

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v7i14edespdic.0202>

## PERICARDITIS EN PACIENTE MASCULINO DE 18 AÑOS. REPORTE DE CASO

### PERICARDITIS IN AN 18-YEAR-OLD MALE PATIENT. CASE REPORT

Loyaga-Díaz Fredy Eduardo <sup>1</sup>; Sánchez-Guanopatin Donovan Ariel <sup>2</sup>; Yáñez-Verdezoto Denis Antonela <sup>3</sup>; Cadena-Orellana Olga Pamela <sup>4</sup>; Cocha-Avellán Ángel Bayardo <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Médico Especialista en Cardiología, Hospital Isidro Ayora. Loja, Ecuador.

Correo: fredyloyaga@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4491-7278>.

<sup>2</sup> Médico General, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Correo: donovan13sanchez@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-5330-5507>.

<sup>3</sup> Médico Cirujano. Bolívar, Ecuador.

Correo: draantonelayanez@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-2853-6670>.

<sup>4</sup> Médico General, Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira. Duran, Ecuador.

Correo: pamelacadena2017@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4428-3490>.

<sup>5</sup> Médico General, Centro de salud tipo B Los Trigales. Milagro, Ecuador.

Correo: angelbayco@hotmail.es. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-3091-5084>.

### Resumen

**Introducción:** La pericarditis aguda es una condición médica que ocurre con bastante regularidad y se caracteriza por un pronóstico generalmente favorable en la mayoría de los casos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que puede dar lugar a complicaciones serias y potencialmente peligrosas, entre las cuales se encuentra el taponamiento cardíaco, que requiere atención médica inmediata. La gran mayoría de los casos de pericarditis aguda se clasifican como idiopáticos, lo que sugiere que su causa es desconocida, aunque se presume que podría estar relacionada con infecciones virales. No obstante, es importante destacar que existen numerosas enfermedades, además de varios agentes infecciosos, así como factores tóxicos o físicos, que también tienen la capacidad de provocar esta condición. El diagnóstico de la condición se fundamenta en una exhaustiva evaluación clínica, además de los resultados obtenidos a través de un electrocardiograma y un ecocardiograma. **Caso clínico:** Se trata de un paciente masculino que tiene 18 años de edad y no tiene antecedentes médicos relevantes que puedan ser significativos en este contexto. El motivo de su consulta es un dolor en el área del tórax que ha estado presente durante un período de 48 horas. Este malestar se intensifica especialmente después de consumir alimentos.

**Palabras claves:** pericarditis aguda, cardiología, dolor torácico.

### Abstract

**Introduction:** Acute pericarditis is a fairly common medical condition and is generally considered to have a favorable prognosis in most cases. However, it is important to bear in mind that it can lead to serious and potentially dangerous complications, including cardiac tamponade, which requires immediate medical attention. The vast majority of cases of acute pericarditis are classified as idiopathic, which suggests that its cause is unknown, although it is presumed that it could be related to viral infections. However, it is important to note that there are numerous diseases, as well as several infectious agents, as well as toxic or physical factors, that also have the ability to cause this condition. Diagnosis of the condition is based on a thorough clinical evaluation, in addition to the results obtained through an electrocardiogram and an echocardiogram. **Clinical case:** This is an 18-year-old male patient with no relevant medical

### Información del manuscrito:

**Fecha de recepción:** 16 de septiembre de 2024.

**Fecha de aceptación:** 18 de noviembre de 2024.

**Fecha de publicación:** 27 de diciembre de 2024.



history that could be significant in this context. He is consulting us due to pain in the chest area that has been present for 48 hours. This discomfort intensifies especially after eating.

**Keywords:** acute pericarditis, cardiology, chest pain.

## 1. Introducción

La patología relacionada con el pericardio, que es la membrana que rodea y protege el corazón, es considerada como una de las áreas menos comprendidas y más enigmáticas dentro del vasto campo de la Cardiología. Esto podría ser atribuido a una variedad de factores, siendo uno de los más significativos el aspecto de que su fisiopatología no se encuentra tan estrechamente vinculada con las funciones más importantes del sistema cardiovascular, en comparación con lo que sucede en otras estructuras del corazón que poseen una influencia más decisiva. De igual manera, es importante señalar que la investigación realizada en este ámbito específico no produce resultados tan impresionantes o llamativos como los que se pueden observar en otras áreas de la medicina. Además, merece la pena mencionar que las enfermedades relacionadas con el pericardio se sitúan en una zona de atención médica que a menudo es abordada

