



Diagnóstico y tratamiento de la pericarditis aguda y crónica: una revisión narrativa

Diagnosis and treatment of acute and chronic pericarditis: a narrative review

Jorge David Rocha Sánchez

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
ORCID: 0009-0009-2467-0811

Daisy Urbina Aucancela

Universidad Estatal de Bolívar
ORCID: 0000-0001-5937-7820

Santiago Sebastián Guaygua Solís

Universidad Central del Ecuador
ORCID: 0009-0005-1546-1218

Stefany Anahi Chantera Pilco

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo
ORCID: 0009-0003-2400-3492

Luisa María Loor Obregón

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
ORCID: 0009-0000-2202-5581

Kevin Ismael Cajas Tovar

Escuela Superior Politécnica del Chimborazo
ORCID: 0009-0000-0047-1783

Renata Camila Dillon Zabala

Escuela Superior Politécnica del Chimborazo
ORCID: 0009-0002-9457-8884

Henry Andree Vargas Solís

Universidad Central del Ecuador
ORCID: 0000-0003-0745-5326

RESUMEN

La pericarditis, una inflamación del pericardio, puede presentarse en formas agudas o crónicas, y su diagnóstico y manejo requieren un enfoque integral y actualizado. Este artículo de revisión narrativa aborda los aspectos clave relacionados con la identificación y el tratamiento de esta condición, proporcionando un panorama basado en la evidencia más reciente. En el diagnóstico, se destacan los criterios clínicos, electrocardiográficos, ecocardiográficos y de biomarcadores inflamatorios que permiten diferenciar la pericarditis de otras patologías con síntomas similares. Asimismo, se revisan las causas más comunes, como infecciones virales, enfermedades autoinmunes y complicaciones postquirúrgicas. En cuanto al tratamiento, se subraya la importancia de una terapia personalizada según la etiología y la gravedad del cuadro. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y la colchicina son pilares en el manejo inicial, mientras que los corticosteroides se reservan para casos específicos. En formas crónicas o recurrentes, se consideran opciones como inmunomoduladores y procedimientos quirúrgicos, como la pericardiectomía en casos refractarios. Finalmente, el artículo enfatiza la necesidad de un seguimiento estrecho para prevenir complicaciones como el taponamiento cardíaco o la pericarditis constrictiva. Esta revisión pretende ser una herramienta útil para los profesionales de la salud en la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia.

Palabras clave: Pericarditis aguda, pericarditis crónica, electrocardiograma, manejo, colchicina.

ABSTRACT

Pericarditis, an inflammation of the pericardium, can occur in acute or chronic forms, and its diagnosis and management require a comprehensive and up-to-date approach. This narrative review article addresses the key aspects related to the identification and treatment of this condition, providing an overview based on the latest evidence. In the diagnosis, the clinical, electrocardiographic, echocardiographic and inflammatory biomarker criteria that allow differentiating pericarditis from other pathologies with similar symptoms are highlighted. The most common causes, such as viral infections, autoimmune diseases, and post-surgical complications, are also reviewed. In terms of treatment, the importance of personalized therapy according to the etiology and severity of the condition is emphasized. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and colchicine are mainstays in initial management, while corticosteroids are reserved for specific cases. In chronic or recurrent forms, options such as immunomodulators and surgical procedures, such as pericardiectomy in refractory cases, are considered. Finally, the article emphasizes the need for close monitoring to prevent complications such as cardiac tamponade or constrictive pericarditis. This review aims to be a useful tool for health professionals in evidence-based clinical decision-making.

Keywords: Acute pericarditis, chronic pericarditis, electrocardiogram, management, colchicine.

