

Un curioso hallazgo extracardiaco en un paciente con pericarditis aguda

Mireia Codina Prat
Arantza Manzanal Rey
Nora García Ibarrondo
Garazi Ramírez-Escudero Ugalde
Lara Ruiz Gómez

Correspondencia

Mireia Codina Prat
mireiacodina7@gmail.com

Departamento de Cardiología. Unidad de Imagen Cardíaca. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. País Vasco. España

Recibido: 21/03/2020

Aceptado: 31/05/2020

En línea: 31/07/2020

Citar como: Codina-Prat M, Manzanal-Rey A, García-Ibarrondo N, Ramírez-Escudero-Ugalde G, Ruiz-Gómez L. Un curioso hallazgo extracardiaco en un paciente con pericarditis aguda. Rev Ecar Pract (RETIC). 2020 (Jul); 3 (2): 36-38. doi: 10.37615/retic.v3n2a11.

Cite this as: Codina-Prat M, Manzanal-Rey A, García-Ibarrondo N, Ramírez-Escudero-Ugalde G, Ruiz-Gómez L. A curious extracardiac finding in a patient with acute pericarditis. Rev Ecar Pract (RETIC). 2020 (Jul); 3 (2): 36-38. doi: 10.37615/retic.v3n2a11.

Palabras clave

- ▷ Ecocardiografía
- ▷ Hallazgo extracardiaco
- ▷ Absceso hepático

RESUMEN

Es relativamente frecuente encontrar hallazgos extracardiacos en la ecocardiografía transtorácica. Se presenta un caso clínico en el que la ecocardiografía "rutinaria" por pericarditis permitió hacer el diagnóstico de un absceso hepático y resolver el problema del paciente. Este caso demuestra la importancia de prestar atención a todo lo que se pueda ver en la imagen de la ecocardiografía.

Keywords

- ▷ Echocardiography
- ▷ Extracardiac finding
- ▷ Liver abscess

ABSTRACT

Extracardiac findings are relatively common on transthoracic echocardiography. We present a clinical case in which the "routine" echocardiography for pericarditis allowed to diagnose a liver abscess and solve the patient's problem. This case demonstrates the importance of paying attention to everything that can be seen in the echocardiogram image.

Presentación del caso

Varón de 72 años, con historia previa de dislipidemia y fibrilación auricular (FA) paroxística, acudió a Urgencias por dolor torácico irradiado a hombro derecho que aumentaba con la inspiración profunda asociado a un cuadro de 10 días de evolución de malestar general y fiebre intermitente.

El paciente estaba normotenso y afebril. A la exploración física destacaba taquiarritmia y dolor a la palpación de hipocondrio derecho y epigastrio. Los análisis demostraron elevación de PCR (31 mg/dl), leucocitosis con desviación izquierda (12.500 con 68% neutrófilos), elevación de GGT y fosfatasa alcalina (224 U/l y 149 U/l) y una leve anemia (Hb 12 g/dl). El electrocardiograma (ECG) demostró una fibrilación auricular rápida con alteraciones secundarias de la repolarización. Se solicitó la valoración del cardiólogo de guardia para descartar pericarditis y para decidir el manejo del episodio de FA. Como parte de la valoración cardiovascular se realizó una ecocardiografía transtorácica (ETT).

El estudio cardíaco fue bastante anodino con función sistólica biventricular preservada con leve dilatación de aurícula izquierda y sólo destacó un derrame pericárdico leve a moderado (Video 1, Video 2 y Video 3).

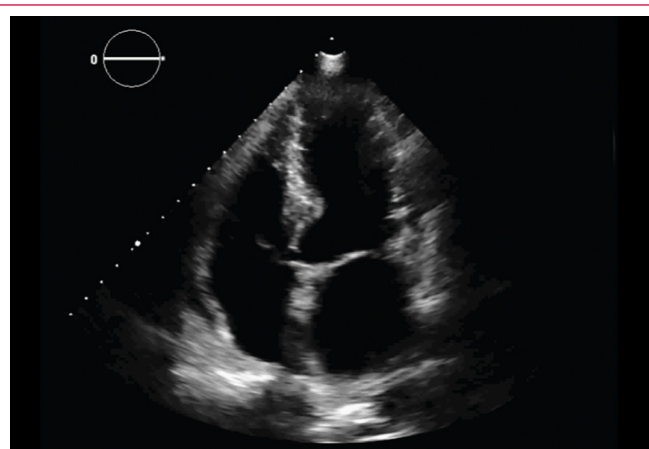
Sorprendentemente, en el plano subcostal se vio en el hígado una gran masa quística (de aproximadamente 13 cm), contigua a las cavidades derechas del corazón con contenido heterogéneo y tractos y tabiques mal visualizados (Video 4, Video 5 y Video 6) compatible con un quiste hepático complicado.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal (Figura 1) que mostró una gran lesión quística en el lóbulo hepático izquierdo con reacción inflamatoria locorregional y evidencia de inflamación y derrame pericárdico (Figura 2).

