

“No todo es SIM-PedS” – caso de Pericarditis Atípica

Dr. Guillermo Díez de Revenga Nieto – R1 Pediatría Hospital General Universitario de Alicante

Dra. Concepción Ruipérez– Pediatra Adjunta Hospital General Universitario de Alicante

Dr. Ismael Martín de Lara - Pediatra Adjunto Hospital General Universitario de Alicante

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CASO CLÍNICO
3. PERICARDITIS
 - CLÍNICA
 - PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
 - ETIOLOGÍA
 - TRATAMIENTO
4. QUISTES PERICÁRDICOS
5. NO TODO ES SIM-PedS
6. CONCLUSIONES
7. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Pericarditis: infiltración del pericardio por células inflamatorias



Dolor torácico: motivo de consulta frecuente en Urgencias. Aproximadamente el 5% debido a esta causa



2 años y 6 meses valorado por síndrome febril:

ANTECEDENTES PERSONALES y FAMILIARES

- Embarazo controlado RNT39+1 SG AEG 3850g, Cesárea, APGAR 9-10. Perinatal sin incidencias. Cribados neonatales normales
- En seguimiento en CCEE de Alergia Infantil por APLV IgE mediada, sensibilizado a huevo. Dermatitis atópica leve-moderada
- Vacunación en regla
- No RAMs, no antecedentes medicoquirúrgicos
- Padres sanos no consanguíneos. No hermanos



2 años y 6 meses valorado por síndrome febril:

ANTECEDENTES PERSONALES y FAMILIARES

- Embarazo controlado RNT39+1 SG AEG 3850g, Cesárea, APGAR 9-10. Perinatal sin incidencias. Cribados neonatales normales
- En seguimiento en CCEE de Alergia Infantil por APLV IgE mediada, sensibilizado a huevo. Dermatitis atópica leve-moderada
- Vacunación en regla
- No RAMs, no antecedentes medicoquirúrgicos
- Padres sanos no consanguíneos. No hermanos

14/2

Acude a UPED por pico febril de 38°C con dolor abdominal periumbilical.

JC: Fiebre de corta evolución y alta



18/2

Pico febril 39º Realiza test de antígenos COVID -



21/2

Acude a UPED por pico febril de 40°C AS sin alteraciones relevantes, coprocultivo, panel respiratorio, sedimento de orina: negativos.. JC: Viriasis y alta



23/2

Acude a CS por pico febril + dolor abdominal Remitido a Hospital de referencia.



2 años y 6 meses valorado por síndrome febril:

ANTECEDENTES PERSONALES y FAMILIARES

- Embarazo controlado RNT39+1 SG AEG 3850g, Cesárea, APGAR 9-10. Perinatal sin incidencias. Cribados neonatales normales
- En seguimiento en CCEE de Alergia Infantil por APLV IgE mediada, sensibilizado a huevo. Dermatitis atópica leve-moderada
- Vacunación en regla
- No RAMs, no antecedentes medicoquirúrgicos.
- Padres sanos no consanguíneos. No hermanos

14/2

Acude a UPED por pico febril de 38°C con dolor abdominal periumbilical.

JC: Fiebre de corta evolución y alta



18/2

Pico febril 39° Realiza test de antígenos COVID -



21/2

Acude a UPED por pico febril de 40°C AS sin alteraciones relevantes, coprocultivo, panel respiratorio, sedimento de orina: negativos.. JC: Viriasis y alta



23/2

Acude a CS por pico febril + dolor abdominal Remitido a Hospital de referencia.

No ambiente infeccioso en domicilio, 2 semanas sin acudir a guardería. No antecedente de infección por COVID.



2 años y 6 meses valorado por síndrome febril:



EXPLORACIÓN FÍSICA

Regular estado general, ligera palidez cutánea. No aspecto séptico. **No exantemas ni petequias. No descamación. No hiperemia conjuntival**

ORL: orofaringe normal. **Labios fisurados.** Otoscopia bilateral normal. **Adenopatías laterocervicales móviles de pequeño tamaño.**

AP buena entrada de aire bilateral, no ruidos patológicos

AC rítmica. **Roce intenso, no irradiado, no frémito**

ABD: blando y depresible, no doloroso a palpación, no megalias

Genitales: normoformados, testes en bolsa

Constantes: TA 108/73 mmHg T^a 36.9°, FC 153lpm, Sat O₂ 98% sin oxigenoterapia, FR 40 rpm



2 años y 6 meses valorado por síndrome febril:



EXPLORACIÓN FÍSICA

Regular estado general, ligera palidez cutánea. No aspecto séptico. **No exantemas ni petequias. No descamación. No hiperemia conjuntival**

ORL: orofaringe normal. **Labios fisurados.** Otoscopia bilateral normal. **Adenopatías laterocervicales móviles de pequeño tamaño.**

AP buena entrada de aire bilateral, no ruidos patológicos

AC rítmica. **Roce intenso, no irradiado, no frémito**

ABD: blando y depresible, no doloroso a palpación, no megalias

Genitales: normoformados, testes en bolsa

Constantes: TA 108/73 mmHg T^a 36.9^o, FC 153lpm, Sat O2 98% sin oxigenoterapia, FR 40 rpm

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



Analítica Sanguínea: Hemograma: **Leucocitos 24.2x10³/uL Neutrófilos 18.5x10³/uL 76%** Linfocitos 2.5x10³/uL 10% Monocitos 3.1x10³/uL 12% Hb 11.3 Hto 34% VCM 84% Plaquetas 719x10³/uL **Bioquímica PCR 24.9 mg/L** Glucosa 83 mg/dL Urea 20 mg/dl Sodio 136 mEq/L Potasio 4.5 mEq/L Calcio 9 mEq/dL AST/GOT 25 UI/L ALT/GPT 9 UI/L Creatinina 0.25 mg/dl **Troponinas <5 ng/L proBNP 1089 pg/ml Ferritina 232 ng/mL Coagulación APTT RATIO 1 INR 1.2 Índice Quick 64% Tiempo Trombina 21seg Dímero D 17.2 pg/mL**

Hemocultivo, Serología

Frotis faríngeo, Sedimento orina: negativos.