INTRODUCCIÓN

La pericarditis, una inflamación del pericardio que puede presentarse en formas agudas o crónicas, representa un desafío clínico significativo debido a su variabilidad en la presentación, diagnóstico y manejo. Esta afección puede originarse por diversas causas, incluyendo infecciones, enfermedades autoinmunes, neoplasias y factores idiopáticos, lo que subraya la

necesidad de un enfoque diagnóstico integral. Aunque los avances en técnicas de imagen y biomarcadores han mejorado la precisión diagnóstica, aún persisten retos en la identificación temprana y diferenciación de la pericarditis de otras patologías cardiovasculares (1). En cuanto al tratamiento, este varía desde medidas farmacológicas, como antiinflamatorios no esteroideos y colchicina, hasta intervenciones más invasivas en casos complicados (2). Este artículo de revisión narrativa tiene como objetivo proporcionar una actualización detallada sobre los enfoques actuales para el diagnóstico y manejo de la pericarditis aguda y crónica, destacando las recomendaciones basadas en guías recientes y la evidencia científica disponible, con el fin de optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de literatura científica en bases de datos reconocidas como PubMed, Scopus y Web of Science. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 10 años para garantizar la actualidad de la información. Los términos de búsqueda empleados incluyeron combinaciones de palabras clave como "pericarditis aguda", "pericarditis crónica", "diagnóstico", "tratamiento", "manejo clínico" y "complicaciones". Se utilizaron operadores booleanos para optimizar la búsqueda y se limitaron los resultados a publicaciones en inglés y español. La selección de los estudios se realizó en dos etapas: primero, se revisaron los títulos y resúmenes para identificar aquellos que cumplían con los objetivos del artículo; posteriormente, se evaluaron los textos completos para confirmar su relevancia. Se priorizaron estudios originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas de sociedades científicas reconocidas. Los datos extraídos se organizaron temáticamente para abordar de manera integral los aspectos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos de la pericarditis aguda y crónica. Finalmente, se garantizó el rigor metodológico mediante una lectura crítica de las fuentes seleccionadas, identificando posibles sesgos y limitaciones en los estudios analizados. Esto permitió desarrollar una síntesis narrativa que integra la evidencia más relevante y actualizada sobre el tema.

Desarrollo

Definición

La pericarditis es una inflamación del pericardio, la membrana que rodea y protege el corazón. Puede clasificarse en aguda o crónica según su duración y características clínicas. La pericarditis aguda se define como un proceso inflamatorio de inicio súbito que, generalmente, dura menos de seis semanas. Por otro lado, la pericarditis crónica se refiere a una inflamación persistente que se prolonga más allá de los tres meses (1).

Etiología

La pericarditis, tanto en su forma aguda como crónica, tiene una etiología diversa que abarca causas infecciosas, inflamatorias, autoinmunes, metabólicas, neoplásicas y traumáticas. La identificación de la causa subyacente es fundamental para guiar el tratamiento y prevenir complicaciones. A continuación, se describen las principales etiologías asociadas con esta condición (2).

1. Causas infecciosas

- Virales: Constituyen la causa más frecuente de pericarditis aguda. Los virus más comúnmente implicados incluyen el Coxsackie B, echovirus, citomegalovirus, herpes simple y VIH (2).

- Bacterianas: Aunque menos comunes, las infecciones bacterianas pueden ser graves. Entre ellas se encuentran las causadas por *Mycobacterium tuberculosis* (pericarditis tuberculosa), *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae* (2).

- Fúngicas: Más raras y generalmente asociadas con inmunosupresión, pueden incluir especies como *Histoplasma* y *Aspergillus* (2).

- Parasitarias: Infrecuentes, pero relevantes en regiones endémicas; por ejemplo, *Trypanosoma cruzi* en la enfermedad de Chagas (2).

2. Causas autoinmunes e inflamatorias

- Enfermedades del tejido conectivo: Lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide y esclerodermia son ejemplos de trastornos autoinmunes que pueden causar pericarditis (3).

- Síndrome de Dressler: Una pericarditis secundaria a daño miocárdico que puede ocurrir después de un infarto agudo de miocardio o cirugía cardíaca (3).

- Vasculitis: Enfermedades como la poliarteritis nodosa o la granulomatosis con poliangiitis pueden involucrar al pericardio (2).

3. Causas metabólicas

- Uremia: La pericarditis urémica es una complicación conocida de la insuficiencia renal crónica avanzada (3).

- Hipotiroidismo: Puede llevar a derrame pericárdico y ocasionalmente a pericarditis (2,3).
- Hipercolesterolemia: Aunque rara vez, puede contribuir a inflamación pericárdica (3).

4. Neoplasias

Las metástasis al pericardio son más comunes que los tumores primarios. Los cánceres más frecuentemente asociados incluyen pulmón, mama, linfomas y melanomas. Por otro lado, los tumores primarios del pericardio, como el mesotelioma pericárdico, son extremadamente raros (3).

