

# Presentación Atípica de Una Pericarditis Constrictiva en una Paciente con Artritis Reumatoídea

PATRICIA LATRACH,<sup>1</sup> RENÉ ROJAS,<sup>2</sup> MARTINA MOHR,<sup>1</sup> SERGIO LOYOLA,<sup>3</sup> ROSER ARENY,<sup>5</sup> MANUEL LEÓN<sup>4</sup>

---

## Atypical Constrictive Pericarditis in a Patient with Rheumatoid Arthritis

### Summary

*Constrictive pericarditis as an extra articular manifestation of rheumatoid arthritis is very unusual, but it's valuable to consider as a working diagnosis in patients with symptoms of heart failure that suffer rheumatoid arthritis.*

*In our case report, the first manifestation was severe ascites and anasarca, that after numerous studies led to the diagnosis of constrictive pericarditis.*

**Key words:** Rheumatoid arthritis, ascites, constrictive pericarditis.

### Resumen

*La pericarditis constrictiva como manifestación extraarticular de la artritis reumatoide constituye una rareza; es valioso, sí, plantearla como hipótesis diagnóstica en pacientes con clínica de insuficiencia cardíaca y que padezcan artritis reumatoide.*

*En nuestro caso clínico la primera manifestación es una anasarca con ascitis severa, y luego de numerosos estudios se pesquiza la pericarditis constrictiva.*

**Palabras clave:** Artritis reumatoide, ascitis, pericarditis constrictiva.

---

## INTRODUCCIÓN

La Artritis Reumatoide (AR) es el reumatismo inflamatorio crónico con mayor prevalencia. Se asocia a múltiples compromisos extraarticulares, como compromiso pulmonar, Síndrome de Sjögren, vasculitis, nódulos reumatoídeos, derrames pleurales y pericárdicos. La pericarditis se puede observar según algunas series hasta en un 30% de los pacientes con AR, pero sólo un 2% presentará pericarditis constrictiva.<sup>(1)</sup> Puede ser fatal si se manifiesta como taponamiento cardíaco. Pero la

clínica puede ser mucho más discreta desde el punto de vista cardíaco. La histología pericárdica revela fibrosis, inflamación con neutrófilos y, ocasionalmente, cristales de colesterol.

## CASO CLÍNICO

Se presenta a una paciente de sexo femenino, de 53 años, con antecedentes de AR seropositiva nodular erosiva en tratamiento con metotrexato (10 mg semanal) durante 15 años, suspendido hace ocho meses por

---

<sup>1</sup> Médicos en Formación en Medicina Interna, Universidad Mayor

<sup>2</sup> Médico Internista, Servicio de Medicina, Hospital Félix Bulnes-Universidad Mayor

<sup>3</sup> Cardiólogo, Servicio de Medicina, Hospital Félix Bulnes-Universidad Mayor

<sup>4</sup> Anatómo-patólogo, Hospital Félix Bulnes

<sup>5</sup> Reumatóloga, Servicio de Medicina, Hospital Félix Bulnes-Universidad Mayor

dispepsia, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo y obesidad mórbida; consulta en el Servicio de Urgencias por seis meses de anorexia, baja de peso (10 kilos), ascitis progresiva y edema de extremidades inferiores.

Refiere, durante la semana previa a la consulta, aparición de disnea, apremio respiratorio e intolerancia al decúbito. Destaca al examen físico un examen cardiológico sin alteraciones, estertores pulmonares bilaterales, abdomen globuloso con gran ascitis. Desde el punto de vista de su AR, no describe dolor ni rigidez matinal. Se objetiva pannus en las metacarpo-falángicas y presencia de nódulos reumatoídeos en manos. La enfermedad impresiona como inactiva.

En el Servicio de Urgencias se efectúa una paracentesis diagnóstica que descarta peritonitis bacteriana espontánea. Se realiza una TAC de abdomen y pelvis que muestra lesiones quísticas ováricas bilaterales, sugiriendo un probable origen neoplásico, una lesión de aspecto miomatoso en cuerpo uterino y una gran ascitis con probable carcinomatosis peritoneal.

