorecen el curso del DP están dadas por sobreproducción de líquido pericárdico, traumatismos, disminución en la reabsorción ya sea por invasión neoplásica y finalmente un desequilibrio en las presiones hidrostáticas y oncóticas en condiciones preexistentes (insuficiencia cardiaca, cirrosis hepática, nefropatías, entre otras)^{1,2}.

La prevalencia de esta entidad oscila alrededor del 9% en la población occidental. Esta epidemiología puede variar de acuerdo con el sitio de medición, ya que puede verse seriamente influenciada por zonas donde existe mayor prevalencia de tuberculosis, siendo esta última la principal etiología infecciosa en la génesis del DP. Su diagnóstico está dado usualmente por ecografía y se clasifica en leve (menor de 100 cc), moderado (100-500 cc) y severo (mayor de 500 cc)^{3,4}.

La etiología del DP puede ser multifactorial, pero clásicamente se ha reducido, para fines prácticos, a determinar si es de etiología infecciosa o no infecciosa. En Occidente, la etiología más común es de origen viral idiopático agudo, mientras que en países en vía de desarrollo está dada por tuberculosis (en más de un 70% de los casos). Es de resaltar que se observa el DP en más del 70% de los casos de pericarditis aguda. Otras etiologías infecciosas como echovirus, coxsackievirus, parvovirus y herpes virus se encuentran con gran frecuencia involucrados en el curso del DP. El curso clínico del DP está dado por un espectro de signos y síntomas que van desde el paciente asintomático hasta la presencia de síntomas relacionados con disnea, ortopnea, dolor torácico de características típicas, y en casos más severos puede aparecer la presencia de la tríada de Beck (hipotensión, ingurgitación yugular y ruidos cardiacos amortiguados) asociados a taquicardia y pulso paradójico^{5,6}.

Es imprescindible tomar conductas conservadoras o quirúrgicas según sea el caso. En este punto en especial radica la importancia clínica, ya que se debe individualizar, según sea el caso, el proceder del clínico que aborda por primera vez esta afección. Estratificar acciones y replicar una ruta de navegación en el abordaje de estos pacientes supone una alternativa segura en la conducta médica. Por lo anterior, la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) propone una estrategia para tal fin. Se debe tomar en cuenta inicialmente una terapia dirigida a la etiología y el impacto hemodinámico del mismo. Inicialmente, se debe reconocer aquellos pacientes que presentan taponamiento cardiaco, sospecha de etiología neoplásica o bacteriana, ya que estos pacientes deben ser tratados de forma urgente con pericardiocentesis o ventana pericárdica, según la experiencia local o las características del derrame. Para considerar un abordaje de pericardiocentesis deberá tener en cuenta múltiples ítems como: enfermedad maligna, tuberculosis, radioterapia reciente, ortopnea, empeoramiento de los síntomas, pulso paradójico, derrame pericárdico circunferencial (mayor de 2 cm en diástole), colapso auricular izquierdo, entre otros signos y síntomas asociados. Se deberá tratar la etiología del derrame si es maligno de forma interdisciplinaria; en caso de ser bacteriano, corresponderá al uso de antimicrobianos y fibrinólisis con agentes como la colchicina^{1,5,6,7}.

Si se descarta la presencia de taponamiento cardíaco y sospecha de etiología bacteriana o neoplásica, se procede al segundo paso del algoritmo, el cual consiste en la medición de marcadores inflamatorios. En el caso particular de la elevación de la proteína C reactiva, estos casos deberán ser tratados como pericarditis aguda, con agentes como la aspirina o antiinflamatorios no esteroideos. Si se llegase a descartar una elevación de marcadores inflamatorios, se procede al tercer paso propuesto por la ESC, el cual consiste en realizar una clasificación de posibles afecciones médicas que puedan explicar el derrame pericárdico para dar respuesta a dicha condición, tratando la causa subyacente (hipoalbuminemia, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca, entre otras). En caso de que las causas anteriores no hayan sido reveladas o no existan indicios de causas subyacentes, se propone pasar al cuarto y último paso en el algoritmo, el cual se basa en un grupo de pacientes más complejos, puesto que sus derrames pericárdicos toman una denominación idiopática, con marcadores inflamatorios negativos y sin repercusión hemodinámica (primer grupo o paso). En este último grupo, los derrames pequeños y estables no requieren intervención específica y simplemente deberán ser seguidos por periodos de 6 meses, mientras que en derrames grandes, con duraciones mayores a 3 meses, deberán ser intervenidos con pericardiocentesis con fines terapéuticos y diagnósticos, por el alto riesgo de progresión a taponamiento cardíaco^{3,4,6}.

A la luz de toda la evidencia enmarcada en la ESC, el mensaje más claro en este algoritmo propuesto es considerar abordajes conservadores y personalizados de forma razonable en pacientes plenamente asintomáticos y considerar estrictamente la pericardiocentesis en quienes realmente lo ameritan (Figura 1)^{8,9}.