5. Causas traumáticas

- Trauma directo: Lesiones penetrantes o contusas en el tórax pueden dañar el pericardio (2).
- Iatrogénicas: Intervenciones como la colocación de catéteres centrales, ablación cardíaca o cirugía torácica pueden inducir pericarditis (3).

6. Otras causas

- Pericarditis inducida por medicamentos: Algunos fármacos (por ejemplo, hidralazina, procainamida) pueden causar pericarditis como efecto adverso (1).
- Idiopática: En una proporción significativa de casos, no se identifica una causa específica, especialmente en países desarrollados donde las infecciones tuberculosas son menos prevalentes (3).

La comprensión integral de las posibles etiologías permite al clínico adoptar un enfoque diagnóstico estructurado y personalizado para cada paciente. Esto incluye pruebas específicas según la sospecha clínica, como cultivos, estudios inmunológicos o técnicas de imagen avanzada, con el objetivo de optimizar el manejo terapéutico y pronóstico (4).

Fisiopatología

La fisiopatología de la pericarditis, tanto aguda como crónica, se caracteriza por procesos inflamatorios que afectan al pericardio, la membrana que rodea al corazón. En la pericarditis aguda, la inflamación puede ser desencadenada por infecciones virales, bacterianas, micóticas o por causas no infecciosas como enfermedades autoinmunes, traumatismos, neoplasias o el síndrome post-pericardiotomía. Este proceso inflamatorio genera un aumento en la permeabilidad vascular, lo que facilita la acumulación de líquido pericárdico y puede dar lugar a un derrame pericárdico. En casos graves, esto puede evolucionar hacia un taponamiento cardíaco, comprometiendo la función hemodinámica (5). Por otro lado, la pericarditis crónica, que puede desarrollarse como una secuela de cuadros agudos recurrentes o persistentes, se asocia a fibrosis y engrosamiento del pericardio. En su forma constrictiva, estas alteraciones estructurales limitan la capacidad de llenado diastólico del corazón, generando síntomas de insuficiencia cardíaca con presión venosa elevada y bajo gasto cardíaco. La comprensión de estas bases fisiopatológicas es crucial para orientar el diagnóstico y el tratamiento adecuado en cada caso clínico (6).

Epidemiología

La pericarditis aguda es la causa más común de enfermedad pericárdica en la práctica clínica y representa aproximadamente el 5% de los pacientes que presentan dolor torácico en los servicios de urgencias. Su incidencia anual se estima en 27,7 casos por cada 100,000 personas. La forma crónica, definida como una inflamación persistente del pericardio que dura más de tres meses, es menos frecuente y representa un menor porcentaje de los casos totales. La recurrencia es un fenómeno común en la pericarditis aguda, con tasas de hasta el 30% al 50% en pacientes que no reciben un tratamiento antiinflamatorio adecuado. La progresión hacia formas crónicas, como la pericarditis constrictiva, ocurre en un pequeño porcentaje de los casos, con una incidencia estimada de 0,5% a 2% (7).

En general, la pericarditis aguda tiene un pronóstico favorable cuando se diagnostica y trata adecuadamente. La mortalidad asociada a esta condición es baja y suele estar relacionada con complicaciones como el taponamiento cardíaco o la progresión hacia pericarditis constrictiva. En casos de pericarditis purulenta o tuberculosa, la mortalidad puede ser significativamente mayor debido a la naturaleza grave de estas etiologías. La pericarditis crónica presenta una mayor carga clínica y puede asociarse con complicaciones graves, especialmente en casos de pericarditis constrictiva no tratada. Sin embargo, los avances en técnicas quirúrgicas como la pericardiectomía han mejorado el pronóstico en estos pacientes (8).