En este contexto la paciente es derivada a Ginecología, donde se le realizan los siguientes exámenes: CA-125: 809,5 U/mL (VN 0-30,2), ACE: 1,73 ng/mL (VN 0-5) y un eco-Doppler cardíaco que muestra un ventrículo izquierdo de tamaño normal con función sistólica global levemente deprimida, con fracción de eyección 52%. Se decide efectuar por vía laparoscópica aspirado de líquido ascítico y una tumorectomía de ovario. La biopsia rápida concluye cistoadenoma seroso, por lo cual se decide realizar laparotomía conomentectomía + ooforectomía bilateral. No impresionó como carcinomatosis peritoneal. La biopsia definitiva concluye cistoadenoma seroso, cistoadenofibroma de ovario asociado a quistes, no evidenciando malignidad.

Por esta razón se deriva la paciente al Servicio de Medicina para completar estudio etiológico de su ascitis. En los exámenes realizados destacan: perfil hepático normal, LDH 360 UI/L (VN 135-214), función renal normal, orina completa normal, hemoglobina 10,9 g/dl, VCM 91 fl, leucocitos 5500, plaquetas 357000, VHS 60 mm/hr, protrombinemia 63%, Alfa feto proteína: normal y anticuerpos antinucleares Hep-2: (+) en 1/160, C3, C4 normales, perfil ENA detallado, anti DNA, anticuerpos antimúsculo liso y serologías Hepatitis B y C negativos, Factor reumatoide: 1633 U/mL (+ alto) y Péptido citrulinado: > 250 U (+ alto), perfil lipídico normal. Se realiza una ecografía abdominal que informa un hígado homogéneo con discreta irregularidad del contorno, coledocistitis con edema de pared vesicular, vía biliar fina e importante ascitis. La endoscopia digestiva alta describe

una úlcera activa bulbo duodenal, *Helicobacter pylori* positiva. No se hallan varices esofágicas ni otros signos de hipertensión portal. Se efectúa una colonoscopia, que sólo revela pólipo en colon derecho.

Una nueva paracentesis diagnóstica descarta una peritonitis bacteriana espontánea, no se hallan células neoplásicas, ADA negativo, los cultivos y baciloscopia negativos. Se realiza un TAC de abdomen y pelvis de control que sigue mostrando una gran ascitis y esta vez un derrame pericárdico laminar asociado (Figuras 1, 2 y 3). Frente a este último hallazgo y la aparición al examen físico de ingurgitación yugular y signo de Kussmaul, asociados a la ascitis importante, al edema de extremidades inferiores y al derrame pleural, se decide realizar nuevo ecocardiograma. Éste describe un ventrículo izquierdo de tamaño normal, con disfunción sistólica global moderada, fracción de eyección 42%, engrosamiento pericárdico y flujo diastólico mitral anormal sugerentes de taponamiento. El examen es compatible con una pericarditis constrictiva.

Se deriva a Cirugía, donde se realiza una ventana pericárdica amplia, de 10 x 10 cm, liberando todo ventrículo izquierdo y parte de aurícula izquierda, hallando un pericardio fibroso de hasta 7 mm de grosor y un miocardio friable. Por esta razón no se puede realizar una pericardectomía total.

El estudio histológico del pericardio concluye: pericarditis crónica con áreas reparativas, fibrosis y zonas con reagudización fibrinosa (Figuras 4 y 5). El