por especialistas que no son cardiólogos, lo que pone de manifiesto la falta de un enfoque más centrado y especializado en esta patología particular por parte de la comunidad médica (1). No obstante, es importante señalar que las afecciones relacionadas con el pericardio, que es la membrana que rodea el corazón, representan una razón bastante común por la cual los pacientes buscan la atención de un cardiólogo y, en muchas ocasiones, son la causa de hospitalizaciones en los departamentos especializados de cardiología. La pericarditis aguda, que es una condición médica inflamada del pericardio, se presenta, por poner un ejemplo, en aproximadamente 1 de cada 1.000 pacientes que son admitidos en un hospital general. Además, se ha observado que este padecimiento se encuentra en un rango del 2% al 6% de los casos que se registran durante las autopsias realizadas (2).

La pericarditis aguda se refiere a una condición médica en la cual se produce una inflamación significativa

del pericardio, que es la membrana serosa encargada de recubrir y proteger el corazón. En términos generales, se puede afirmar que la mayoría de los casos de pericarditis aguda suelen seguir un curso benigno y no presentan complicaciones significativas. Sin embargo, es importante destacar que un porcentaje considerable de estos casos puede estar asociado a enfermedades subyacentes que son graves e incluso potencialmente mortales. Casi todas las enfermedades que afectan al sistema en su totalidad tienen la capacidad de causar algún tipo de afectación en el pericardio, tal como se evidencia en la tabla 1 (3).

**Tabla 1.** Etiología general de las pericarditis agudas

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| Pericarditis idiopática                          |
| Pericarditis neoplásicas                         |
| Pericarditis infecciosas                         |
| Post-infarto agudo de miocardio                  |
| Síndrome post-pericardiotomía                    |
| Insuficiencia renal crónica                      |
| Pericarditis autoinmunes                         |
| Pericarditis relacionadas con fármacos y tóxicos |
| Hipotiroidismo (mixedema)                        |
| Pericarditis post-radiación                      |
| Pericarditis traumáticas                         |
| Quilopericardio                                  |
| Hemopericardio (incluyendo disección aórtica)    |
| Pericarditis por colesterol                      |

Fuente. Elaboración Propia

No obstante, hay ciertas causas que son notablemente más comunes y

que, de hecho, son responsables de provocar la mayor parte de los casos que se presentan en nuestro entorno, tal como se muestra en la Tabla 2 (3,4).

**Tabla 2.** Etiologías específicas de pericarditis aguda más frecuentes en nuestro medio

|                                 |
|---------------------------------|
| Pericarditis neoplásicas        |
| Pericarditis infecciosas        |
| Post-infarto agudo de miocardio |
| Síndrome post-pericardiotomía   |
| Insuficiencia renal crónica     |
| Pericarditis autoinmunes        |
| Hipotiroidismo (mixedema)       |

Fuente. Elaboración Propia

El diagnóstico de la pericarditis aguda se establece a partir de la evaluación clínica, donde se identifican síntomas característicos como el dolor en el pecho que es típico de esta condición y la presencia de un roce pericárdico audible. Además, se realizan pruebas complementarias como el electrocardiograma, que puede mostrar alteraciones difusas y progresivas en el proceso de repolarización del corazón. Por último, se utiliza el ecocardiograma para confirmar la existencia de un derrame pericárdico, que es la acumulación de líquido en el espacio que rodea el corazón (3).

El enfoque del tratamiento abarca dos componentes fundamentales: por un lado, se contempla un aspecto que se centra en la etiología, lo que implica la administración de un tratamiento específico para abordar la enfermedad que está causando el problema, siempre y cuando dicha enfermedad sea identificable; por otro lado, se contempla otro componente más general que incluye el uso de medicamentos antiinflamatorios y la recomendación de reposo para favorecer la recuperación. En el caso de que se manifieste un taponamiento cardíaco, la intervención médica requerida implica la evacuación inmediata del líquido que se ha acumulado en el espacio pericárdico. Esta evacuación se lleva a cabo, por lo general, a través de un procedimiento conocido como pericardiocentesis. En el contexto de las pericarditis agudas primarias, que se presentan sin una causa específica evidente, es recomendable llevar a cabo una investigación etiológica amplia y detallada únicamente en aquellos casos que muestren una evolución clínica desfavorable, tal como la aparición de taponamiento cardíaco

o una inadecuada respuesta al tratamiento antiinflamatorio administrado (5).

