

Editorial

Novedades en pericarditis constrictiva. Una perspectiva europea



What's New in Constrictive Pericarditis? A European Perspective

Massimo Imazio^{a,*} y Fiorenzo Gaita^b

^a Cardiology Department, Maria Vittoria Hospital and Department of Public Health and Pediatrics, University of Torino, Turín, Italia

^b University Division of Cardiology, Department of Medical Sciences, Città della Salute e Della Scienza, University of Torino, Turín, Italia

Historia del artículo:

On-line el 24 de octubre de 2015

La pericarditis constrictiva (PC) probablemente sea una de las principales preocupaciones tanto de los clínicos que tratan enfermedades pericárdicas a largo plazo como de nuestros pacientes¹.

La PC es el resultado final de diferentes tipos de pericarditis aguda. Los datos recientes han puesto claramente de manifiesto que la etiología de la pericarditis aguda inicial es el principal factor de riesgo de que se dé esta evolución a la fase de PC, puesto que las etiologías bacterianas (pericarditis purulenta y tuberculosa) conllevan un riesgo más alto (en un 20-30%) que el que se da con las etiologías neoplásicas o las formas de mecanismo inmunitario, así como con las etiologías virales e idiopáticas². Además, el riesgo no está relacionado con el número de recaídas, sino básicamente con la etiología, tanto en la pericarditis aguda como en la recurrente¹⁻³.

Estudios previos realizados en Estados Unidos⁴⁻⁶ indicaban un posible aumento de las etiologías específicas de la PC, sobre todo los casos aparecidos tras cirugía cardíaca o radioterapia. Sin embargo, los datos de países en desarrollo con alta prevalencia de tuberculosis, como los del África subsahariana⁷, apuntan a que esta puede ser la causa predominante y, por lo tanto, el espectro etiológico de la PC se ve afectado principalmente por la presencia de tuberculosis (tabla) en un área geográfica determinada. En consecuencia, es posible que la tuberculosis pase a ser un problema de importancia creciente y una causa de enfermedades pericárdicas con las nuevas corrientes de inmigración que se están produciendo en los países europeos.

En el estudio retrospectivo publicado por Porta-Sánchez et al⁸ en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, estos investigadores españoles revisan su experiencia en 140 casos consecutivos de PC tratados con pericardiectomía entre 1978 y 2012 en un centro terciario de referencia para enfermedades pericárdicas (Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España).

Se debe felicitar a los autores por su continuo esfuerzo por mejorar el conocimiento de las enfermedades pericárdicas desde hace más de 30 años.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.12.019>, Rev Esp Cardiol. 2015;68:1092–100.

* Autor para correspondencia: Cardiology Department, Maria Vittoria Hospital and Department of Public Health and Pediatrics, University of Torino, Via Luigi Cibrario 72, 10141 Turín, Italia.

Correos electrónicos: massimo_imazio@yahoo.it, massimo.imazio@unito.it (M. Imazio).

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

En este estudio, la mayoría de los pacientes tenía una etiología idiopática (54%). Se trató con pericardiectomía a todos los pacientes incluidos, con una mortalidad perioperatoria del 11%, lo cual concuerda con lo indicado por las series quirúrgicas previas. Las diferentes etiologías tuvieron mortalidades similares, si bien los resultados finales pueden haberse afectado por tratarse de subgrupos pequeños, como los de casos aparecidos tras la cirugía cardíaca o tras la radioterapia. La edad avanzada, la clase funcional de la *New York Heart Association* (III–IV) y la pericarditis idiopática aguda previa se asociaron a un aumento de la mortalidad durante el seguimiento.

¿Cuáles son los nuevos mensajes principales que aporta este estudio? En primer lugar, las formas idiopáticas son mayoritarias (el 54% de los casos) y las causas infecciosas (especialmente las pericarditis purulenta y tuberculosa) son la segunda causa más frecuente de PC. Como se ha mencionado, la tuberculosis puede pasar a ser una causa de pericarditis y PC de importancia creciente en los próximos años, y en este estudio supuso alrededor del 11% del total de casos. Los casos aparecidos después de cirugía cardíaca o radioterapia parecen tener un papel secundario (< 10%). Sin embargo, esta observación podría estar afectada por sesgos de selección, puesto que diferentes hospitales pueden ser centros de referencia para distintos tipos de enfermedades y tener mayor o menor número de casos tratados anteriormente con cirugía cardíaca o radioterapia. No obstante, la radioterapia ha cambiado a lo largo del tiempo, lo que también puede influir en las tasas. De todos modos, en este estudio, la supervivencia a largo plazo no se vio afectada por la etiología de la PC.

Un segundo aspecto importante es que las formas bacterianas suelen progresar a una PC en un plazo de 6 meses y que la PC tiene una forma de presentación aguda o subaguda en estos casos. Así pues, se debe investigar con prontitud qué etiologías pueden verse afectadas por un tratamiento específico y dirigido en los pacientes con presentación aguda o subaguda de la PC. Por otra parte, los esfuerzos clínicos y ecocardiográficos para excluir la evolución hacia PC deberían centrarse en los primeros 6 meses. En cambio, las formas crónicas de PC son frecuentes en los casos idiopáticos.

