

Síndrome de Dressler: Pericarditis postinfarto tardía o pericarditis postinfarto autoinmune



Félix J. Fojo, MD
felixfojo@gmail.com
ffojo@homeorthopedics.com

El paciente A. L. V., de 58 años, policía retirado, alto y corpulento, llega a sala de emergencia en ambulancia con un dolor muy fuerte y penetrante, pero de intensidad variable, localizado en la región precordial y retroesternal que se extiende al epigastrio, a la base del cuello, al maxilar inferior, a la cresta izquierda del trapecio y al hombro del mismo lado. Refiere que en su casa intentó tomar agua en dos ocasiones y que esto le ocasionó un dolor retroesternal “en puñalada” acompañado de náuseas y sensación de ahogo.

Llama la atención que él soporta mal el decúbito supino y asegura sentir un alivio del dolor cuando se sienta en una silla, se echa hacia adelante y recuesta la cabeza en los brazos doblados. La taquipnea, muy ostensible cuando trata de movilizarse o hablar, va y viene de acuerdo con la posición que adopte en la camilla, así como las crisis de tos seca, rasposa y no productiva que se desencadenan en ocasiones. Él se muestra bastante defensivo cuando se le ausculta, está muy alerta, ansioso, asustado y se le detecta un pulso débil y rápido, además de una ligera febrícula.

Su esposa explica que él es hipertenso moderado, que sufre de angina de pecho “ligera” desde hace varios años y que hace unos 2 meses tuvo un cuadro de dolor precordial algo más intenso y prolongado que resolvió incrementando el tratamiento antihipertensivo y antianginoso. Se ausculta un roce pericárdico que dificulta la audición clara de los latidos cardiacos. La troponina en sangre está bastante elevada y en el ECG se observa elevación de los segmentos ST con concavidades hacia arriba junto a segmentos PR deprimidos en casi todas las derivaciones, entre otros.

La radiografía de tórax, la ecocardiografía y la tomografía computarizada apuntan al diagnóstico de una pericarditis constrictiva acompañada de algo de líquido en la cavidad pericárdica. El cateterismo cardiaco pone en evidencia una pequeña zona de infarto antero-

lateral izquierdo antiguo y varias oclusiones coronarias de diferentes ubicaciones y grados. Se le diagnostica como portador de una pericarditis postinfarto tardía o pericarditis autoinmune, conocida como síndrome de Dressler.

El síndrome de Dressler (descrito en 1956 en Nueva York por el cardiólogo William Dressler, nacido en Polonia) denomina a un tipo de pericarditis, muy probablemente autoinmune, que se presenta días, semanas o meses después de producirse una lesión isquémica aguda permanente en el músculo cardiaco y sin que necesariamente ocurra una recidiva del cuadro coronario, constituyendo, por tanto, una entidad médica separada. Se ha descrito en cerca del 0.5% (para algunos autores hasta en el 1%) de los casos portadores de un infarto del miocardio, sobre todo en aquellos cuya zona de necrosis llega a ponerse en contacto con el pericardio. Las pericarditis que ocurren después de una revascularización miocárdica quirúrgica (síndrome postpericardiotomía) o de un traumatismo severo del corazón son consideradas formas clínicas de este síndrome.

Las dos complicaciones más temibles en la evolución de este síndrome son el taponamiento cardiaco y la pericarditis constrictiva. De no establecerse un tratamiento adecuado, la pericarditis puede cronificarse y llegar a la fibrosis del pericardio con constricción del corazón, caída severa del gasto cardiaco, shock y, eventualmente, la muerte.

En el tratamiento se utilizan las medidas de sostén, los antiinflamatorios no esteroideos, la colchicina y, en algunos casos, los esteroides. Las punciones pericárdicas para extracción de líquido o incluso la cirugía pueden ser necesarias para evitar el taponamiento cardiaco o la pericarditis constrictiva. Los pacientes portadores de este cuadro son considerados de alto riesgo y deben ser manejados por equipos multidisciplinarios altamente calificados. **G**