TAPONAMIENTO CARDÍACO COMO COMPLICACIÓN GRAVE DE LA PERICARDITIS REUMATOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

María josé Durán-Arocha[1], Fernando Nicolas Uherek-Peters[2], Gonzalo Carrasco-Mardones[2], Cesar Ojeda-Garces[2]

1. Universidad austral de chile
2. Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN:
El taponamiento cardíaco secundario a pericarditis es una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal de la artritis reumatoide (AR). Aunque el compromiso pericárdico se observa hasta en el 50 % de los pacientes, el taponamiento clínico ocurre en menos del 1 %(1). El diagnóstico se basa en sospecha clínica y ecocardiografía; los síntomas incluyen disnea, dolor torácico y signos de compromiso hemodinámico. (2)El reconocimiento precoz es vital, ya que la demora puede ser fatal. La terapia inmunosupresora es esencial para el manejo a largo plazo, reservando la cirugía para casos refractarios.(3) Palabras clave: Taponamiento cardíaco, pericarditis reumatoide, artritis reumatoide, serositis, reporte de caso.

CASO CLÍNICO:
Mujer de 69 años con AR seropositiva, hipertensión y diabetes tipo 2, consulta por pérdida transitoria de conciencia con recuperacion Ad integrum. Presentaba 1 semana de evolucion de disnea progresiva, edema, diaforesis nocturna y DPNI.

ECOGRAFÍA POCUS:
derrame pericárdico moderado y mala contractilidad ventricular; ECG: BAV I grado y ondas T en DI y AVL negativas sin cambios de su ECG en historial.

LABORATORIO:
anemia e injuria renal aguda. Se ingresa a UTI por insuficiencia cardíaca aguda con sospecha de síndrome cardiorrenal. TAC de tórax evidencia TEP subsegmentario derecho y derrame pericárdico moderado con engrosamiento e hiperrealce de pericardio; se inicia anticoagulación y diuréticos. Evoluciona con sepsis de foco urinario por Klebsiella oxytoca y posteriormente E. faecium resistente a vancomicina, tratada con antibióticos dirigidos. A los 36 días desarrolla derrame pericárdico severo con taponamiento cardiaco, realizándose ventana pericárdica videotoracoscópica. Líquido serohemático con hipercelularidad de predominio mononuclear, con proteinas y LDH elevadas, estudios infecciosos negativos.

BIOPSIA:
Fibrosis con infiltrado inflamatorio de tipo linfoplasmocitario con muy escasos polimorfonucleares sin granulomas evidenciando pericarditis crónica compatible con AR.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:
Se descartaron causas infecciosas, neoplásicas, y otras enfermedades inmunologicas, confirmándose pericarditis reumatoide activa con FR y CCP elevados asociado a estudio histologico. Se inicia inmunosupresion con prednisona 1 mg/kg y aumento de metotrexato a 25 mg/semanal, la paciente evolucionó favorablemente con recuperacion progresiva de insuficiencia cardiaca persistiendo derrame pericardico leve y recuperación renal,Este caso ilustra una manifestación poco común y potencialmente fatal de la AR, subrayando la importancia del diagnóstico temprano, la búsqueda etiológica amplia y el manejo multidisciplinario en pacientes inmunosuprimidos con derrame pericárdico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:
Se obtuvo consentimiento informado verbal y escrito, y se resguardó la confidencialidad del caso, sin conflictos de interes, se garantizó el cumplimiento de las normas éticas institucionales y de la Declaración de Helsinki