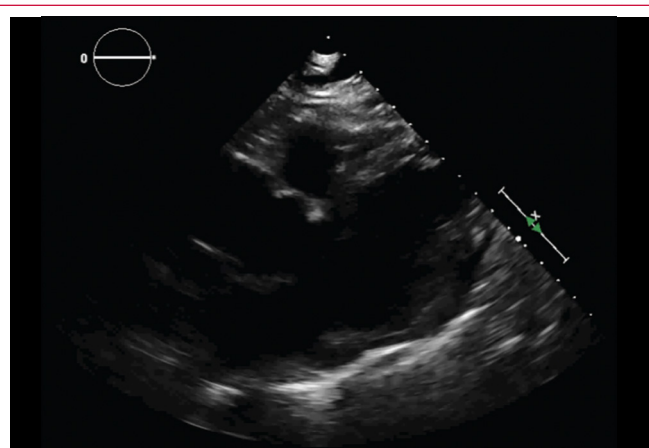
El paciente fue ingresado con el diagnóstico de quiste hepático complicado en la planta de Cirugía General y fue tratado inicialmente con antibióticos y antiinflamatorios intravenosos. Sin embargo, no mejoró y presentó fiebre recurrente, por lo que se decidió el drenaje del quiste, inicialmente percutáneo (Figura 3) y, finalmente, mediante laparoscopia. La anatomía patológica sugirió el diagnóstico final de absceso hepático. A pesar de haber obtenido material purulento, los hemocultivos y las serologías fueron negativos, hallazgo que se justificó con la toma de antibiótico oral previo al ingreso hospitalario. Tras el drenaje, el paciente presentó buena evolución y fue dado de alta.

El derrame pericárdico desapareció en las ETT seriadas y el paciente recuperó el ritmo sinusal de forma espontánea.

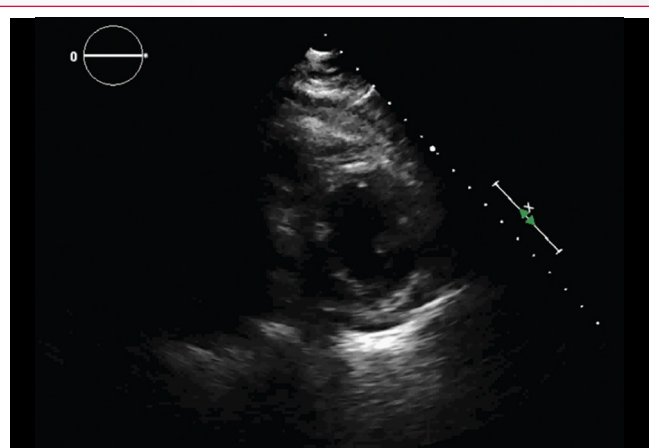
Estudio por imagen



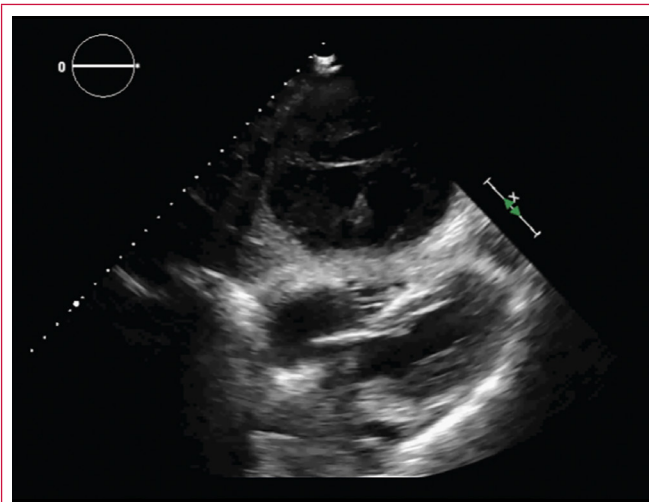
Video 1. ETT, plano apical de cuatro cámaras. Bastante anodino salvo por una dilatación leve de la aurícula izquierda y el derrame pericárdico que se intuye en ambos surcos auriculoventriculares