Rx tórax: No consolidaciones. Impresiona de cardiomegalia ICT 0.65

VALORACIÓN CARDIOLÓGICA



- ▶ **ECG:** ritmo sinusal FC150lpm PR0.12 QRS 0.08 QTc 0.38 Eje 60-90º No alteraciones de repolarización. No crecimiento de cavidades ni preexcitación. Bloqueo incompleto de rama derecha.
- ▶ **ECOCARDIOGRAMA DOPPLER** Derrame pericárdico trabeculado de 10mm de diámetro máximo. Válvulas AV normales. No Insuficiencia Mitral, PAP normal. Tabique IV íntegro. Foramen oval cerrado. Pulmonar sin gradiente significativo. Válvula aórtica trivalva normal, arco aórtico y aorta abdominal sin gradientes significativos. Drenaje venoso normal

VALORACIÓN CARDIOLÓGICA



- ▶ **ECG:** ritmo sinusal FC150lpm PR0.12 QRS 0.08 QTc 0.38 Eje 60-90º No alteraciones de repolarización. No crecimiento de cavidades ni preexcitación. Bloqueo incompleto de rama derecha.
- ▶ **ECOCARDIOGRAMA DOPPLER** Derrame pericárdico trabeculado de 10mm de diámetro máximo. Válvulas AV normales. No Insuficiencia Mitral, PAP normal. Tabique IV íntegro. Foramen oval cerrado. Pulmonar sin gradiente significativo. Válvula aórtica trivalva normal, arco aórtico y aorta abdominal sin gradientes significativos. Drenaje venoso normal. Coronarias no dilatadas, no aneurismas

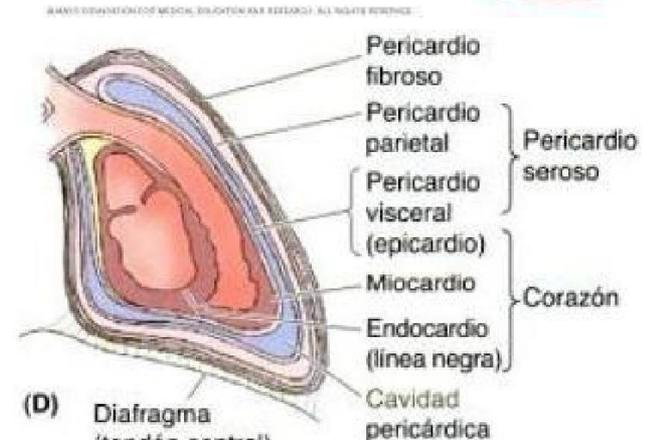
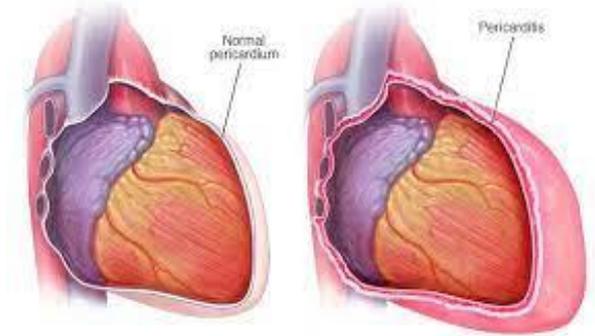
**TRASLADO A HGUA
SOSPECHA DE KAWASAKI-LIKE VS
SIMPEDS con Pericarditis**



- Continuar AAS a 40 mg/kg/día (iniciado en H. de Referencia)
- Iniciamos IGIV en perfusión lenta
- Se amplían serologías: Ac COVID-19 negativos

PERICARDITIS AGUDA

- ▶ Síndrome clínico debido a inflamación del pericardio, se caracteriza por dolor torácico, roce pericárdico y alteraciones electrocardiográficas evolutivas
- ▶ Diagnóstico se puede hacer cuando existen al menos dos de tres criterios
- ▶ La presencia de roce pericárdico permite, **por sí solo**, establecer el diagnóstico



CLÍNICA

1 - DOLOR TORÁCICO:



A tener en cuenta:

- Puede pasar inadvertido en niños pequeños o manifestarse como disconfort o intranquilidad
- Intensidad y localización variables
- Característico en región retroesternal y precordial izquierda y, con frecuencia, se irradia



- Decúbito prono
- Tos
- Inspiración profunda
- Deglución



- Inclínación hacia delante
- Sentándose

2 – ROCE PERICÁRDICO

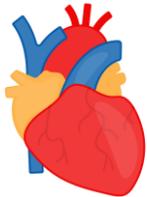
▶ Signo característico y patognomónico, aunque ausencia no excluye diagnóstico



Audible con campana, en borde esternal izquierdo y con paciente sentado e inclinado

▶ Evanescente y variable entre exploraciones

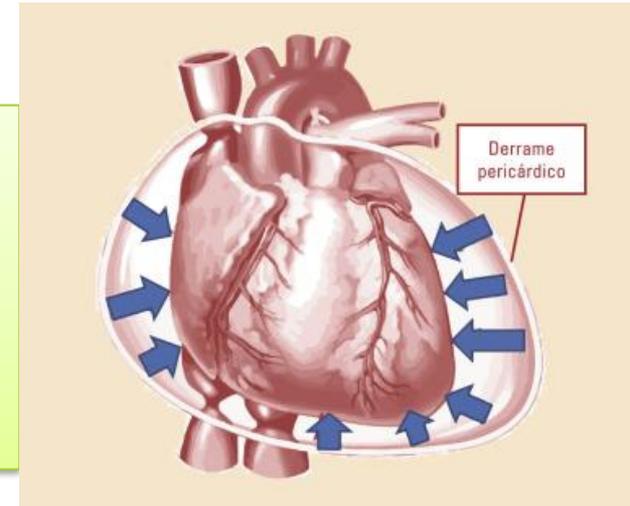
3 componentes



- Presistólico, por sístole auricular.
- Sistólico, sístole ventricular
- Diastólico, relación con llenado rápido ventricular en protodiástole

