

Diagnóstico de taponamiento cardiaco secundario a pericarditis meningocócica, mediante ecocardiografía POCUS y curva de PVC: Reporte de caso y revisión de literatura

<https://doi.org/10.25237/congreso-2024-014>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Ricardo Andrés Fuentealba Ramírez

Anestesiólogo jefe Unidad Paciente Crítico adulto, Clínica Sanatorio Alemán. Concepción, Chile.

Joaquín Ignacio Fuentes Montecinos

Estudiante de medicina, Universidad San Sebastián. Concepción, Chile.

Javiera Andrea Cruces Morán

Interna de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

Sócrates Emmanuel Bailey Bellorín

Unidad Paciente Crítico adulto, Clínica Sanatorio Alemán. Concepción, Chile.

Ignacia Antonia Solari Riffo

Estudiante de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

Introducción

La pericarditis purulenta meningocócica es una patología poco frecuente que representa 6 a 16% de las pericarditis purulentas [1], donde además solo del 3 a 19% de las pericarditis son complicaciones de enfermedad meningocócica [2]. El cuadro clínico puede evolucionar a taponamiento cardiaco o este ser la primera manifestación, siendo una de las principales causas de muerte junto a sepsis y pericarditis constrictiva. Con tratamiento presenta una mortalidad de hasta 40% [3]. Este reporte de caso y revisión de literatura se enmarca en lo poco frecuente que es la pericarditis por meningococo como foco primario y en la detección precoz con monitoreo ecocardiográfico y curvas de PVC.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Paciente masculino de 69 años, antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Sin hábitos de consumo. Consultó en servicio de urgencias por dolor retroesternal, irradiado a espalda. EKG con supradesnivel extenso de pared anterolateral acompañado de leve incremento de troponina. Por indicación cardiológica, se realizó trombólisis, posteriormente se llevó a coronariografía, encontrándose placas no obstructivas, con flujos TIMI 3. Ingresó a unidad de paciente crítico. A la ecocardiografía transtorácica se observó FEVI conservada, disfunción diastólica grado I y derrame pericárdico moderado. Monitoreo hemodinámico con flotrac® mostró perfil hiperdinámico. GC sobre 7 L/min y IRVS bajas. Se inició manejo de shock séptico. Estudio microbiológico reveló bacteriemia por cocos gramnegativos y FilmArray positivo para *Neisseria Meningitidis* W-135. Se realizó HFAV por inicio de vasopresina y VMI. Debido a persistencia del shock se realizó Ecoscopia (figura 1) evidenciando aumento de derrame pericárdico. A las 36 hrs de evolución PVC sube a 20 mmHg y cambia a onda X profunda (figura 2). Por alta sospecha de taponamiento cardiaco, cirugía de tórax realizó ventana pericárdica, donde se observó pericardio engrosado con 500 cc de contenido purulento. El paciente reingresó a UPC con noradrenalina a dosis bajas.

Calendario (cronología)

Ingreso por shock cardiogénico, secundario a IAM. Coronariografía sin lesiones significativas por ecocardiograma. Monitoreo hemodinámico compatible con shock séptico. Bacteriemia por *Neisseria Meningitidis* grupo W-135. Persistencia del shock, incremento del derrame pericárdico y cambios en la forma de la curva de PVC. Taponamiento cardíaco. Ventana pericárdica de urgencia.

Plan anestésico

Manejo en UPC.

Ventana pericárdica.

Discusión y Conclusiones

La patología cursa con mortalidad de 85% en pacientes no tratados siendo imperativo el diagnóstico precoz. Posee una alta probabilidad de desarrollar derrame severo y taponamiento cardíaco. Nuestro paciente cursó con derrame pericárdico moderado y taponamiento cardíaco clínicamente significativo debido a la naturaleza densa del derrame.

En concordancia con la literatura, el diagnóstico de la pericarditis purulenta es un reto confuso, el 79% evoluciona con taponamiento cardíaco rápido[3]. Al ser altamente letal es importante el manejo agresivo, según las necesidades detectadas en el monitoreo hemodinámico del paciente[2]. Es importante destacar que el diagnóstico del paciente se realizó por curva PVC, ya que el POCUS, a pesar de mostrar derrame moderado, no explicaba por sí solo el shock profundo y persistente. Esto refuerza la importancia de un adecuado monitoreo hemodinámico multiparámetros en la supervivencia del shock séptico profundo, en este caso por pericarditis meningocócica purulenta.

Contacto

Nombre: Sócrates Bailey Bellorín

Correo electrónico: tegosocrates@hotmail.com