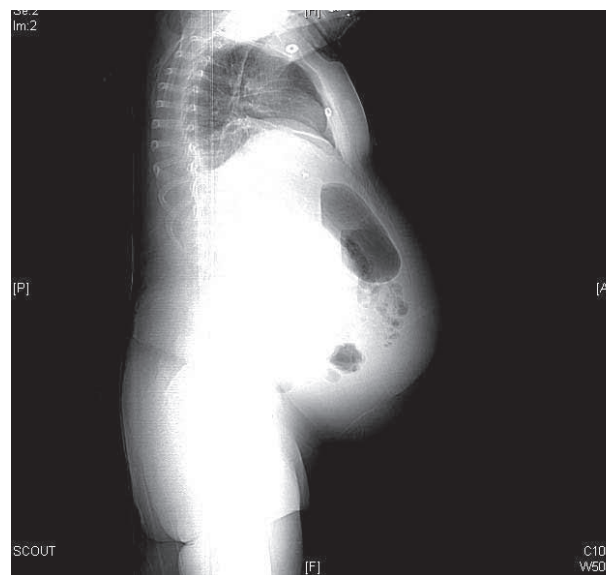
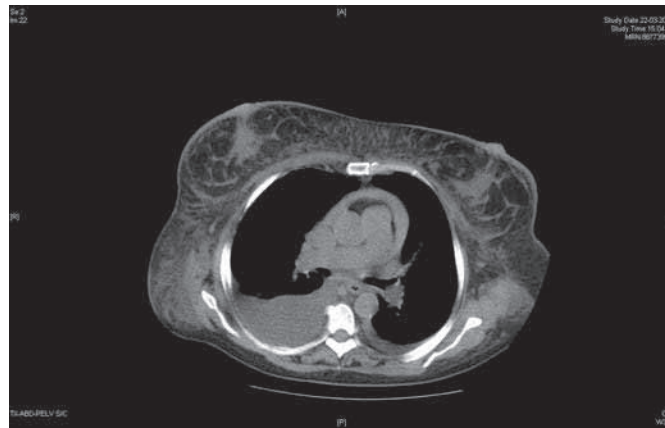


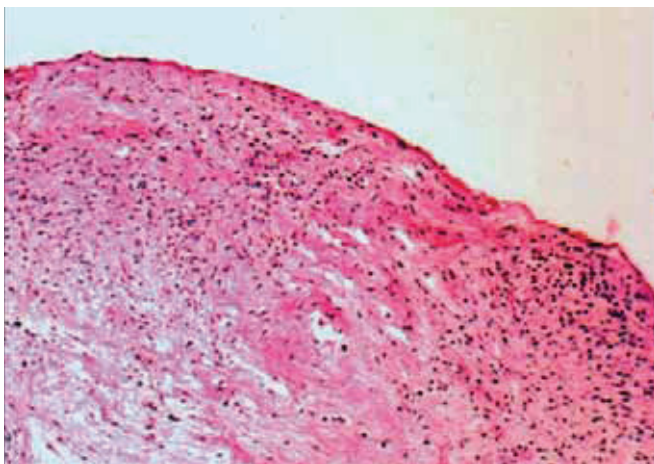
Figura 1. Tomografía computada (TC) de tórax y abdomen donde se observan ascitis importante y derrame pleural.



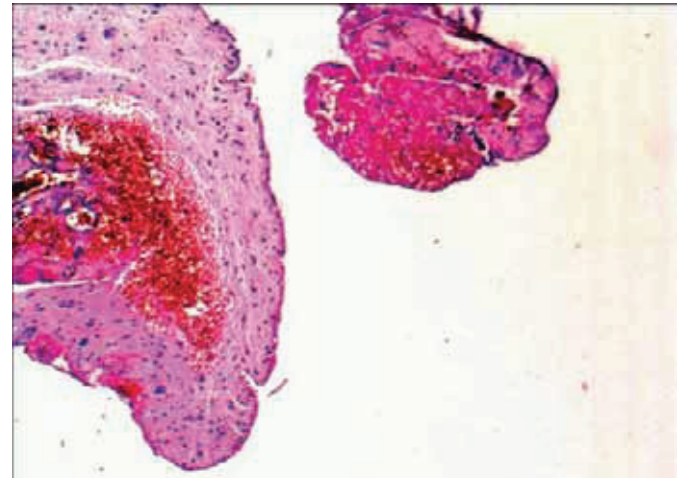
**Figura 2.** Tomografía computada (TC) de tórax y abdomen donde se observa derrame pleural bilateral.