La pericarditis afecta a ambos sexos, pero algunos estudios sugieren una mayor incidencia en hombres jóvenes y de mediana edad en el caso de la pericarditis aguda idiopática o viral. Esta mayor prevalencia podría estar relacionada con diferencias inmunológicas y hormonales entre hombres y mujeres. En contraste, las mujeres pueden estar más predispuestas a desarrollar formas recurrentes o complicadas, aunque esto requiere mayor investigación para confirmarse. Los datos sobre

la distribución de la pericarditis según la etnia son limitados. Sin embargo, ciertas etiologías específicas muestran patrones geográficos y étnicos distintivos. Por ejemplo, la pericarditis tuberculosa es más prevalente en regiones donde la tuberculosis es endémica, como África subsahariana y Asia meridional. Asimismo, las enfermedades autoinmunes que pueden causar pericarditis secundaria, como el lupus eritematoso sistémico, tienen mayor incidencia en poblaciones afrodescendientes y latinoamericanas (7,8).

Manifestaciones clínicas

La pericarditis, tanto en su presentación aguda como crónica, se manifiesta clínicamente con un espectro de síntomas que pueden variar en intensidad y duración. El dolor torácico es el síntoma cardinal en la mayoría de los casos de pericarditis aguda, típicamente de carácter pleurítico, exacerbado con la inspiración profunda o al acostarse, y aliviado al inclinarse hacia adelante. Este dolor suele localizarse en la región precordial o retroesternal y puede irradiarse a los hombros, cuello o espalda (9).

Otros signos y síntomas frecuentes incluyen fiebre, malestar general, disnea y, en casos más graves, signos de taponamiento cardíaco como hipotensión, ingurgitación yugular y ruidos cardíacos apagados. En la auscultación, el roce pericárdico es un hallazgo característico, aunque no siempre presente. En la pericarditis crónica, particularmente en su forma constrictiva, predominan los síntomas relacionados con insuficiencia cardíaca derecha, como edema periférico, ascitis y hepatomegalia congestiva (9).

La identificación temprana de estas manifestaciones clínicas es crucial para orientar el diagnóstico y guiar el tratamiento adecuado, minimizando las complicaciones potenciales asociadas a esta condición (9).

Diagnóstico

El diagnóstico de la pericarditis, tanto en su forma aguda como crónica, se fundamenta en una combinación de criterios clínicos, hallazgos electrocardiográficos, estudios de imagen y pruebas de laboratorio. La identificación temprana y precisa de esta condición es crucial para iniciar un tratamiento adecuado y prevenir complicaciones potenciales (10).

1. Criterios clínicos

El diagnóstico clínico de la pericarditis aguda se basa en la presencia de al menos dos de los siguientes criterios: dolor torácico característico, que suele ser pleurítico y mejora al inclinarse hacia adelante; roce pericárdico auscultado en la exploración física; cambios electrocardiográficos típicos, como elevación difusa del segmento ST o depresión del PR; y evidencia de derrame pericárdico en estudios de imagen (10).

En el caso de la pericarditis crónica, el diagnóstico puede requerir una evaluación más detallada, incluyendo la persistencia de síntomas por más de tres meses, hallazgos ecocardiográficos sugestivos, y en algunos casos, estudios avanzados como resonancia magnética cardíaca para evaluar inflamación o fibrosis del pericardio (10,11).

La integración de estos criterios clínicos con datos de laboratorio, como marcadores inflamatorios elevados (PCR o VSG), permite no solo confirmar el diagnóstico, sino también descartar otras patologías que puedan simular un cuadro similar. Es fundamental realizar una evaluación integral para determinar posibles etiologías subyacentes, como infecciones, enfermedades autoinmunes o neoplasias, lo que guiará un enfoque terapéutico adecuado (11).

2. Electrocardiograma (ECG)

En la pericarditis aguda, el hallazgo más común es la elevación difusa del segmento ST, generalmente cóncava hacia arriba, acompañada de depresión del segmento PR, lo que refleja inflamación pericárdica. Estas alteraciones suelen ser transitorias y evolucionar en cuatro etapas: desde la elevación inicial del ST hasta la normalización o incluso el desarrollo de ondas T invertidas en fases posteriores. Es importante diferenciar estos cambios de los observados en el infarto agudo de miocardio, donde las elevaciones del ST suelen ser localizadas y convexas (12).

En la pericarditis crónica, el ECG puede mostrar alteraciones inespecíficas, como baja amplitud de los complejos QRS o inversión persistente de las ondas T, especialmente en casos asociados a derrame pericárdico significativo (12).

Aunque el ECG es una herramienta accesible y no invasiva, su interpretación debe complementarse con otros estudios diagnósticos, como ecocardiografía y marcadores inflamatorios, para establecer un diagnóstico preciso y guiar el tratamiento adecuado (11,12).