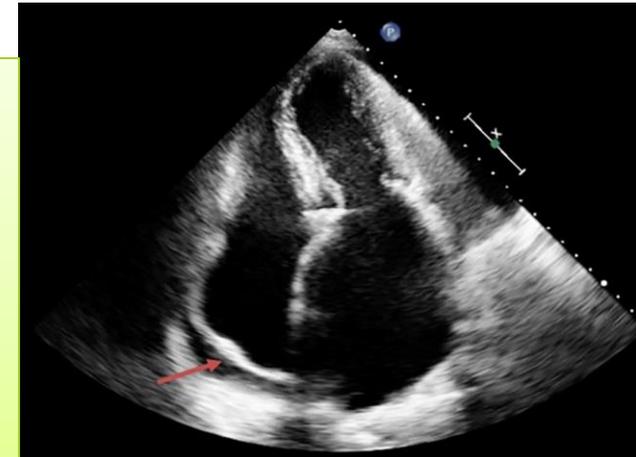
3 – DERRAME PERICÁRDICO

- ▶ Normal entre 15-50ml, cantidad > es derrame
- ▶ Incremento de la permeabilidad vascular asociado a inflamación
- ▶ Velocidad de instauración es factor determinante
- ▶ Pueden aparecer síntomas secundarios a compresión mecánica



4 – TAPONAMIENTO CARDÍACO

- ▶ Cuando presión intrapericárdica = presión diastólica cavidades derechas, impidiendo llenado
- ▶ Disminuye Gasto cardíaco y Presión arterial media
- ▶ Aparece taquicardia, taquipnea y vasoconstricción. Cuando compensación falla, signos de hipoperfusión y oliguria, que evoluciona a shock hemodinámico y muerte.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Examen físico completo y anamnesis detallada (antecedentes de infección, fármacos, traumatismos, enfermedad renal o neoplásica..)

1er nivel



- Analítica de SP: Hemograma y Bioquímica con LDH, VSG, CPK, gasometría, función renal y hepática
- Mantoux
- Hemocultivos
- Serología (CMV, Coxiella, Mycoplasma, Chlamydomphila Pneumoniae, Parotiditis, Parvovirus, Toxoplasma, VHS, VIH, Adenovirus, TORCH)



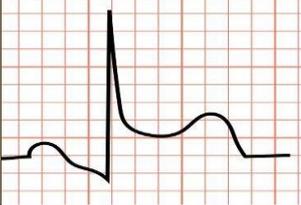
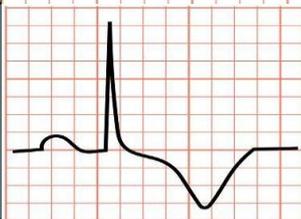
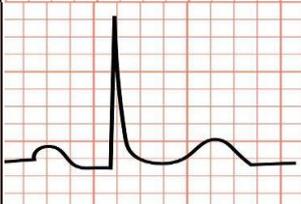
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma

2º nivel



- ANAS, ANTI-DNA, anticuerpos antitejido, seroaglutinaciones
- Quantiferón/Aislamiento bacilo Kock en aspirado gástrico

ELECTROCARDIOGRAMA

| | | |
|---|---|--|
| 1 | <p>Elevación generalizada segmento ST tipo cóncavo (lesión subepicárdica) con onda T positiva. Puede haber depresión intervalo PR o PQ (curva de lesión auricular)</p> |  |
| 2 | <p>Aplanamiento del ST y onda T. Días después</p> |  |
| 3 | <p>Inversión onda T de forma difusa durante semanas o meses; no interpretar como persistencia de enfermedad. No se acompaña de pérdida de R o aparición de ondas Q.</p> |  |
| 4 | <p>Normalización de onda T. Puede ocurrir meses más tarde.</p> |  |

ECOCARDIOGRAFÍA

- **QUE SEA NORMAL NO EXCLUYE EL DIAGNÓSTICO**
- Principal utilidad: detección de derrame (apoya diagnóstico pero no confirma)
- Técnica de elección: bidimensional y modo M

- Diagnóstico de derrame pericárdico exige separación durante todo el ciclo cardíaco
- Inicialmente, el derrame tiende a acumularse por detrás del corazón, entre pared del ventrículo izquierdo y pericardio posterior

Para cuantificación -> Criterios Weitzman:

| | |
|----------|---------|
| LEVE | <10mm |
| MODERADO | 10-20mm |
| GRAVE | >20mm |

ETIOLOGÍA

Puede presentarse como enfermedad aislada o manifestación de trastorno sistémico; etiología variada y depende de situación geográfica, población y presentación. En países desarrollados, aproximadamente 80% idiopáticas

| | |
|--|---|
| Idiopática | 40-80% |
| Infecciosa: <ul style="list-style-type: none"> · Viral (demostrada): enterovirus, adenovirus, CMV, VEB, VIH, VVZ, sarampión, rubéola, parvovirus, B19, <i>Influenza</i>... · Bacteriana (pericarditis purulenta): estafilococos, neumococo, <i>Haemophilus</i>, <i>Neisseria</i>, anaerobios... · Tuberculosis · Fúngica: <i>Aspergillus</i>, <i>Histoplasma</i>, <i>Candida</i>... · Parasitarias: <i>Toxoplasma</i>, <i>Echinococcus</i>... | 10-50% 5-10% < 5% Raro Raro |
| Autoinmunitaria: lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, fiebre mediterránea familiar, esclerosis sistémica, panarteritis nodosa, dermatomiositis, síndrome de Reiter, fiebre reumática, síndrome poscardiotomía, pericarditis autorreactiva... | < 10% |
| Tumoral: <ul style="list-style-type: none"> · Primarios: mesotelioma · Metástasis: linfoma, rhabdomiosarcoma, pulmón, mama... | 5-7% |
| Metabólica: uremia, mixedema... | 5% |
| Traumática: perforación catéter venoso central, marcapasos, traumatismo torácico penetrante o cerrado, cirugía torácica... | Raro |
| Radiación mediastínica | Raro |
| Fármacos: anticoagulantes, difenilhidantoína, procainamida, hidralactina, isoniacida, doxorubicina, daunorubicina... | Raro |
| Otras: enfermedad de Kawasaki, talasemia, enfermedad inflamatoria intestinal... | Raro |



IDIOPÁTICA/VIRAL

- Clínicamente indistinguibles
- Diagnóstico por exclusión
- Curso benigno y autolimitado con resolución completa en 3-4 semanas
- Inicio agudo: dolor pericárdico, roce y fiebre
- Frecuente antecedente de infección de vías altas
- Recurrencia (15 a 25%)