**Figura 3.** Tomografía computada (TC) de tórax y abdomen donde se observa acentuado engrosamiento pericárdico.



**Figura 4.** Histología de la pericarditis constrictiva tras realizar la ventana pericárdica. Revela inflamación crónica multifocal y áreas de exudado fibrinoso.



**Figura 5.** Histología de la pericarditis constrictiva tras realizar la ventana pericárdica. Se observan áreas hiperhémicas, con infiltrado inflamatorio y fibrina.

eco-Doppler cardiaco de control post cirugía muestra un ventrículo izquierdo de tamaño normal y de función sistólica levemente deprimida, las cavidades derechas se describen dentro de la normalidad. Existe un reflujo tricuspídeo leve con PSA pulmonar de 35 mmHg., ya no se evidencia derrame pericárdico y la fracción de eyección está en 51%. La ascitis cede de manera importante, no presenta ingurgitación yugular ni edemas periféricos de extremidades inferiores y el derrame pleural es mínimo, motivo por el cual se decide el alta.

## DISCUSIÓN

La pericarditis constrictiva fue descubierta por Lower en 1669 y la relación entre ésta y la AR fue descrita por Charcot en 1951.<sup>(2)</sup>

El trastorno fundamental está producido por un pericardio rígido y engrosado que dificulta el llenado ventricular. La función diastólica es prácticamente normal durante la protodiástole, pero está gravemente comprometida durante los dos tercios finales.

Desde el punto de vista histológico, al aumento de producción de líquido pericárdico de tipo exudativo se asocia a presencia de infiltrados celulares en el pericardio engrosado por importantes depósitos de fibrina. Esto origina adherencias y engrosamiento pericárdico, pudiendo aparecer posteriormente depósitos de calcio, con el consiguiente desarrollo de pericarditis constrictiva.<sup>(2)</sup> Se han descrito también algunos casos de pericarditis constrictiva con presencia de cristales de colesterol en pacientes con AR.<sup>(3)</sup>

Las principales causas son: idiopática o viral 42%-49%, post cirugía cardíaca 11%-37%, post radioterapia 9%-31%, enfermedades del tejido conectivo 3%-7%, post infecciosos (TBC o pericarditis purulenta) 3%-6%, misceláneas (neoplasia, trauma, asbestosis, sarcoidosis, pericarditis urémica) 1%-10%.<sup>(4-5)</sup>

Dentro de las mesenquimopatías, el Lupus Eritematoso Sistémico y la AR son los que se asocian con más frecuencia a pericarditis constrictiva, pero también puede ocurrir en Esclerosis Sistémica, Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo, Poliarteritis, Arteritis de Células Gigantes y otras Vasculitis Sistémicas, además de la Fiebre Mediterránea Familiar.<sup>(1)</sup>

Es un complicación muy inhabitual en la AR: en el año 1975 se reportaban 46 casos en la literatura de pacientes con AR y pericarditis constrictiva<sup>(2)</sup> y para el año 2002, alrededor de 79 casos.<sup>(6)</sup>

La pericarditis constrictiva en asociación con AR afecta más a hombres que mujeres con una prevalencia de 0,64/0,06, respectivamente, con historia de AR de larga data con una duración de ésta de 12,4 años como mediana.

Los síntomas pueden ser indistinguibles de insuficiencia cardíaca, entre ellos destacan: anasarca, edema periférico, ascitis, disnea y fatigabilidad en un 67%, dolor torácico 8%, dolor abdominal 6% y arritmias 4%. Éstos están presentes al realizar una historia clínica, desde por lo menos 8 a 12 meses,<sup>(7)</sup> por lo que debe existir un importante ojo clínico para plantear la hipótesis diagnóstica.<sup>(8)</sup>

Existe con frecuencia presencia de otras manifestaciones extraarticulares como los nódulos reumatoides.<sup>(1)</sup> Habitualmente los títulos de factor reumatoide son altos. Se reporta a menudo suspensión previa de la terapia de fondo.<sup>(5)</sup>

