



## XIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA INTERNA GENERAL 2011

Area de interés: CARDIOLOGÍA

Autor responsable: Ignacio Borensztein

Dirección: Juncal 3002

e-mail: nachobor@gmail.com

### Áreas de Interés

- 1- CARDIOLOGIA
- 2- DERMATOLOGIA
- 3- DOLOR Y ANALGESIA
- 4- EDUCACION MEDICA / RESIDENCIAS MEDICAS
- 5- ENDOCRINOLOGIA / METABOLISMO / NUTRICION
- 6- EPIDEMIOLOGIA CLINICA
- 7- FARMACOLOGIA / TERAPEUTICA / TOXICOLOGIA
- 8- GASTROENTEROLOGIA
- 9- GERONTOLOGIA
- 10- HEMATOLOGIA
- 11- HEPATOLOGIA
- 12- HIPERTENSION ARTERIAL
- 13- INFECTOLOGIA
- 14- INFORMATICA MEDICA
- 15- NEFROLOGIA
- 16- NEUMONOLOGIA
- 17- NEUROLOGIA
- 18- ONCOLOGIA
- 19- REUMATOLOGIA
- 20- SISTEMAS DE ATENCION MEDICA

### PERICARDITIS CONSTRICTIVA COMO CAUSA DE SÍNDROME ASCÍTICO EDEMATOSO

**Autores:** I Borensztein, G Costoya, ML Bechelli, CO Pagano, P Mansilla, CA Martín. Clínica Bazterrica. CABA

**Objetivos:** Reconocer la pericarditis constrictiva como causa del síndrome ascítico edematoso (SAE). Incluir esta patología dentro de los diagnósticos diferenciales del SAE. Valorar la alta sospecha clínica requerida para el diagnóstico de la enfermedad, dado que no siempre los estudios complementarios iniciales nos orientan. Comprender los mecanismos fisiopatológicos que llevan al desarrollo del SAE a partir de la pericarditis. **Introducción:** La pericarditis constrictiva es una enfermedad que se produce cuando la curación de una pericarditis aguda o de un derrame pericardio crónico se sigue de la obliteración de la cavidad cardíaca y de la formación de tejido de granulación, aprisionando el corazón y alterando la capacidad de llenado de los ventrículos. **Caso clínico:** Paciente masculino de 58 años de edad, con antecedentes de colecistectomía hace 20 años, coledocotomía con litoextracción y colocación de tubo de Kehr por litiasis coledociana residual, con hallazgo de líquido perihepático, 40 días previos a la consulta (trae anatomía patológica obtenida en dicha intervención con células mesoteliales atípicas en líquido ascítico y biopsia hepática inespecífica). Ingresó a nuestra Institución derivado de su provincia de origen para estudio. Al ingreso se constatan edemas 3/6 con godet (+), encontrándose matidez desplazable en flancos, ingurgitación yugular 2/3 con colapso parcial. En el laboratorio no se encuentran alteraciones. En la radiografía de tórax perfil se evidencia velamiento del seno costofrénico izquierdo. ECG con aplanamiento de ondas T. Ecografía abdominal con escasa ascitis no punzable. Ecografía pleural con escaso líquido laminar. Ecodoppler de venas porta y suprahepáticas normal. Ecocardiograma doppler con función sistólica conservada. RMN de tórax con angioRMN de vasos abdominales que evidencia derrame pleural y sector pequeño de pericardio con aumento de espesor, (de 0.7 - 0.8mm). Se realiza prueba terapéutica con furosemida con buena respuesta, y se otorga el alta. Consulta nuevamente 2 semanas más tarde, por distensión abdominal, edemas en miembros inferiores y disnea clase funcional 2. Al examen físico presenta ingurgitación yugular 3/3 sin colapso, hipoventilación bibasal, abdomen con matidez de concavidad superior desplazable sin organomegalias, edema de miembros inferiores, sacro y pared abdominal, circulación colateral hepatófuga. Se realiza ecodoppler con vena porta de 12 mm con flujo hepatópeto, video endoscopia digestiva alta con hallazgo de varices esofágicas pequeñas, eco cardiograma: leve dilatación auricular izquierda, vena cava inferior no dilatada válvulas normales presión pulmonar normales FE 68% con evidencia de grasa pericárdica (anterior y posterior) en leve cantidad. Se realiza tratamiento con furosemida con buena respuesta, descenso de peso de 8 Kg. durante la internación y franca disminución del derrame pleural y la ascitis. El paciente continuó con seguimiento clínico ambulatorio y se realiza RMN cardíaca que evidencia engrosamiento del pericardio, falta de colapso de la vena cava inferior, derrame pericárdico leve, movimiento paradójico del septum interventricular y restricción del llenado del ventrículo derecho. **Discusión:** El síndrome ascítico edematoso, con GASA >1,1 y biopsia hepática sin hallazgos característicos, hace sospechar de una causa extrahepática de hipertensión portal. Ante un cuadro clínico semejante a una cirrosis hepática, en que además están distendidas las venas del cuello, hay que investigar cuidadosamente la presencia de calcificaciones en el pericardio. Es importante valorar la alta sospecha clínica requerida para el diagnóstico de la enfermedad, dado que no siempre los estudios complementarios iniciales nos orientan a esta etiología del SAE.

Sede de SAMIG : Paraguay 2535 PB "A" - Ciudad de Buenos Aires.

Horario: lunes a jueves de 13 hs a 17 hs y viernes de 8 hs a 12 hs.

TE (5411) 4964-4005 - Mail: samig@pccp.com.ar