BACTERIANA

- <1% en países desarrollados, mortalidad alta (20-40%)
- Diseminación de infección contigua (neumonía y empiema), vía hematógena menos frecuente
- Estado tóxico con fiebre
- Frecuentemente Gram+
- Pericardiocentesis diagnóstica, terapéutica y permite tratamiento dirigido

TUBERCULOSA

- <5% en países desarrollados, **en vías de desarrollo causa + frecuente**
- Presentación insidiosa, 80% derrame pericárdico
- Hemograma normal, Mantoux +, líquido pericárdico ↑ ADA (**no diagnóstico**)
- Pericardiocentesis recomendada

SÍNDROME POSPERICARDIOTOMÍA

- 2-6 semanas tras intervención quirúrgica con apertura del pericardio o tórax
- Patogenia desconocida
- Frecuente afectación pleural

COLAGENOPATÍAS

- Pacientes con Lupus, Artritis juvenil...
- Derrame como 1ª manifestación, casi nunca taponamiento
- Análisis de líquido pericárdico no característico

NEOPLÁSICA

- Extensión pericárdica directa, metástasis linfática tumor intratorácico 1º o diseminación hematógena
- Metastatizan con mayor frecuencia : leucemias y linfomas
- Diagnóstico: células neoplásicas en líquido pericárdico





TRATAMIENTO



Objetivo: controlar la inflamación y disminuir el dolor

Puede realizarse de forma ambulatoria con controles clínicos periódicos semanales si no existen criterios de alto riesgo de complicación



TRATAMIENTO



Objetivo: controlar la inflamación y disminuir el dolor

Puede realizarse de forma ambulatoria con controles clínicos periódicos semanales si no existen criterios de alto riesgo de complicación

CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

- Sospecha causa NO idiopática
- Derrame grave >20mm
- Compromiso hemodinámico
- Taponamiento
- Fiebre >38°C
- Traumatismo
- Presentación SUBaguda
- Inmunodepresión
- Anticoagulado
- No respuesta AINES 7 días
- Elevación encimas cardíacas

CRITERIOS UCI

- Sepsis
- Shock
- Insuficiencia cardíaca
- Arritmia
- Derrame asociado a inestabilidad



TRATAMIENTO



- 1 - **Reposo** en cama: hasta desaparición de síntomas (ejercicio puede producir recurrencia)
- 2 - Tratamiento **etiológico**
- 3 - **Antiinflamatorios:**



TRATAMIENTO



- 1 - **Reposo** en cama: hasta desaparición de síntomas (ejercicio puede producir recurrencia)
- 2 - Tratamiento **etiológico**
- 3 - **Antiinflamatorios:**

AINES: 1ª línea Pericarditis aguda SIN sospecha etiológica. No hay uno más efectivo, Ibuprofeno 1ª elección por < efectos secundarios. Efectivos 90% casos, mejoría de los síntomas en 1-3 días, si no respuesta en 1 semana, sospechar etiología distinta.

Administrar mínimo 2 semanas, hasta resolución de síntomas y normalización de parámetros inflamatorios



TRATAMIENTO



1 - **Reposo** en cama: hasta desaparición de síntomas (ejercicio puede producir recurrencia)

2 - Tratamiento **etiológico**

3 - **Antiinflamatorios:**

AINES: 1ª línea Pericarditis aguda SIN sospecha etiológica. No hay uno más efectivo, Ibuprofeno 1ª elección por < efectos secundarios. Efectivos 90% casos, mejoría de los síntomas en 1-3 días, si no respuesta en 1 semana, sospechar etiología distinta.

Administrar mínimo 2 semanas, hasta resolución de síntomas y normalización de parámetros inflamatorios



- AAS: 60-100 mg/kg/día cada 6-8 h. Máximo 2-4 g/día.
- Ibuprofeno: 20-30 mg/kg/día cada 8 h. Máximo 2,4 g/día.
- Indometacina: 1-3 mg/kg/día cada 8 h. Máximo 150 mg/día



3 - Antiinflamatorios:

COLCHICINA: coadyuvante muestran mayor tasa de alivio sintomático a las 72 horas, disminución riesgo de recurrencia y fallo terapéutico. **NO** existe evidencia para **recomendar uso sistemático** en todos los casos
Indicaciones: Pericarditis recurrente y primer episodio con alto riesgo de recurrencia o complicaciones

4 - Corticoides: NO USAR COMO 1ª LÍNEA. Incrementa fallo terapéutico, recurrencia y efectos adversos

Indicaciones: casos refractarios a AINE + colchicina, pericarditis agudas secundarias a enfermedades tejido conjuntivo, inmunomediadas o urémicas. Prednisona, 1-2 mg/Kg/día. Generalmente suficiente 5-7 días de tratamiento.

5 – Inmunosupresores: Azatioprina, Metotrexato, Ciclofosfamida o Ciclosporina; sobre todo en pericarditis recurrentes que requieren dosis inaceptables de corticoides

6 – Ac Monoclonales: Anakinra (IL-1)



PERICARDIOCENTESIS: rendimiento diagnóstico muy bajo. Indicaciones: sospecha pericarditis purulenta o Taponamiento cardíaco clínico con derrame moderado en Ecocardiografía

PERICARDIECTOMÍA: indicada en pericarditis constrictiva con clínica de insuficiencia cardíaca derecha y pacientes clínicamente intratables (derrame pericárdico recidivante masivo tras pericardiocentesis de más de 6 meses de evolución. Muy efectivo para evitar recaídas