La incidencia de la pericarditis es desconocida, pero en algunas series sería de un 30% de los pacientes con AR, llegando hasta un 50% en un estudio anatomopatológico en autopsias realizadas a pacientes con AR.<sup>(7)</sup>

La positividad del CA-125 puede producirse en algunos procesos inflamatorios como la AR.<sup>(6)</sup>

El eco-Doppler cardíaco es el examen de elección, con una sensibilidad entre un 49%-61% de los casos, aunque la radiografía de tórax nos puede orientar al observar calcificación pericárdica en un 27%. El escáner y la resonancia estarían indicados en pacientes con mala ventana ecocardiográfica, derrame pericárdico localizado poco definido al ecocardiograma, taponamiento cardíaco sin clínica inflamatoria y pericarditis neoplásica.

El manejo médico es sintomático, y el tratamiento de elección es la pericardiectomía. La mortalidad de esta cirugía oscila entre un 5%-15%.<sup>(9)</sup> En este caso clínico en particular, la pericardiectomía se complicó al hallarse

durante el procedimiento un miocardio muy friable, por lo cual se decidió realizar sólo una ventana pericárdica.

Se recomienda reiniciar el tratamiento de fondo idealmente con fármacos modificadores de la enfermedad (solos o en asociación), y dosis altas de corticosteroides (1mg/kg/d), los AINE no han demostrado ser útiles y el uso de colchicina es controvertido, aunque los pacientes podrían ser beneficiados con su uso como apoyo en el tratamiento y prevención de las recurrencias.<sup>(2, 6)</sup>

Se describe en un reporte el uso de etanercept en un paciente con una pericarditis constrictiva asociada a una AR, con buena respuesta terapéutica. Se podría utilizar en casos refractarios o como alternativa a la cirugía, pero requiere de mayor experiencia y evidencia.<sup>(10)</sup>

## CONCLUSIÓN

Por lo tanto, frente a una ascitis recurrente sin causa determinada en un paciente con AR debe plantearse el diagnóstico de pericarditis constrictiva aunque no exista sintomatología cardíaca clara.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GÓMEZ PUERTA JA, LÓPEZ F, MOLINA JF. Manifestaciones cardíacas de las enfermedades reumáticas. *Rev Col Reumatol* 2002; 9:203-13.
2. THOULD AK. Constrictive pericarditis in rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1986; 45: 89-94.
3. ADAMSON VW, SLIM J, LECLERC, K AND SLIM A. A Rare Case of Effusive Constrictive Cholesterol Pericarditis. A Case Report and Review. *Case Reports in Medicine*, Volume 2013, Article ID 439505.
4. HOIT B. Constrictive pericarditis. Literature review current through: Apr 2013. &#124 This topic last updated: Jul 11, 2012. UpToDate.
5. MANJI H and RAVEN P. Calcific constrictive pericarditis due to rheumatoid arthritis. *Postgrad Med J* 1990; 66:57-8.
6. ALMODÓVAR R, JOVEN BE, SERRANO MP. Pericarditis exudativo-constrictiva en paciente con artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol* 2003; 30(3):139-40.
7. MCRORIE ER, WRIGHT RA, ERRINGTON ML AND LUQ-MANI RA. Rheumatoid Constrictive Pericarditis. *British Journal of Rheumatology* 1997; 36:100-3.
8. SORAJJA P, HOIT B. Differentiating constrictive pericarditis and restrictive cardiomyopathy. Literature review current through: Apr 2013. &#124 This topic last updated: Dec 05, 2011. UpToDate
9. SOO A AND GRAHAM A. Seronegative rheumatoid arthritis: A rare cause of effusive-constrictive pericarditis requiring pericardiectomy. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* 2012; 14(4):479-80.
10. ASLANGUL E, PERROT S, DURAND E, MOUSSEAU E, LE JEUNNE C and CAPRON L. Successful etanercept treatment of constrictive pericarditis complicating rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2005; 44:1581-3.