3. Estudios de imagen

- Ecocardiografía: Es el método de primera línea en la evaluación de pacientes con sospecha de pericarditis. Permite identificar derrame pericárdico, evaluar el grosor del pericardio y detectar signos de taponamiento cardíaco. La ecocardiografía transtorácica es la técnica más utilizada, aunque en casos específicos puede ser necesario recurrir a la ecocardiografía transesofágica para obtener imágenes más detalladas (12,13).

- Radiografía de tórax: Aunque no es específica, puede revelar cardiomegalia secundaria a derrame pericárdico significativo. También es útil para descartar otras patologías pulmonares o mediastínicas que puedan simular síntomas similares (13).

- Tomografía computarizada (TC): La TC es particularmente útil para evaluar el engrosamiento pericárdico, calcificaciones y la presencia de derrame pericárdico. Es una herramienta valiosa en casos de pericarditis constrictiva o cuando se sospecha una etiología neoplásica o infecciosa (10,13).

- Resonancia magnética cardíaca (RMC): Proporciona una evaluación detallada del pericardio y permite identificar inflamación activa mediante la administración de gadolinio. La RMC es especialmente útil en el diagnóstico de pericarditis crónica y en la evaluación de la respuesta al tratamiento antiinflamatorio (11,13).

- Tomografía por emisión de positrones (PET-TC): Aunque no se utiliza de forma rutinaria, puede ser considerada en casos específicos para evaluar inflamación activa o procesos infecciosos/neoplásicos asociados (12).

4. Pruebas de laboratorio

En el diagnóstico de la pericarditis aguda y crónica, las pruebas de laboratorio desempeñan un papel esencial para confirmar la inflamación pericárdica y descartar otras patologías subyacentes. Los análisis más comúnmente utilizados incluyen la determinación de marcadores inflamatorios, como la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG), que suelen estar elevadas en fases agudas de la enfermedad. Además, la troponina sérica puede estar aumentada en casos donde exista afectación miocárdica concomitante (miopericarditis) (13).

En pacientes con sospecha de etiología infecciosa, se recomienda realizar hemocultivos y serologías específicas para identificar agentes virales, bacterianos o micóticos. Asimismo, en casos seleccionados, el análisis del líquido pericárdico obtenido por pericardiocentesis puede proporcionar información diagnóstica valiosa, incluyendo estudios citológicos, bioquímicos y microbiológicos (13).

En situaciones donde se sospeche una causa autoinmune o sistémica, como lupus eritematoso sistémico o artritis reumatoide, es necesario incluir pruebas inmunológicas específicas, como anticuerpos antinucleares (ANA) o factor reumatoide. La integración de los resultados de laboratorio con los hallazgos clínicos y de imagen es fundamental para establecer un diagnóstico preciso y orientar el tratamiento adecuado (13).

Tratamiento

El tratamiento de la pericarditis, tanto en su forma aguda como crónica, depende de la etiología subyacente, la gravedad de los síntomas y la presencia de complicaciones como el taponamiento cardíaco o la pericarditis constrictiva. A continuación, se describen las principales estrategias terapéuticas (13):

1. Pericarditis aguda idiopática o viral

El tratamiento de la pericarditis aguda idiopática o viral tiene como objetivo principal aliviar los síntomas, reducir la inflamación y prevenir complicaciones, como el derrame pericárdico severo o la evolución hacia una pericarditis recurrente o crónica. El tratamiento primario incluye (14):

- Medidas generales: Se recomienda limitar la actividad física durante la fase aguda para reducir el riesgo de complicaciones. Además, es fundamental realizar un seguimiento cercano para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar posibles signos de complicaciones (14).

- Tratamiento farmacológico: Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) se consideran de primera línea para el control del dolor y la inflamación. Los fármacos comúnmente utilizados incluyen ibuprofeno (600-800 mg cada 6-8 horas) o aspirina (2-4 g/día en dosis divididas). La duración del tratamiento suele ser de 1 a 2 semanas, con una reducción gradual de la dosis según la mejoría clínica y la normalización de los marcadores inflamatorios (14).