BACTERIANA



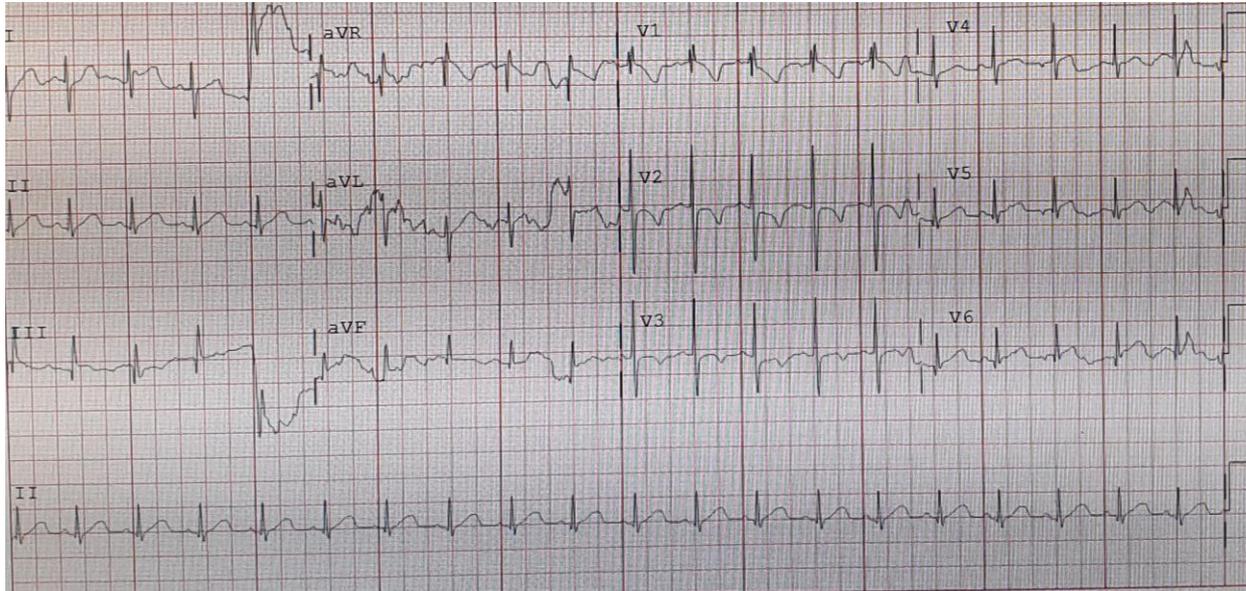
Antibioterapia enérgica durante 4 - 6 semanas y pericardiocentesis, el tratamiento definitivo requiere drenaje quirúrgico. Pericardiectomía solo indicada en caso de constricción severa y persistente o taponamiento recidivante.

Antibioterapia de amplio espectro hasta determinar germen: Cloxaciclina o Vancomicina + Cefotaxima o Ceftriaxona, durante 4-6 semanas; cubre *S. Aureus*, H.I. y *S. Pneumoniae*



1er día ingreso en HGUA: Se realiza interconsulta a Cardiología:

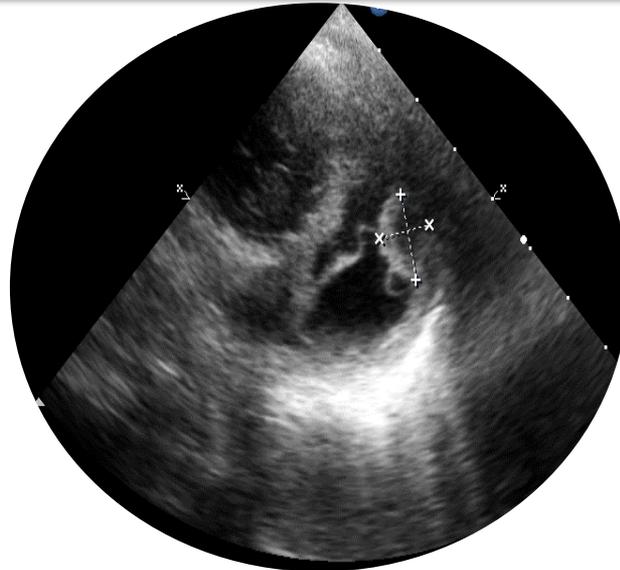
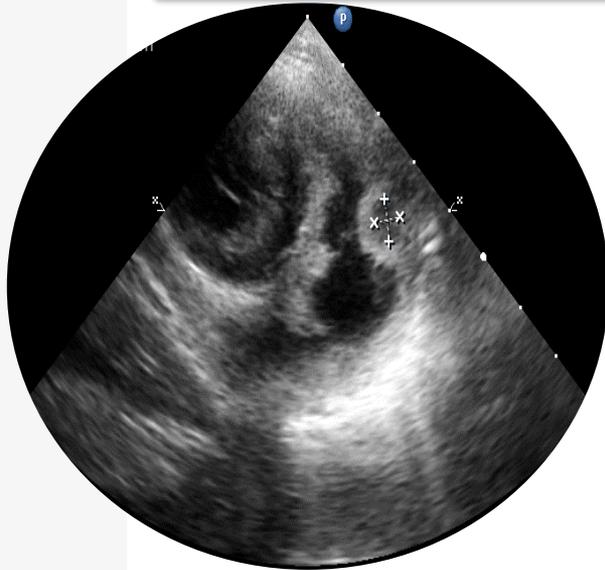
- Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 130lpm. Eje P a $+30^\circ$. PR de 0.12 seg. QRS 0.06 seg, con voltaje normal y eje eléctrico a $+120^\circ$. ST isoelectrico. Repolarización normal. QTc 0.404 seg. Bloqueo incompleto rama derecha Haz de His.