En tercer lugar, las técnicas de imagen de modalidades múltiples y no invasivas, como la ecografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética cardíaca, son esenciales para el manejo actual de la PC⁹. No hay casos de PC que presenten resultados normales en todas estas técnicas de imagen no invasivas, y en la actualidad el papel del cateterismo cardíaco

Tabla

Principales series de pericarditis constrictiva publicadas

	Cameron et al ⁴	Ling et al ⁵	Bertog et al ⁶	Mutyaba et al ⁷	Porta-Sánchez et al ⁸
Centro	Stanford University	Mayo Clinic	Cleveland Clinic	Groote Schuur Hospital	Hospital Universitari Vall d'Hebron
País	Estados Unidos	Estados Unidos	Estados Unidos	Sudáfrica	España
Años	1970-1985	1985-1995	1977-2000	1990-2012	1978-2012
Pacientes, n	95	135	163	121	140
Etiología, n (%)					
Idiopática	40 (42)	45 (33)	75 (46)	6 (5)	76 (54)
Posinfecciosa	6 (6)	26 (20)	7 (4)	110 (91)*	25 (18)*
Posquirúrgica	10 (11)	24 (18)	60 (37)	0 (0)	5 (4)
Tras radioterapia	29 (31)	17 (13)	15 (9)	0 (0)	3 (2)
Enfermedades inflamatorias sistémicas	4 (4)	10 (7)	5 (3)	0 (0)	ND
Otras	6 (6)	13 (10)	1 (1)	5 (4)	31 (22)

ND: no disponible.

* La pericarditis tuberculosa fue la causa de todos los casos posinfecciosos descritos en la serie de Sudáfrica y 15 casos (11%) de la serie española.

para el diagnóstico de la PC está limitado principalmente a los casos con unos resultados dudosos en las múltiples modalidades de técnicas de imagen. En el contexto de una PC de nuevo diagnóstico, el papel de las técnicas de imagen de segundo nivel, como la tomografía computarizada y la resonancia magnética cardiaca, no se limita solo a la evaluación de la fisiología constrictiva, sino que se emplean también para detectar la inflamación pericárdica al constatar la captación de contraste en el pericardio. La inflamación pericárdica puede tratarse y la constricción puede ser reversible en estos casos, con lo que se evita una intervención quirúrgica temprana inadecuada⁹.

En términos generales, el punto fuerte de este estudio es que presenta un análisis global y la perspectiva de un centro de referencia europeo en el tratamiento de las enfermedades pericárdicas. Tal como reconocen los autores, las principales limitaciones son su diseño retrospectivo y la inclusión de pacientes tratados solo con una pericardiectomía.

No obstante, hasta la fecha, este estudio es la principal contribución europea por lo que respecta al espectro etiológico y los patrones de presentación de la PC en una serie contemporánea.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Imazio M, Gaita F. Diagnosis and treatment of pericarditis. *Heart*. 2015;101:1159–68.
2. Imazio M, Brucato A, Maestroni S, Cumetti D, Belli R, Trincherio R, et al. Risk of constrictive pericarditis after acute pericarditis. *Circulation*. 2011;124:1270–5.
3. Imazio M, Brucato A, Adler Y, Brambilla G, Artom G, Cecchi E, et al. Prognosis of idiopathic recurrent pericarditis as determined from previously published reports. *Am J Cardiol*. 2007;100:1026–8.
4. Cameron J, Oesterle SN, Baldwin JC, Hancock EW. The etiologic spectrum of constrictive pericarditis. *Am Heart J*. 1987;113:354–60.
5. Ling LH, Oh JK, Schaff HV, Danielson GK, Mahoney DW, Seward JB, et al. Constrictive pericarditis in the modern era: evolving clinical spectrum and impact on outcome after pericardiectomy. *Circulation*. 1999;100:1380–6.
6. Bertog SC, Thambidorai SK, Parakh K, Schoenhagen P, Ozduran V, Houghtaling PL, et al. Constrictive pericarditis: etiology and cause-specific survival after pericardiectomy. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:1445–52.
7. Mutyaba AK, Balkaran S, Cloete R, Du Plessis N, Badri M, Brink J, et al. Constrictive pericarditis requiring pericardiectomy at Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa: causes and perioperative outcomes in the HIV era (1990-2012). *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2014;148:3058–65.e1.
8. Porta-Sánchez A, Sagristà-Sauleda J, Ferreira-González I, Torrents Fernández A, Roca Luque I, García Dorado D. Pericarditis constrictiva: espectro etiológico, presentaciones clínicas, factores pronósticos y seguimiento a largo plazo. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:1092–100.
9. Cosyns B, Plein S, Nihoyanopoulos P, Smiseth O, Achenbach S, Andrade MJ, et al; European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI); European Society of Cardiology Working Group (ESC WG) on Myocardial and Pericardial diseases. European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) position paper: multi-modality imaging in pericardial disease. *EurHeart J Cardiovasc Imaging*. 2015;16:12–31.