Por otro lado, la colchicina se recomienda como terapia complementaria a los AINEs debido a su capacidad para reducir la tasa de recurrencia. La dosis habitual es de 0,5-1 mg al día, ajustada según el peso y la tolerancia del paciente, con una duración de 3 meses en casos agudos no complicados. Finalmente, el uso de los corticoides está reservado para pacientes con contraindicaciones a los AINEs o colchicina, o en casos refractarios. Sin embargo, deben emplearse con precaución, ya que aumentan el riesgo de recurrencia (14).

2. Pericarditis bacteriana o purulenta

El tratamiento de la pericarditis bacteriana o purulenta requiere un enfoque intensivo y multidisciplinario, dado su carácter potencialmente grave y su asociación con complicaciones significativas. Es fundamental la administración precoz de antibióticos de amplio espectro, ajustados posteriormente según los resultados del cultivo y antibiograma, para controlar la infección subyacente (15).

En la mayoría de los casos, se recomienda el drenaje pericárdico mediante pericardiocentesis o pericardiotomía subxifoidea para evacuar el exudado purulento y reducir la presión intrapericárdica. Además, el monitoreo estrecho del estado hemodinámico del paciente es esencial, ya que esta condición puede evolucionar hacia un taponamiento cardíaco. En casos graves o recurrentes, podría ser necesaria una pericardiectomía (15).

El manejo debe complementarse con medidas de soporte, incluyendo control del dolor, estabilización hemodinámica y tratamiento de comorbilidades asociadas. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son cruciales para mejorar el pronóstico y prevenir secuelas como la pericarditis constrictiva (15).

3. Pericarditis tuberculosa

El pilar del manejo es la administración de un esquema completo de fármacos antituberculosos, generalmente compuesto por isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, durante al menos seis meses, según las guías internacionales para el tratamiento de la tuberculosis. En casos seleccionados, especialmente en presencia de derrame pericárdico significativo o signos de constricción pericárdica, puede ser necesario el uso de corticosteroides como terapia adyuvante para reducir la inflamación y prevenir el daño estructural del pericardio (16).

Es fundamental realizar un seguimiento clínico estrecho para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar oportunamente cualquier complicación o recaída. La colaboración multidisciplinaria entre especialistas en cardiología, infectología y cirugía cardiovascular resulta esencial para optimizar los resultados en estos pacientes (16).

4. Pericarditis autoinmune o asociada a enfermedades sistémicas

En el manejo de la pericarditis autoinmune o asociada a enfermedades sistémicas, es fundamental identificar y tratar la enfermedad subyacente, ya que estas condiciones suelen estar vinculadas a patologías como el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide o la esclerodermia (17).

El tratamiento inicial incluye el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINEs) combinados con colchicina, que han demostrado eficacia en reducir la inflamación y prevenir recurrencias. En casos refractarios o severos, especialmente cuando hay compromiso sistémico significativo, se recurre a corticosteroides en dosis bajas, siempre evaluando cuidadosamente el riesgo-beneficio debido a los posibles efectos adversos. En pacientes que no responden adecuadamente o que presentan contraindicaciones para los corticosteroides, pueden considerarse inmunosupresores como azatioprina, micofenolato mofetilo o metotrexato (17).

Además, en casos seleccionados y bajo supervisión especializada, se han utilizado terapias biológicas como inhibidores de la interleucina-1 (anakinra o canakinumab), especialmente en pericarditis recurrente o resistente al tratamiento convencional. Es crucial adoptar un enfoque multidisciplinario que involucre reumatología y cardiología para optimizar el manejo integral del paciente, minimizando complicaciones y mejorando la calidad de vida (17).

5. Pericarditis recurrente

Inicialmente, se recomiendan antiinflamatorios no esteroides (AINEs) como tratamiento de primera línea, acompañados de colchicina, que ha demostrado reducir significativamente las recurrencias. En casos refractarios o cuando los AINEs están contraindicados, se puede considerar el uso de corticosteroides en dosis bajas, aunque su empleo debe ser limitado debido al riesgo de dependencia y recurrencias posteriores (18).