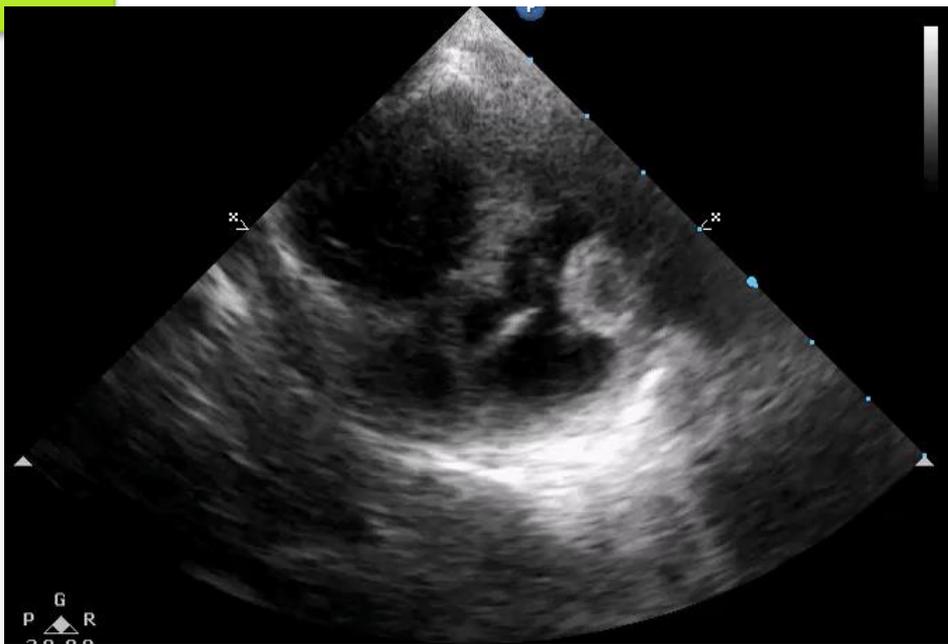




Ecocardiografía: **Derrame pericárdico moderado posterior y apical**, diámetro aproximado 7mm, mayor cuantía en corte apical **10mm**, escaso derrame en parte anterior inferior a 2mm. **Hoja visceral pericárdica posterior engrosada e hiperecogénica con numerosos tractos fibrosos**, algunos se insertan en hoja parietal.

LESIÓN QUÍSTICA 12.5X9.54CM DE CONTORNO REGULAR, BIEN DEFINIDO, DEPENDIENTE DE PERICARDIO PARIETAL A NIVEL DE TERCIO APICAL, FORMA OVOIDEA, PARED ENGROSADA Y CONTENIDO LÍQUIDO. DE CUYA PARED (DE 3MM) EMERGEN AL MENOS 2 TRACTOS FIBROSOS EN EL ESPACIO PERICÁRDICO.





PLAN

Ante sospecha de **pericarditis de etiología infecciosa con presentación atípica** debido a: analítica sanguínea + derrame denso con abundante fibrina + imagen quística:

- Se inicia **tratamiento antibiótico IV**
- Se inicia estudio de quistes pericárdico
 - Mantoux
 - Sangre periférica.
 - Estudio inmunológico
 - TAC Toraco-Abdominal
- Continuamos tratamiento con IGIV y AAS a dosis antiinflamatorias



CASO CLÍNICO- EVOLUCIÓN EN PLANTA

3

TAC TORACO-ABDOMINAL: derrame pericárdico moderado-severo de hasta 17mm de espesor, **SIN DEFINIR LESIONES EN EL ESPESOR DEL MISMO**



QUISTES PERICÁRDICOS

Etiológicamente un amplio abanico de posibilidades diagnósticas, todas ellas de muy poca frecuencia

1 - TUMORAL BENIGNOS:

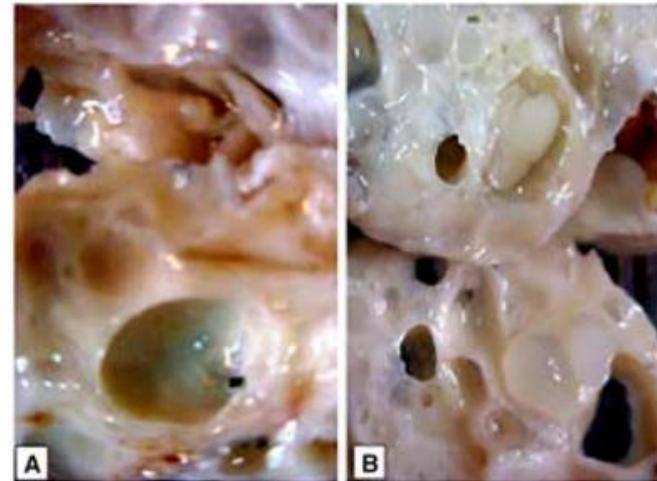
Teratomas: muy poco frecuentes, más característicos del feto y neonato. Mayoría intrapericárdicos, masas únicas con múltiples quistes, unidas a base del corazón y más frecuentemente a grandes vasos

Quiste mesotelial: tumoración uni/multilocular llenas de líquido con paredes tapizadas por tejido conectivo fibroso tapizadas por una capa simple de mesotelio. Hallazgos incidentales. Asintomáticos

Mesotelioma multiquístico: proliferación difusa de células mesoteliales. Diagnóstico diferencial con linfangiomas

Se han descrito casos de formaciones quísticas en hemangiomas cavernosos

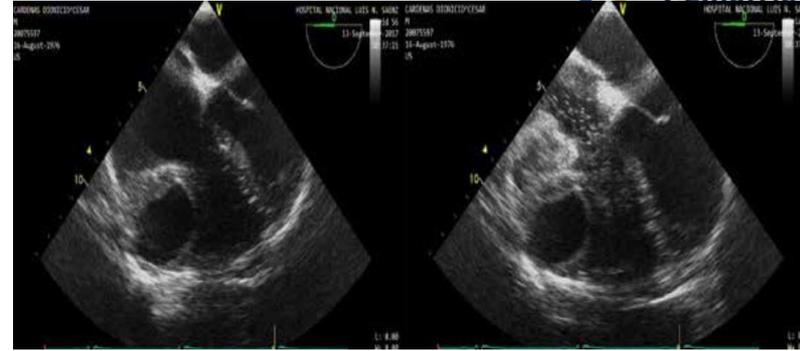
Quistes secundarios a hematomas intrapericárdicos o degeneraciones quísticas de tumores