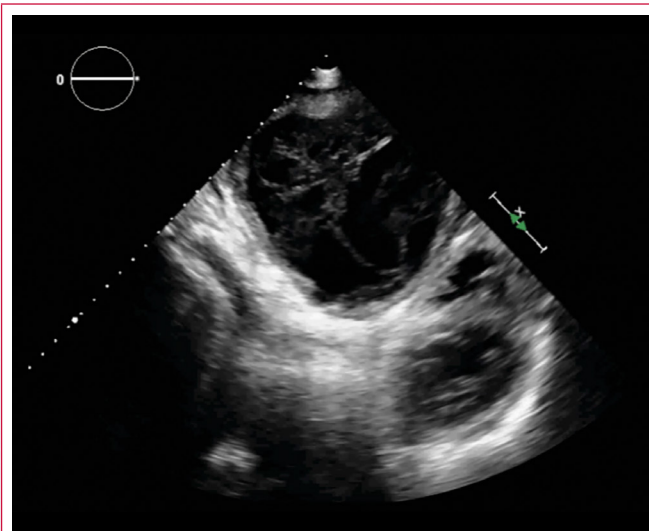
Video 2. ETT, plano paraesternal de eje largo



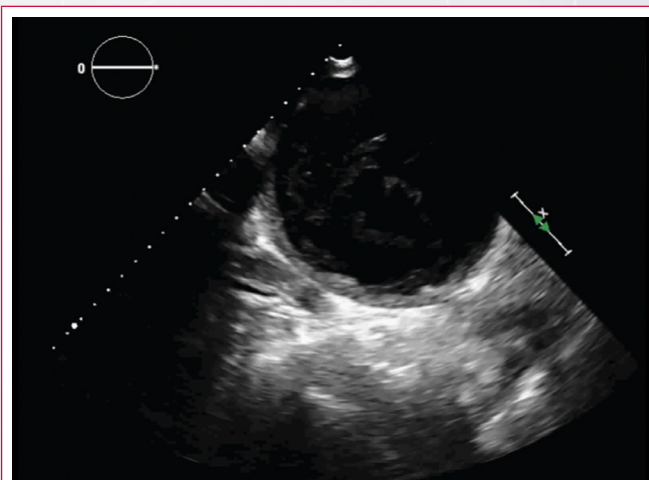
Video 3. ETT, plano paraesternal de eje corto. En este plano es más sencillo apreciar que hay derrame pericárdico



Video 4. ETT, plano subcostal de eje largo. Destaca una masa quística de gran tamaño en el hígado contigua a las cavidades cardíacas derechas