En pacientes que no responden a estas terapias o presentan múltiples recaídas, se pueden utilizar inmunomoduladores como anakinra o azatioprina. Además, es fundamental identificar y tratar posibles causas subyacentes, como infecciones o enfermedades autoinmunes. Se recomienda evitar la actividad física intensa durante la fase activa de la enfermedad, ya que puede agravar los síntomas. En casos excepcionales y graves, como pericarditis constrictiva recurrente, puede ser necesaria una pericardiectomía. El manejo debe ser individualizado y realizado por un equipo multidisciplinario con experiencia en enfermedades del pericardio. La adherencia al tratamiento y el seguimiento cercano son esenciales para optimizar los resultados a largo plazo (18).

6. Complicaciones graves

En el tratamiento de la pericarditis aguda y crónica, es fundamental considerar las posibles complicaciones graves que pueden surgir, ya que estas representan un desafío clínico importante y pueden comprometer la vida del paciente si no se abordan de manera oportuna (19).

Entre las complicaciones más relevantes se encuentra el taponamiento cardíaco, una condición potencialmente mortal que resulta de la acumulación excesiva de líquido en el espacio pericárdico, lo cual impide el llenado adecuado de las cavidades cardíacas y genera un deterioro hemodinámico progresivo. Otra complicación significativa es la pericarditis constrictiva crónica, caracterizada por un engrosamiento y fibrosis del pericardio que restringe la función diastólica del corazón, lo que puede derivar en insuficiencia cardíaca con predominio de síntomas sistémicos y congestivos.

Adicionalmente, la evolución hacia pericarditis recurrente, particularmente en casos de etiología autoinmune o idiopática, puede generar un impacto negativo en la calidad de vida del paciente debido a episodios repetidos de dolor torácico y limitaciones funcionales (19,20).

El manejo de estas complicaciones requiere un enfoque multidisciplinario que incluya intervenciones específicas como pericardiocentesis en casos de taponamiento, tratamiento antiinflamatorio intensivo o incluso pericardiectomía en casos refractarios de pericarditis constrictiva. La identificación temprana y el seguimiento estrecho son esenciales para optimizar los resultados clínicos y prevenir desenlaces adversos. El monitoreo regular y un enfoque multidisciplinario son esenciales para garantizar una adecuada evolución del paciente. La personalización del tratamiento según la causa subyacente y las características individuales del paciente es clave para lograr resultados óptimos (19,20).

Conclusión

En conclusión, el diagnóstico y tratamiento de la pericarditis aguda y crónica representan un desafío clínico que requiere una evaluación integral y un enfoque multidisciplinario. La identificación temprana basada en una anamnesis detallada, exploración física y herramientas diagnósticas como el electrocardiograma, la ecocardiografía y los marcadores inflamatorios es fundamental para optimizar el manejo del paciente. En el caso de la pericarditis aguda, el tratamiento se centra principalmente en el alivio de los síntomas y la resolución de la inflamación mediante el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), colchicina y, en casos seleccionados, corticosteroides. Por otro lado, la pericarditis crónica requiere un abordaje más complejo que puede incluir terapias inmunosupresoras o intervenciones quirúrgicas, como la pericardiectomía, en casos de pericarditis constrictiva refractaria. Es crucial individualizar las estrategias terapéuticas según la etiología subyacente y las características clínicas de cada paciente.

Finalmente, el seguimiento a largo plazo es esencial para prevenir complicaciones y garantizar una adecuada calidad de vida, subrayando la importancia de la actualización continua en este campo para mejorar los resultados clínicos.