2 - CONGÉNITA

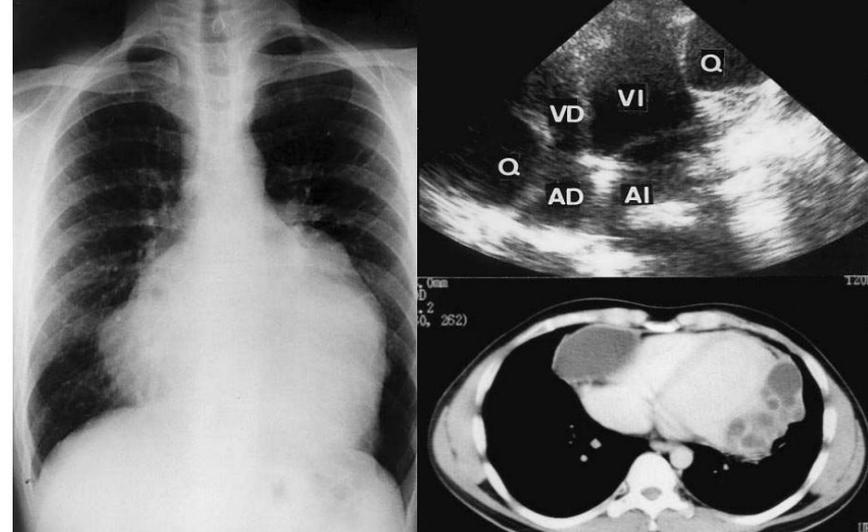
4

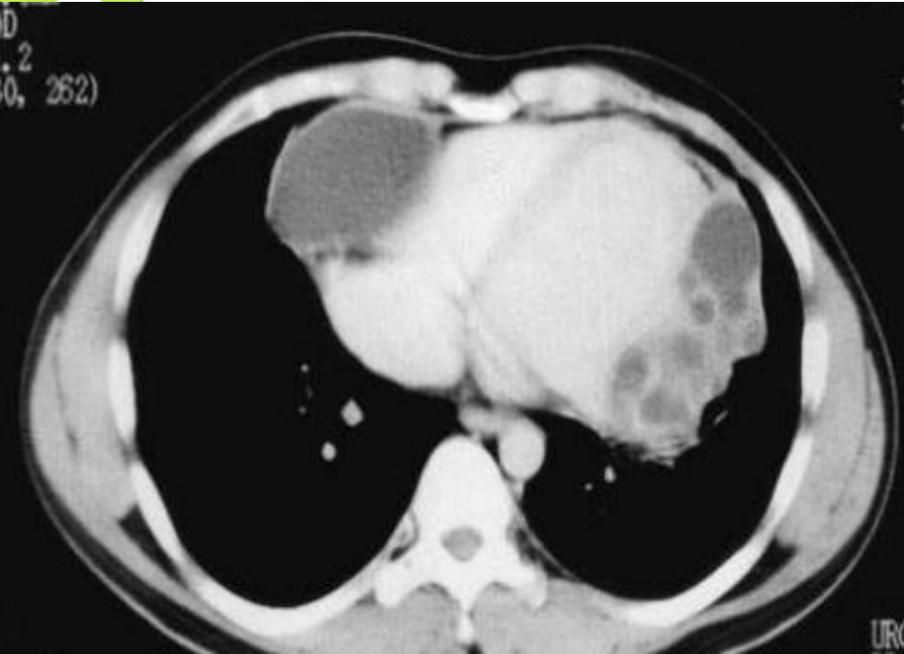
Quistes Congénitos: raros, asintomáticos y hallazgo accidental en RX tórax. Localización más frecuente ángulo cardiofrénico derecho, tamaño variable. Pueden producir dolor por torsión. Mayoría no precisan tratamiento. Extirpación sólo está justificada en quistes de gran tamaño o que causan síntomas de compresión



3 - INFECCIOSA

Quiste hidatídico: larvas de Echinococcus. Afectación cardíaca poco frecuente (0,5-2%). Generalmente quiste intramiocárdico, en ventrículo izquierdo. En la mayoría existe afectación extracardíaca, y la implantación cardíaca se produce a través de coronarias. Contracciones miocárdicas inducen desarrollo multivesicular y facilitan rotura e hidatidosis 2ª. Presencia de quistes múltiples a favor de origen hidatídico





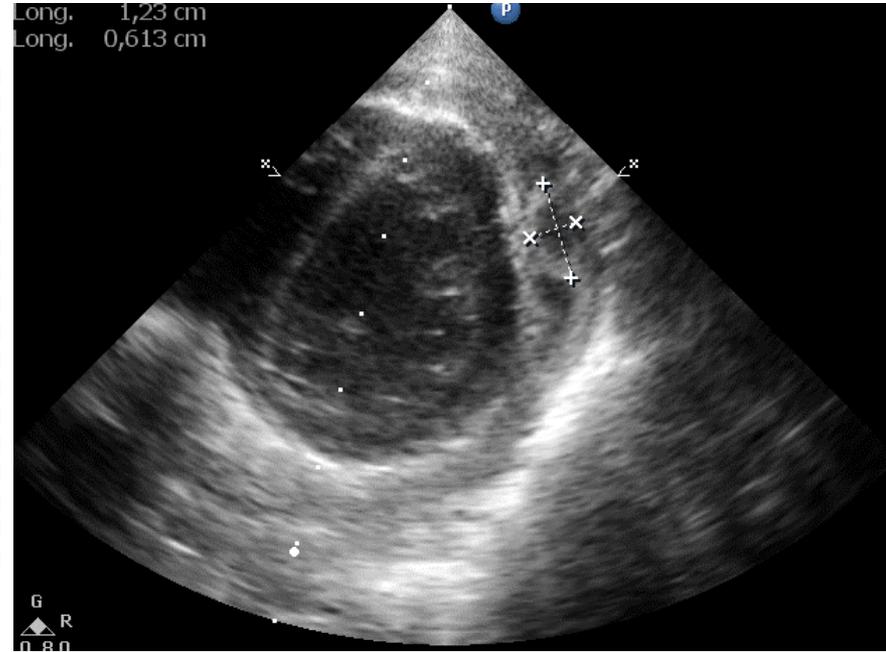
Hidatídico VS nuestro caso

A LAS 24 H: AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, BUEN ESTADO GENERAL

Control Cardiológico A LAS 24 H

Auscultación cardíaca: **AUSENCIA DE ROCE PERICÁRDICO**

- Ecocardiografía: Disminución derrame en cara posterior 3mm
- Persiste imagen quística: **disminución del eje mayor** de 9.5 a 6.3 mm adquiriendo **forma ovoidea**
- Evolución sugiere **posible pseudoquiste**



Control Cardiológico A LOS 7 DÍAS

- **Ausencia de derrame pericárdico;** hojas pericárdicas parecen hiperecogénicas
- **No se aprecia imagen quística**

