



5023-7. PRONÓSTICO DE LA PERICARDITIS CONSTRICTIVA EN FUNCIÓN DEL TRATAMIENTO RECIBIDO

Lluís Admella Severiano, Sara Soñora López, Eduardo Ródenas Alesina, Gerard Oristrell Santamaría, Toni Soriano Colomé, Ignacio Ferreira González y Pau Rello Sabaté

Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento de la pericarditis constrictiva (PC) suele consistir en tratamiento antiinflamatorio (TA), pericardiectomía quirúrgica (PQ) o solamente manejo sintomático de la congestión (MS), pero existen pocos datos comparativos entre las diferentes estrategias. El objetivo de este estudio fue estudiar el pronóstico de los pacientes con PC en función del tratamiento recibido.

Métodos: Se realizó un estudio unicéntrico retrospectivo con inclusión consecutiva de los pacientes con diagnóstico de PC entre 2010 y 2023, y se estratificaron según el tratamiento recibido. El evento de interés fue la mortalidad por cualquier causa. La supervivencia se evaluó mediante curvas de Kaplan Meier y se realizó un análisis de Cox multivariado.

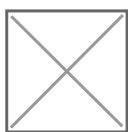
Resultados: Se incluyeron 111 pacientes con PC, de los que 62 recibieron PQ, 19 únicamente TA, y 30 solamente MS. Los pacientes sometidos exclusivamente a TA fueron más jóvenes, con más enfermedades autoinmunes asociadas y con dolor torácico como síntoma guía. En cambio, los pacientes con MS fueron mayores, con mayor frecuencia de cirugía cardíaca previa y PC de causa oncológica, y mayor riesgo quirúrgico según el EuroSCORE II (tabla). El seguimiento mediano fue de 6,5 (RIC 2,1-11,7) años, durante el cual se produjeron 34 (30,6%) fallecimientos. La insuficiencia cardíaca fue la causa de muerte más frecuente en el grupo que recibió TA (n = 2, 100%) y PQ (n = 6, 46,2%), y el cáncer (n = 6, 35,3%) entre los que recibieron MS exclusivo. Las curvas de Kaplan Meier según el manejo recibido se muestran en la figura. En una regresión de Cox ajustada por edad, neoplasia activa, cirugía cardíaca previa y EuroSCORE II, los pacientes sometidos a PQ presentaron un pronóstico similar a los pacientes manejados con AT (HR ajustada = 1,39, IC95% 0,31-7,17), mientras que los pacientes que solo recibieron MS presentaron una mayor mortalidad a lo largo del seguimiento (HR ajustada = 5,09, IC95% 1,12-23,15).

Características basales, etiología, clínica y datos analíticos de los pacientes incluidos en el estudio

	Total	Tratamiento antiinflamatorio	Pericardiectomía quirúrgica	Manejo sintomático exclusivo	p
	N = 111	N = 19	N = 62	N = 30	
Edad	61,5 (48,0-71,2)	54,4 (39,4-65,7)	60,1 (48,0-71,2)	64,3 (56,2-76,4)	0,067
Sexo femenino	38 (34,2%)	8 (42,1%)	17 (27,4%)	13 (43,3%)	0,23
Enfermedad renal crónica	28 (25,2%)	5 (26,3%)	11 (17,7%)	12 (40,0%)	0,070
Neoplasia activa	12 (10,8%)	1 (5,3%)	1 (1,6%)	10 (33,3%)	0,001
Radioterapia torácica	5 (4,5%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)	4 (13,3%)	0,023
Cirugía cardíaca previa	19 (17,3%)	4 (21,1%)	5 (8,2%)	10 (33,3%)	0,010
Enfermedad autoinmunitaria previa	5 (4,5%)	4 (21,1%)	0 (0,0%)	1 (3,4%)	0,001
Hepatopatía	24 (21,6%)	1 (5,3%)	16 (25,8%)	7 (23,3%)	0,16
Causa					0,001
Idiopática	68 (61,3%)	10 (52,6%)	50 (80,6%)	8 (26,7%)	
Oncológica	8 (7,2%)	0	1 (1,6%)	7 (23,3%)	
Rel. IQCP	15 (13,5%)	4 (21,2%)	3 (4,8%)	8 (26,7%)	
PP	4 (3,6%)	1 (5,3%)	2 (3,2%)	1 (3,3%)	
TBC	4 (3,6%)	0	2 (3,2%)	2 (6,7%)	0,12
Astenia	28 (25,2%)	7 (36,8%)	11 (17,7%)	10 (33,3%)	

Dolor torácico	17 (15,3%)	9 (47,4%)	6 (9,7%)	2 (6,7%)	0,001
Hepatomegalia	45 (42,1%)	4 (21,1%)	34 (58,6%)	7 (23,3%)	0,001
Hemoglobina	12,1 (10,2-13,3)	10,8 (8,9-12,5)	12,7 (11,4-13,7)	11,7 (9,4-12,8)	0,001
Plaquetas	206,0 (149,0-325,0)	314,0 (191,0-454,0)	188,0 (137,8-253,0)	238,0 (144,0-372,0)	0,020
PCR	23,5 (12,0-35,0)	25,5 (19,5-37,5)	23,0 (13,0-35,0)	9,0 (4,0-33,0)	0,17
VSG	47,5 (20,5-87,0)	62,0 (24,5-92,0)	31,0 (9,0-82,0)	51,0 (7,0-97,0)	0,60
Albúmina	3,7 (3,3-4,0)	3,3 (2,9-3,8)	4,0 (3,7-4,5)	3,5 (3,1-3,7)	0,002
EuroSCORE II	2,0 (1,0-5,6)	1,0 (0,7-3,0)	2,0 (1,1-4,0)	2,4 (1,3-9,9)	0,079

IQCP: intervención quirúrgica cardiológica previa; PP: pericarditis purulenta; TBC: tuberculosis; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular.



Composición de imágenes: análisis univariante, curvas de Kaplan Meier, modelo multivariante.

Conclusiones: Según la presentación y características del paciente, la PC puede ser manejada de forma médica con TA o mediante PQ, sin observarse diferencias entre tratamiento cuanto al pronóstico a medio plazo. El MS exclusivo, sin embargo, se asoció a una mayor mortalidad, y debería reservarse solamente para pacientes no candidatos a TA o PQ.