## 2. Caso Clínico

Paciente masculino de 18 años de edad, sin antecedentes de importancia, sin hábitos tóxicos. Acude por presentar dolor localizado en región torácica de 48 horas de evolución, el mismo que se exacerba tras la ingesta de alimentos o líquidos, por momentos cede espontáneamente. Hace dos horas sintomatología se exacerba motive por el cual acude.

Enfermedades médicas: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: Abuelos maternos fallecen de Infarto Agudo de Miocardio.

Paciente ingresa al servicio de medicina interna con interconsulta a cardiología en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardíaca 89 latidos por minuto, saturación 92% con fio2 21%, tensión arterial 100/60

mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 35.3°C axilar.

Paciente pálido, álgico, afebril, orientado en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Tórax:

Simétrico, no deformidades de pared torácica, expansibilidad y elasticidad conservada, no uso de musculatura accesoria.

Corazón: R1 – R2 rítmicos, no soplos.

Pulmones: frémito conservado, claro pulmonar, murmullo vesicular conservado, no sibilancias, no roncus.

Resto de examen físico dentro de los parámetros fisiopatológicos normales.

Exámenes complementarios de laboratorios: Glucosa 96, Urea 47, Creatinina 0.90, Sodio 139, Potasio 4.0, TFG Mayor de 60. C.P.K. 563, Amilasa 40.5, Troponina 0.160. Actividad de Protrombina 87.00, INR 1.09, Hematíes 4.90, Hemoglobina 15.85, Hematocrito 43.43, V.C.M. 87.5, HCM 31.56, CHCM 35.79, Leucocitos 7.89, Granulocitos % 46.60, Linfocitos % 41.60, Monocitos % 7.50, Eosinófilos % 3.60, Basófilos % 0.60, Granulocitos # 3.89, Linfocitos # 3.21, Monocitos # 0.55, Eosinófilos # 0.30, Basófilos # 0.04, PLAQUETAS 275.

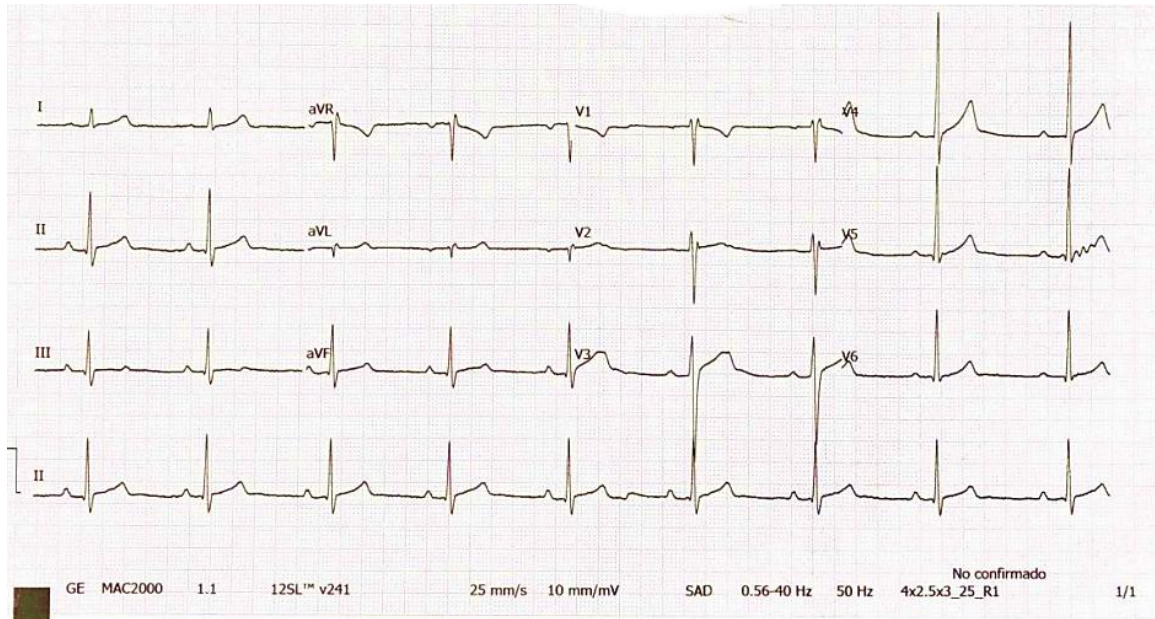
Examen de imagen: Radiografía torácica A-P (Figura 1)

**Figura 1.** Radiografía de tórax A-P sin hallazgos patológicos



Se realiza Electrocardiografía (Figura 2)

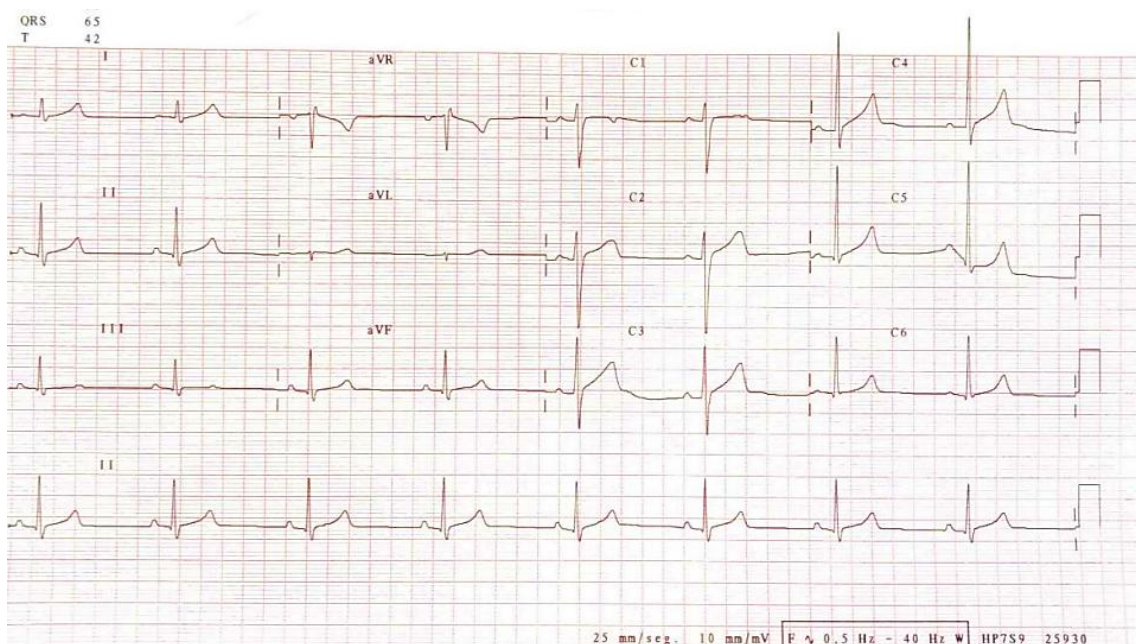
**Figura 2.** Ritmo sinusal con frecuencia cardíaca de 53lpm, se evidencia un pequeño supradesnivel del ST en V3. Sospecha de pericarditis



Se procede a realizar nuevamente pruebas de enzimas cardíacas donde se evidencia: C.P.K 587, Troponina de alta sensibilidad 87.

Paciente se mantiene en hospitalización se realiza otro electrocardiograma de control (figura 3)

**Figura 3.** Se evidencia un bloqueo Incompleto de rama Derecha (BIRDH), frecuencia cardíaca de 45lpm. Se evidencia elevación de punto J de V3 a V5.



Se vuelven a realizar enzimas cardiacas con resultados: CK 500, C.P.K 489, Troponinas 85

Se realizaron exámenes sanguíneos de control los cuales están normales.

De manera emergente se realiza Ecocardiograma el mismo que evidencia resultados fisiopatológicos normales.

Informe de Ecocardiograma: VI de dimensiones y grosores normales, FEVI preservada sin ASC. VD de tamaño y función normal. V aórtica trivalva. Sin valvulopatías. Sin datos de Hipertensión pulmonar. Septo interauricular íntegro, aorta ascendente y descendente con tamaño y flujo normal. Engrosamiento de hojas pericárdicas, sin derrame pericárdico.

Paciente como información complementaria refiere resfriado común hace unos días.

Determinación Diagnóstica:  
Pericarditis aguda idiopática  
presuntiva de causa Viral

### 3. Resultados y discusión

La pericarditis aguda es un síndrome clínico que tiene múltiples causas y se presenta con síntomas característicos, entre los que se incluyen un dolor en el pecho que puede ser intenso, la presencia de un roce pericárdico que se puede escuchar durante la auscultación y alteraciones visibles en el trazado de repolarización en un electrocardiograma (ECG), las cuales son indicativas de esta afección. Para llevar a cabo un diagnóstico preciso de pericarditis, es necesario contar, al menos, con dos de los tres elementos descriptivos que se consideran fundamentales en este proceso; sin embargo, cabe destacar que la simple auscultación de un roce pericárdico es suficiente, por sí misma, para llegar a la conclusión diagnóstica de esta condición médica (6). A pesar de que se han identificado y documentado múltiples factores que pueden provocar pericarditis aguda, en nuestra región, la causa que más comúnmente se observa es la que se considera idiopática o viral. Esto es especialmente evidente en aquellos pacientes que reciben atención

ambulatoria. Estos dos términos son empleados de manera casi sinónima en muchos contextos, ya que se ha llegado a la conclusión de que la gran mayoría de los casos de pericarditis que se catalogan como «idiopáticos» son, en realidad, originados por infecciones virales.

La manifestación clínica más importante y característica que se presenta en el caso de la pericarditis aguda es, sin lugar a dudas, el dolor en la región del pecho. Este tipo de dolor o malestar tiende a establecerse de manera bastante rápida, aunque es importante mencionar que no ocurre de forma tan repentina ni intensa como lo suele hacer el dolor asociado con un infarto agudo de miocardio (7). Se caracteriza por tener una duración extendida, se encuentra situado en la zona precordial o justo detrás del esternón, y es posible que su dolor se irradie hacia otras áreas del cuerpo, como el cuello, la región ubicada justo encima de la clavícula, la espalda, el hombro, así como también hacia el brazo que se encuentra del lado izquierdo. Esta sensación de malestar, que generalmente tiende a intensificarse durante el acto de inspirar, así como

también al realizar movimientos en la caja torácica, y al estar acostado de espaldas, se ve agravada con la tos. Sin embargo, se observa que tiende a mejorar cuando la persona se encuentra sentada, especialmente si inclina su tronco hacia adelante. A pesar de que el dolor en el área del pecho que se asocia comúnmente con la pericarditis tiene características bastante distintivas, este síntoma por sí solo no es suficiente para realizar un diagnóstico definitivo de la enfermedad (8). Es fundamental destacar la importancia de este aspecto, puesto que, con una regularidad considerable, nos encontramos con pacientes que han recibido un diagnóstico de pericarditis, basada únicamente en la manifestación de este síntoma particular. Además, es común que esto ocurra a menudo a raíz de la presencia de dolores torácicos que son, en su naturaleza, relativamente inespecíficos y no necesariamente indicativos de una enfermedad concreta. Entre los síntomas que se presentan con mayor frecuencia, se encuentran la dificultad para respirar, la fiebre, la tos y una sensación de gran cansancio o astenia.

El diagnóstico de pericarditis aguda, que puede ser de origen idiopático o de origen viral, implica que el paciente debe adoptar un régimen de descanso, ya sea en cama o en una butaca cómoda, mientras los síntomas inflamatorios continúen presentes y no muestren signos de mejora (9). El enfoque terapéutico mediante medicamentos implica la entrega y uso de aspirina, así como de otros fármacos antiinflamatorios no esteroides, que son utilizados para mitigar la inflamación y aliviar el dolor en los pacientes. El medicamento que se considera como la primera opción para el tratamiento es la aspirina, la cual es recomendable que se administre durante un período que no debe ser inferior a 2 semanas. La cantidad de medicamento que se debe administrar al comienzo del tratamiento es de 500 miligramos cada seis horas, y es importante que esta dosis se continúe hasta que se mantenga la presencia de síntomas de dolor y fiebre en el paciente. Una vez que esos síntomas hayan disminuido y cedido de manera significativa, es posible proceder con la retirada gradual del tratamiento o la medicación. Sin embargo, es

importante señalar que dicho tratamiento o medicación se continuará administrando durante una semana adicional, incluso en el caso de que el paciente no presente ningún síntoma de la enfermedad. En situaciones donde no se observe una respuesta favorable por parte del paciente al tratamiento con aspirina, o en casos en los que el individuo presenta contraindicaciones que impiden su uso, es recomendable considerar como alternativa el empleo de otros medicamentos antiinflamatorios no esteroides. Estos pueden ser administrados de manera aislada o, si se considera apropiado, en combinación, ya sea entre estos antiinflamatorios no esteroides mismos o bien con la aspirina, dependiendo de la evaluación médica y de las necesidades específicas del paciente (10).

Como una estrategia complementaria destinada a aliviar las intensificaciones del dolor que puedan surgir, es posible administrar cantidades específicas y controladas de diclofenaco en momentos determinados. Además, la utilización de una bolsa de hielo sobre la región del tórax puede resultar beneficiosa

y proporcionar alivio. Los glucocorticoides no se consideran medicamentos de primera línea en el tratamiento de diversas condiciones médicas. Por el contrario, es fundamental que se haga un esfuerzo consciente para minimizar en la mayor medida posible el uso de glucocorticoides. Es recomendable ofrecer al paciente un respaldo psicológico adecuado y motivarlo a que resista y enfrente el dolor durante unos días adicionales, en lugar de optar por la administración temprana de estos medicamentos (8,10). En la mayoría de las situaciones, estos tratamientos logran que los síntomas se controlen de manera rápida y efectiva; sin embargo, existe la posibilidad de que su uso pueda contribuir a la aparición de recaídas en el futuro.

#### 4. Conclusiones

La pericarditis aguda se define como un síndrome clínico caracterizado por la presencia de una inflamación en el pericardio, que es la membrana que rodea el corazón, y esta inflamación es ocasionada por la infiltración de diversas células inflamatorias que afectan esta área. Uno de los hallazgos más distintivos

y representativos que se observa en este contexto es el dolor en el área torácica, el cual suele manifestarse de manera punzante. Este dolor generalmente se ubica en la región central del pecho, específicamente en la zona retroesternal, así como en la parte izquierda del área precordial. Además, hay ocasiones en las que este dolor se irradia hacia el cuello y también puede sentirse en la región epigástrica, o incluso extenderse hacia ambos trapecios. Este fenómeno de irradiación del dolor es el resultado de la compresión del nervio frénico. De manera característica, se observa que el dolor tiende a intensificarse cuando el paciente se encuentra en posición de decúbito prono, es decir, acostado boca abajo. Además, este dolor se agrava durante episodios de tos, al realizar una inspiración profunda o en el momento de tragar. Sin embargo, se ha notado que la molestia se alivia cuando la persona se inclina hacia adelante, lo que se debe a una reducción en la presión ejercida sobre el pericardio parietal.

Entre los síntomas que pueden manifestarse en conjunto, también es posible que aparezcan sensaciones de malestar general,

fiebre, tos persistente o dificultad para respirar, conocida como disnea. Un hallazgo distintivo que se puede identificar durante la auscultación es el roce pericárdico, un sonido particular que se presenta mejor cuando el paciente se sitúa en posición erguida, especialmente en el momento en que se realiza la inspiración. Sin embargo, es importante destacar que la falta de este sonido no descarta la posibilidad de un diagnóstico relacionado con problemas cardíacos.

## Bibliografía

1. Lazarou E, Tsioufis P, Vlachopoulos C, Tsioufis C, Lazaros G. Acute Pericarditis: Update. *Curr Cardiol Rep*. 2022 Aug 1;24(8):905–13.
2. Roubille F, Akodad M, Cransac F, Zarqane H, Roubille C. Pericarditis aguda y crónica. *EMC - Tratado de Medicina*. 2017 Dec;21(4):1–12.
3. Sagristá Sauleda J, Sagristá Sauleda J. Pericarditis aguda. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(13):505.
4. Schwier NC, Cornelio CK, Epperson TM. Managing acute and recurrent idiopathic pericarditis. *J Am Acad Physician Assist*. 2020 Jan 1;33(1):16–22.
5. Anguita Sánchez M, Castillo Domínguez JC, Ruiz Ortiz M, Mesa Rubio D. Concepto y etiología Pericarditis aguda. *Medicine*. 2005;9(43):2841.
6. Peláez ED, Martín-García AC, Sánchez PL. Pericarditis aguda. *Medicine (Spain)*. 2017 Nov 1;12(44):2603–11.
7. Bouriche F, Toro A, Negre V, Yvorra S. Acute Pericarditis: Aetiologic Diagnosis and Practical Aspect of the Management. *Curr Probl Cardiol*. 2021 Apr 1;46(4).
8. Ruiz García E, Ruiz García M, Vela Colmenero R, Ruiz García R. Pericarditis aguda. *Med fam Andal*. 2017;18.
9. Canto Mendez AL, Brandon N, Paes C. Pericarditis aguda en el adulto. *Biomedicina*. 2014;9:64–73.
10. Palanca Arias D, Aznar EGC, Casas AA, Gómez AF, Ramón ML, Montañés LJ. Acute pericarditis, complicated by pericardial effusion in a pediatric patient: Case report. *Arch Argent Pediatr*. 2017 Aug 1;115(4):e237-242.