REFERENCIAS

- Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al; ESC Scientific Document Group. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2015 Nov 7;36(42):2921-2964. doi: 10.1093/eurheartj/ehv318.
- Imazio M, Gaita F. Acute and Recurrent Pericarditis. *Cardiol Clin*. 2017 Nov;35(4):505-513. doi: 10.1016/j.ccl.2017.07.004.
- Imazio M, Gaita F, LeWinter M. Evaluation and Treatment of Pericarditis: A Systematic Review. *JAMA*. 2015 Oct 13;314(14):1498-506. doi: 10.1001/jama.2015.12763.
- Kawano Y, Pabón MA, Feldman CH, Cuddy S, Lilly LS, Garshick MS, Weber B. Evaluation and Management of Pericarditis in Rheumatic Diseases. *J Cardiovasc Pharmacol*. 2024 Jun 1;83(6):491-502. doi: 10.1097/FJC.0000000000001494.
- Cacoub P, Marques C. Acute recurrent pericarditis: from pathophysiology towards new treatment strategy. *Heart*. 2020 Jul;106(14):1046-1051. doi: 10.1136/heartjnl-2019-316481.
- Kaudewitz D, John L, Meis J, Frey N, Lorenz HM, et al. Clinical and serological characterization of acute pleuropericarditis suggests an autoinflammatory pathogenesis and highlights risk factors for recurrent attacks. *Clin Res Cardiol*. 2024 Feb 15. doi: 10.1007/s00392-024-02390-w.
- Ntsekhe M. Pericardial Disease in the Developing World. *Can J Cardiol*. 2023 Aug;39(8):1059-1066. doi: 10.1016/j.cjca.2023.05.005.
- Awan A, Tiruneh F, Wessly P, Khan A, Iftikhar H, et al. Acute Pericarditis: Descriptive Study and Etiology Determination in a Predominantly African American Population. *Cureus*. 2017 Jul 6;9(7):e1431. doi: 10.7759/cureus.1431.
- Vecchié A, Chiabrando JG, Dell MS, Bonaventura A, Mauro AG, et al. Clinical Presentation and Outcomes of Acute Pericarditis in a Large Urban Hospital in the United States of America. *Chest*. 2020 Dec;158(6):2556-2567. doi: 10.1016/j.chest.2020.07.039.
- Snyder MJ, Bepko J, White M. Acute pericarditis: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2014 Apr 1;89(7):553-60.
- Cremer PC, Klein AL, Imazio M. Diagnosis, Risk Stratification, and Treatment of Pericarditis: A Review. *JAMA*. 2024 Oct 1;332(13):1090-1100. doi: 10.1001/jama.2024.12935.
- Ismail TF. Acute pericarditis: Update on diagnosis and management. *Clin Med (Lond)*. 2020 Jan;20(1):48-51. doi: 10.7861/clinmed.cme.20.1.4.
- Andreis A, Imazio M, Casula M, Avondo S, Brucato A. Recurrent pericarditis: an update on diagnosis and management. *Intern Emerg Med*. 2021 Apr;16(3):551-558. doi: 10.1007/s11739-021-02639-6.
- Schwieb NC, Cannedy JJ, Skrepnek GH. Management of Acute Idiopathic (Viral) Pericarditis in the Emergency Department: A Review for the Nursing Professional. *Adv Emerg Nurs J*. 2020 Jan/Mar;42(1):17-29. doi: 10.1097/TME.0000000000000284.
- Costa L, Carvalho D, Coelho E, Leal D, Lencastre L. Purulent Pericarditis: Is It Really a Disease of the Past? *Eur J Case Rep Intern Med*. 2021 Jul 14;8(7):002658. doi: 10.12890/2021_002658.
- Isiguzo G, Du Bruyn E, Howlett P, Ntsekhe M. Diagnosis and Management of Tuberculous Pericarditis: What Is New? *Curr Cardiol Rep*. 2020 Jan 15;22(1):2. doi: 10.1007/s11886-020-1254-1.
- Bizzi E, Trotta L, Pancrazi M, Nivuori M, Giosia V, Matteucci L, Montori D, Brucato A. Autoimmune and Autoinflammatory Pericarditis: Definitions and New Treatments. *Curr Cardiol Rep*. 2021 Jul 28;23(9):128. doi: 10.1007/s11886-021-01549-5.

18. Vecchiè A, Dell M, Mbualungu J, Ho AC, VAN Tassell B, Abbate A. Recurrent pericarditis: an update on diagnosis and management. *Panminerva Med.* 2021 Sep;63(3):261-269. doi: 10.23736/S0031-0808.21.04210-5.
19. Cremer PC, Kumar A, Kontzias A, Tan CD, Rodriguez ER, Imazio M, Klein AL. Complicated Pericarditis: Understanding Risk Factors and Pathophysiology to Inform Imaging and Treatment. *J Am Coll Cardiol.* 2016 Nov 29;68(21):2311-2328. doi: 10.1016/j.jacc.2016.07.785.
20. Johnston DR. Surgical Management of Pericardial Diseases. *Prog Cardiovasc Dis.* 2017 Jan-Feb;59(4):407-416. doi: 10.1016/j.pcad.2017.01.005