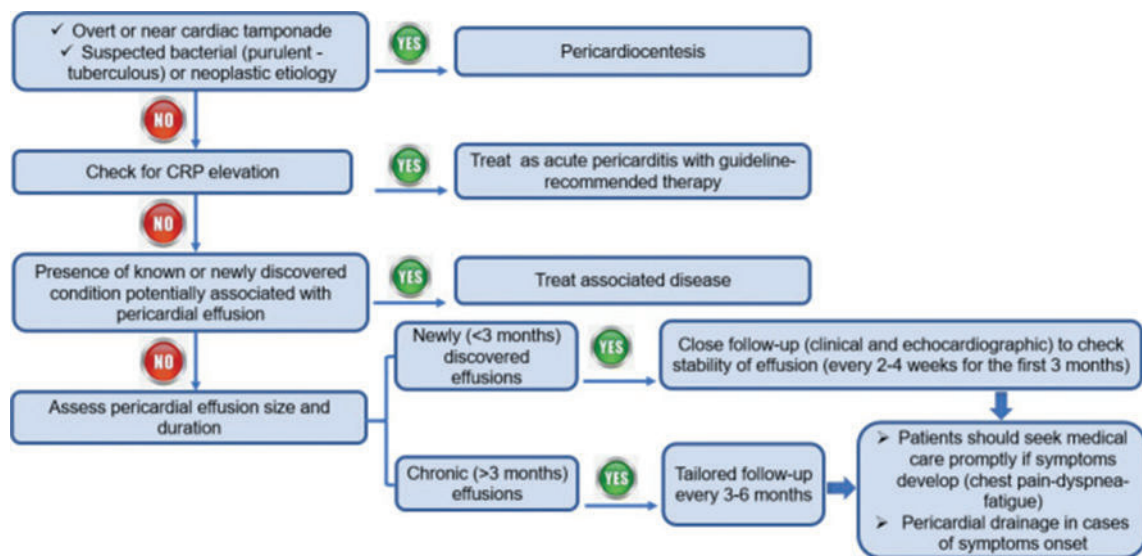


Figura 1. Algoritmo propuesto por la ESC en el manejo del derrame pericárdico

Tomado de: 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. Eur Heart J [Internet]. 2015;36(42):2921–64. Available from: doi:10.1093/eurheartj/ehv318

Palabras clave: Derrame Pericárdico; Hemopericardio; Pericardiocentesis; Derrame Pericárdico Crónico; Terapéutica.

Keywords: Pericardial Effusion; Hemopericardium; Pericardiocentesis; Pericardial Effusion, Chronic; Therapeutics.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Imazio M, Adler Y. Management of pericardial effusion. *Eur Heart J.* 2013;34(16):1186-97.
2. Vogiatzidis K, Zarogiannis SG, Aidonidis I, Solenov EI, Molyvdas PA, Gourgoulianis KI, et al. Physiology of pericardial fluid production and drainage. *Front Physiol.* 2015;6:MAR.
3. Mitiku TY, Heidenreich PA. A small pericardial effusion is a marker of increased mortality. *Am Heart J.* 2011;161(1):152-7.
4. Lazaros G, Vlachopoulos C, Lazarou E, Tousoulis D, Tsioufis C. Contemporary Management of Pericardial Effusion. *Panminerva Med.* 2021;63(3):288-300.
5. Ristić AD, Imazio M, Adler Y, Anastasakis A, Badano LP, Brucato A, et al. Triage strategy for urgent management of cardiac tamponade: A position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J.* 2014;35(34):2279-84.
6. 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. *Eur Heart J.* 2015;36(42):2921-64.
7. Ala CK, Klein AL, Moslehi JJ. Cancer Treatment-Associated Pericardial Disease: Epidemiology, Clinical Presentation, Diagnosis, and Management. *Curr Cardiol Rep.* 2019;21(12).
8. Imazio M, Lazaros G, Valenti A, De Carlini CC, Maggolini S, Pivetta E, et al. Outcomes of idiopathic chronic large pericardial effusion. *Heart.* 2019;105(6):477-81.
9. Lazaros G, Antonopoulos AS, Lazarou E, Vlachopoulos C, Foukarakis E, Androulakis A, et al. Long-Term Outcome of Pericardial Drainage in Cases of Chronic, Large, Hemodynamically Insignificant, C-Reactive Protein Negative, Idiopathic Pericardial Effusions. *Am J Cardiol.* 2020;126:89-93.



Correspondencia:

Nombre: Juan Santiago Serna Trejos
Correo electrónico: juansantiagosernatrejos@gmail.com

Contribuciones de autoría:

JSST: Conceptualización, investigación, metodología, supervisión, validación, redacción, visualización, revisión y aprobación.

Conflicto de intereses:

no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

Financiamiento:

Autofinanciado.

Cómo citar

Juan Santiago Serna-Trejos; Mónica Lucía Vergara-Portocarrero; Juan Fernando Paz-Bolaños; Julieth Alexandra Moncayo-Vásquez. Nuevos enfoques terapéuticos en el derrame pericárdico: ¿qué debemos considerar?. *Rev méd panacea* 2024;13(2): 94-96.
DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v13i2.598>