Video 5. ETT, plano subcostal de eje corto



Video 6. ETT, plano subcostal con la imagen centrada en la masa hepática

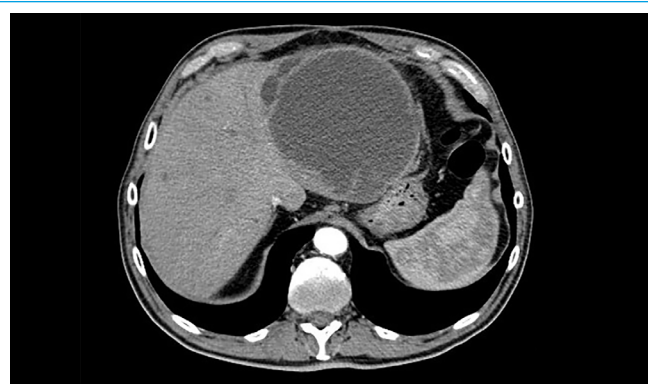


Figura 1. TC. Imagen axial que muestra el gran absceso hepático

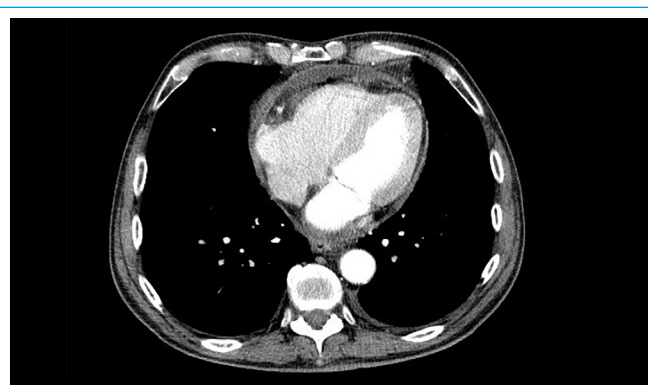


Figura 2. TC. Imagen axial que muestra engrosamiento y derrame pericárdico

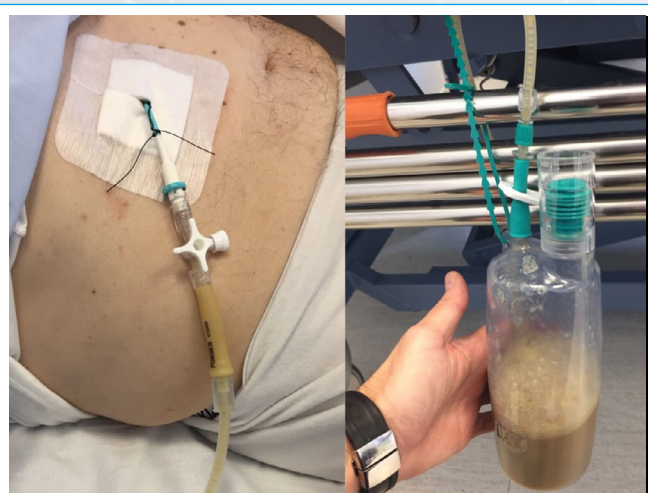


Figura 3. Drenaje percutáneo

Discusión

La adquisición sistemática de todas las proyecciones ecocardiográficas y la valoración de las estructuras extracardíacas es importante en el estudio de los pacientes con pericarditis aguda. Por su proximidad anatómica al corazón, el cardiólogo debería saber identificar con la ecocardiografía las patologías más frecuentes del pulmón, hígado y vesícula biliar. La correcta valoración de los hallazgos extracardíacos puede ser importante para el diagnóstico.

Los quistes hepáticos se dividen en simples, cuando son anecogénicos, de pared fina y lisa con refuerzo acústico posterior, o complejos, cuando son de pared gruesa e irregular, con nódulos murales, septos o contenido ecogénico y/o calcificaciones. Los quistes hidatídicos y abscesos son ejemplos típicos de lesiones quísticas complejas.

Un absceso hepático es una colección de pus rodeado de cápsula fibrosa que puede tener tres etiologías diferentes: piógenos, amebianos o fúngicos^(1,2). Aproximadamente el 78% de los abscesos hepáticos se localizan en el lóbulo derecho y aproximadamente un 16% en el lóbulo izquierdo. Entre el 10-20% de los pacientes presentan complicaciones relacionadas con la extensión a estructuras vecinas o con la rotura del absceso. Las más frecuentes son las pleuropulmonares, como el derrame pleural y/o empiema⁽³⁾. Otras menos comunes son el absceso subfrénico, la peritonitis y, finalmente, la pericarditis.

La pericarditis secundaria a un absceso hepático es poco frecuente (< 2%) y es secundaria a una inflamación-irritación pericárdica, generalmente de un absceso grande del lóbulo hepático izquierdo⁽⁴⁾. En casos excepcionales puede producir taponamiento cardíaco y/o pericarditis purulenta debido a la rotura del absceso al pericardio, con un pronóstico infausto. Los abscesos grandes del lóbulo hepático izquierdo generalmente requieren drenaje, dado el riesgo de rotura al pericardio o peritoneo.

Conclusión

Se presenta un caso infrecuente y curioso de pericarditis aguda, cuya etiología fue diagnosticada por el Departamento de Cardiología, tras el hallazgo extracardíaco de un gran absceso hepático. La valoración ecocardiográfica de los pacientes con pericarditis aguda debería incluir la adquisición sistemática de todos los planos y la valoración de estructuras extracardíacas. Un absceso hepático en el lóbulo hepático izquierdo es una causa poco frecuente de pericarditis aguda y derrame pericárdico ocasionados por la inflamación-irritación pericárdica por contigüidad.

Ideas para recordar

- Los abscesos hepáticos, sobre todo a nivel del lóbulo izquierdo, pueden causar irritación e inflamación pericárdica, excepcionalmente, pericarditis purulenta y/o taponamiento cardíaco.
- Los cardiólogos deberían estar familiarizados también con la valoración de las estructuras extracardíacas cercanas al corazón.

Bibliografía

1. Torre Delgadillo A. Enfermedades hepáticas infecciosas. Abscesos hepáticos. *GH continuada* 2006; 5 (5).
2. Carrillo-Ñañez L, Cuadra-Ortega JL, Pintado-Caballero S, et al. Absceso hepático: características clínicas, imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. *Rev. Gastroenterol Perú* 2010; 30 (1): 46-51.
3. Cho E, Park SW, Jun CH, et al. A rare case of pericarditis and pleural empyema secondary to transdiaphragmatic extension of pyogenic liver abscess. *BMC Infectious Diseases* 2018; 18: 40.
4. Martín-Garre S. Hígado y enfermedad cardiovascular: lo que el cardiólogo debería conocer de los hallazgos ecográficos. *Rev Esp Cardiol* 2017; 70 (5): 399-401.