RESULTADO DE PRUEBAS

Analítica Sanguínea AL ALTA: Hemograma: **Leucocitos $5.1 \times 10^3/\mu\text{L}$ Neutrófilos $2 \times 10^3/\mu\text{L}$ 39%** Linfocitos $2.4 \times 10^3/\mu\text{L}$ 46% Monocitos $0.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ 10% Hb 11 Hto 31% VCM 84% Plaquetas $600 \times 10^3/\mu\text{L}$ **Bioquímica PCR 0.19 mg/L** Glucosa 70 mg/dL Urea 37 mg/dl Creatinina 0.3 mg/dl Sodio 134 mmol/L Potasio 5 mmol/L Calcio 9.4 mg/L Proteínas totales 6.8 g/dL Cloruro 100 mmol/L AST/GOT 23 UI/L ALT/GPT 5 UI/L **Troponinas <5 ng/L proBNP 1007 pg/mL VSG 15 mm**
Coagulación Quick 94% INR 1.04 Tiempo Trombina 18seg Tiempo Trombina-Ratio 1.07 **Dímero D 13.2 pg/mL**

Autoinmunidad: Factor Reumatoide, ANAs, ENAS, ANCA, MPO, PR3 negativa

Sangre periférica: linfocitos de aspecto reactivo. Morfología sugerente de proceso infeccioso. No infiltración neoplásica

Estudio inmunológico: poblaciones linfocitarias compatibles con normalidad para la edad

Parásitos: Echinococcus Granulosus, Schistosoma, Toxocara

Virus: CMV, Coxiella, Mycoplasma, Chlamydomphila P, Parotiditis, Parvovirus, Toxoplasma, VHS, VIH

Serologías

COVID-19 Ac totales

Hepatitis A, B y C

Mantoux: negativo

Hemocultivo: negativo



ALTA DOMICILIARIA

Ante buena evolución, con desaparición del derrame e imagen quística, y ausencia de complicaciones, se decide ALTA para continuar tratamiento en domicilio:

- Se citará para revisión en Consultas Externas de Cardiología Infantil
- Continuar con AAS a dosis antiagregante
- Tratamiento antibiótico: Amoxicilina-Clavulánico VO
- Reposo en domicilio

NO TODO ES SIM-PEDS

Tras resultados de pruebas complementarias y evolución, no se llega a un diagnóstico etiológico exacto, lo más probable es Pericarditis vírica (por ser la causa más frecuente), con una presentación atípica

Nos obliga a elaborar el diagnóstico diferencial completo (tumoral, parásitos, infecciosa...)

y plantear todas las posibles causas de pericarditis, especialmente la más grave, una posible Pericarditis bacteriana incipiente, y tratarla como si lo fuera.

¿Por qué NO cumple criterios?

SIM-PEDS

- Paciente <19 años con fiebre >3 días,
- 2 de los siguientes:
 - Erupción cutánea, conjuntivitis no purulenta o inflamación mucocutánea
 - Hipotensión o shock
 - Datos de disfunción miocárdica, pericarditis, vasculitis o anomalías coronarias
 - Evidencia de coagulopatía
 - Síntomas gastrointestinales
- Valores elevados de marcadores de inflamación (VSG, PCR, PCT)
- No haya otra causa microbiológica
- Evidencia de COVID19 (PCR, pruebas antigénicas o serología +)

KAWASAKI

- Fiebre >5 días y al menos 4 de los siguientes:
- Inyección conjuntival bilateral
- Alteraciones mucosa labial/faríngea
- Edema, eritema o descamación extremidades
- Exantema polimorfo
- Linfadenopatía cervical única <1.5cm

Puede tener presentación incompleta, hallazgos clínicos no siempre son concurrentes en el tiempo: cuando se cumple el criterio principal de fiebre persistente, junto con otros criterios que apoyan diagnóstico, habiendo excluido otras enfermedades que pueden simular

CONCLUSIONES

- La pericarditis puede presentarse como una enfermedad aislada o como manifestación de trastorno sistémico.
- Causa más frecuente en países desarrollados es la viral o idiopática
- El roce pericárdico es patognomónico de pericarditis aunque su ausencia no excluye el diagnóstico

- El tratamiento de primera elección en la pericarditis, aguda sin sospecha de etiología específica son los AINE, que deben mantenerse durante como mínimo 2 semanas
- A veces ante causa no aclarada de pericarditis obliga a plantear diagnóstico diferencial:
 - SIMPEDS, Kasasaki
 - Causas de pericarditis poco frecuentes (tumoral, quistes, autoinflamatoria...)

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Jaime Sagristá Sauleda (coordinador), Luis Almenar Bonet, Juan Ángel Ferrer, Alfredo Bardají Ruiz, Xavier Bosch Genover, José Guindo Soldevila, Jordi Mercé Klein, Cayetano Permanyer Miralda y Rocío Tello de Meneses Becerra. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica
- ▶ Dra. Angeles Ortega Montes, Dra. Rosario Jiménez Liria Servicio de Pediatría. Hospital Torrecárdenas. Almería. Pericarditis En La Edad Pediátrica
- ▶ Ricardo Gómez-Aldaraví Gutiérrez, Eduardo Otero Coto*, Francisco Javier Chorro Gascó, Jaime Muñoz Gil, Antonio Losada Casares y Vicente López Merino Servicios de Cardiología y *Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico Universitario. Valencia. Quistes cardíacos. Un caso de hidatidosis cardíaca aislada
- ▶ Drs. Claudia Blandenier Bosson de Suárez¹, José David Mota Gamboa. Primary cardiac and pericardial tumors (Part III): malignant cardiac tumors Avances Cardiol 2016;36(3):151-168
- ▶ Yehuda Adler* (coordinador) (Israel), Philippe Charron* (coordinador) (Francia), Massimo Imazio** (Italia), Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio Avalada por: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Rev Esp Cardiol. 2015;68(12):1126.e1-e4
- ▶ Dr. Daniel Palanca Ariasa ,Dra. Elena G. Corella Aznarb , Dra. Ariadna Ayerza Casasc , Dra. Alba Fernández Gómezb , Dra. Marta López Ramónc y Dr. Lorenzo Jiménez MontañésAcute pericarditis, complicated by pericardial effusion in a pediatric patient: case report
- ▶ Dimpna C. Albert Brotons Presidenta de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas (SECPCC) Cardiología Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona Cardiología Pediátrica. Quirón Dexeus y Quirón Barcelona Cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas del niño y del adolescente Capitulo 41
- ▶ Alberto García-Salido Jordi Antón^c, José David Martínez-Pajares^{e,f}, Gemma Giralta García^{g,h}, Borja Gómez >Cortés^{i,j}, Alfredo Tagarro^l, Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría para el Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a SARS-CoV-2. Documento español de consenso sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS)