Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 1010

Revista Española de Cardiología

16. PERICARDITIS PURULENTA EN EL SIGLO XXI. ETIOPATOGÉNESIS Y PRONÓSTICO

María Calvo Barceló[1], María Vidal Burdeus[1], Núria Fernández Hidalgo[2], José A. Barrabés Riu[1], Montserrat Bach Oller[1], Ignacio Ferreira González[1] y Pau Rello Sabaté[1]

[1]Cardiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España y [2]Infecciosas. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La pericarditis purulenta es una entidad infrecuente. Existen pocas series de casos en el siglo actual que reporten su etiología, población afecta y pronóstico.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes con ingreso por pericarditis purulenta entre 2010 y 2022. Se describen características basales, analíticas, ecocardiográficas y pronósticas.

Resultados: Entre el 2010 y 2022, se han hallado 17 pericarditis purulentas en nuestro centro. La mediana de edad fue de 62,0años y el 47,1% fueron mujeres. Hubo un 29,4% de consumidores de alcohol de riesgo, 23,5% presentaban algún tipo de neumopatía, 17,5% se encontraban bajo tratamiento inmunosupresor y 11,8% eran VIH positivo. El resto de comorbilidades de describen en la tabla. La presentación clínica más frecuente fue el malestar general (70,6%); 64,7% presentaron disnea, 58,8% fiebre y 52,9% dolor torácico. Un 82,4% de los pacientes presentó un taponamiento cardiaco y todos recibieron antibiótico. La alteración electrocardiográfica más frecuente fue la elevación del ST (76,5%). Se realizó un diagnóstico invasivo en todos los pacientes, la mayoría mediante pericardiocentesis percutánea (94,1%). Se realizó intervención quirúrgica (IQ) en 7 de los 17 pacientes (41,2%): 3 pericardiostomías y 4 pericardiectomías. El cultivo del líquido pericárdico fue positivo en el 82,4% de los casos. El microrganismo causante más frecuente fue el *Staphylococcus aureus* (52,9%), seguido del *Streptococcus pneumoniae* (17,6%). La puerta de entrada más frecuente fue la cirugía/intervencionismo torácico (29,4%), seguido de la neumonía neumocócica (17,6%). En el 23,5% no se halló puerta de entrada. 23,5% presentaron empiema concomitante y 11,8% mediastinitis. La duración media del ingreso fue de 52,6 días. La mortalidad intrahospitalaria fue de 7 pacientes (41,2%). Fallecieron 42,9% de los que se sometieron a IQ y 40% de los que no lo hicieron. En los 10 pacientes que sobrevivieron, en un seguimiento medio de 49,6 meses, 3 (30%) fallecieron por causa no cardiológica y 1 (10%) presentó constricción pericárdica.

Características de los pacientes

Características basales

Edad (años)-mediana [p25, p75]	62,0 [52,5-76,0]
Sexo mujer (n, %)	8 (47,1%)
Hipertensión arterial (n, %)	6 (35,3%)
Diabetes mellitus (n, %)	3 (17,6%)
Cardiopatía previa (n, %)	2 (11,7%)
Neumopatía previa (n, %)	4 (23,5%)
Tratamiento inmunosupresor (n, %)	3 (17,6%)
Enfermedad infecciosa previa (n, %)	
VIH	2 (11,8%)
VHC	3 (17,6%)
Neoplasia activa (n, %)	2 (11,7%)
Índice de Charlson-mediana [RIC]	1 [0,3]
Factores de riesgo toxicológicos (n, %)	
Consumo de alcohol de riesgo	5 (29,4%)
Fumador activo	6 (35,3%)
ExADVP	3 (17,6%)
Presentación clínica (n, %)	
Malestar general	12 (70,6%)

Dolor torácico	9 (52,9%)
Disnea	11 (64,7%)
Fiebre	10 (58,8%)
Insuficiencia cardiaca	11 (64,7%)
Taponamiento clínico	14 (82,4%)
Electrocardiograma inicial (n, %)	
Elevación del ST	13 (76,5%)
T negativas	3 (17,6%)
Microorganismo causante (líquido pericárdico, HHCC) (n, %)	
Staphylococcus aureus	9 (52,9%)
Streptoccus pneumoniae	3 (17,6%)
Enterococcus faecium	1 (5,9%)
Streptococcus viridans	1 (5,9%)
Staphylococcus intermedius	1 (5,9%)
Tuberculosis	1 (5,9%)
Desconocido	1 (5,9%)
Puerta de entrada (n, %)	
Procedimiento reciente torácico (3 *S. aureus, 1 E.faecium, 1 S. viridans*)*	5 (29,4%)

Neumonía neumocócica	3 (17,6%)
Lesión cutánea (2 *S. aureus*)	2 (11,8%)
Otros procedimientos (colonoscopia, *S. aureus*)	1 (5,9%)
Endocarditis (*S. aureus*)	1 (5,9%)
Tuberculosis latente (*TBC*)	1 (5,9%)
Sin puerta de entrada identificada (2 *S. aureus,* 1 *S. intermedius,* 1 cultivo negativo)	4 (23,5%)
Cultivos (n, %)	
Cultivo líquido pericárdico positivo	14 (82,4%)
Hemocultivos positivos	8 (47,1%)
Infecciones concomitantes (n, %)	9 (52,9%)
Mediastinitis concomitante	2/17 (11,8%)
Empiema	4/17 (23,5%)
Pericardiocentesis (n, %)	16 (94,1%)
Cantidad de líquido extraído ml-media (mín, máx)	529 (70, 1900)
Pericardiostomía-1 para destaponar (paciente sin pericardiocentesis), 1 por obstrucción del drenaje y la otra por mediastinitis concomitante	3 (17,6%)
Pericardiectomía (n, %) -1 por constricción, 2 por ausencia de mejoría clínica y 1 por aumento del derrame por ETT	4 (23,5%)
Tratamiento médico (n, %):	

Antiinflamatorios	5 (29,4%)
AINE	3 (17,6%)
Corticoides	2 (11,8%)
Colchicina	2 (11,8%)
Duración ingreso media (días, mín, max)	52,6 (1, 206)
Muerte durante el ingreso (n, %)	7 (41,2%)
Constricción ingreso (n, %)	2 (11,8%)
FA *de novo* en el ingreso (n, %)	6 (35,3%)
Seguimiento (n, %)	
Muerte excluyendo ingreso (todas no cardiológicas)	3 (30,0%)
Constricción total	3 (17,6%)
Constricción excluyendo ingreso	1 (5,9%)
Taponamiento, pericardiectomía o pericardiostomía en el seguimiento	0 (0%)
Seguimiento medio (días, min, max)	49,6 (0,7, 153)

n: número de pacientes; RIC: rango intercuartílico; ExADVP: exadicto a drogas por vía parenteral; Mín: mínimo; Máx: máximo; FA: fibrilación auricular. *Procedimiento reciente torácico incluye: 1 post-IQ cardiaca, 1 posbroncoscopia + PAAF, 1 posimplantación de MCP (y rotura), 1 pospericardiocentesis, 1 post-ICP por IAM (y rotura cardiaca).

Conclusiones: La pericarditis purulenta es una entidad infrecuente con una alta mortalidad. La base del tratamiento es el antibiótico y un drenaje precoz del líquido. El microorganismo más frecuente causante ha sido el *Staphylococcus aureus*, seguido del *Streptococcus pneumoniae* y el intervencionismo torácico la puerta de entrada más frecuente.