

Pericarditis purulenta sobre un derrame pericárdico posinfarto: de la sospecha de síndrome de Dressler a la confirmación microbiológica.

Autores. Valverde Solís E. A., Enríquez Sosa J.

Hospital General Regional No. 1, IMSS Morelos, Chihuahua, México

Antecedentes

La pericarditis purulenta es una causa infrecuente de derrame pericárdico en la era antibiótica, con una mortalidad cercana al 30 %. Se presenta sobre todo en pacientes diabéticos, urémicos, inmunodeprimidos o críticamente enfermos, y con frecuencia se desarrolla sobre un derrame pericárdico preexistente por siembra hematógena o por contigüidad. Tras un infarto, un derrame pericárdico suele atribuirse a pericarditis epistenocárdica o a síndrome de Dressler, lo que puede retrasar el reconocimiento de una causa infecciosa.

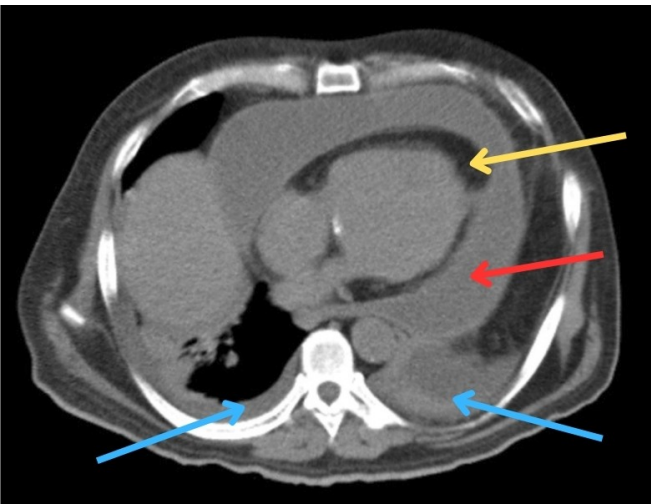


Figura 1. TAC de tórax, corte axial a nivel cardiaco (día 15). Flecha amarilla: derrame pericárdico de 3.15 cm. Flecha roja: engrosamiento difuso de las hojas pericárdicas. Flecha azul: derrame pleural bilateral.

Objetivos

Presentar un caso de pericarditis purulenta polimicrobiana desarrollada sobre un derrame pericárdico posinfarto inicialmente interpretado como probable síndrome de Dressler, y destacar la importancia de la caracterización temprana del líquido pericárdico en el diagnóstico diferencial del derrame posinfarto.

Material y métodos

Presentación de caso clínico y búsqueda en PubMed con los términos “purulent pericarditis”, “Dressler syndrome”, “post-cardiac injury syndrome” y “pericardial drainage”.

Resultados

Varón de 66 años, diabético y con cardiopatía isquémica crónica, ingresó tras paro cardiorrespiratorio recuperado por infarto sin elevación del ST de alto riesgo y fue tratado mediante intervención coronaria percutánea multivaso. Evolucionó con disfunción ventricular grave (FEVI 20 %), lesión renal aguda con hemodiálisis, neumonía intrahospitalaria y candiduria. Se documentó derrame pericárdico de 3.15 cm, interpretado como posinfarto, con sospecha de síndrome de Dressler; la lesión renal contraindicó antiinflamatorios y colchicina. Durante el drenaje se obtuvo **material purulento desde la primera punción**, con aislamiento de *Enterococcus faecalis* y *Staphylococcus aureus*. Se realizó ventana pericárdica subxifoidea con drenaje de 1100 mL. El cuadro evolucionó a pericarditis adhesiva y el paciente falleció por choque cardiogénico.

Tabla 1. Cronología clínica, diagnóstica y terapéutica

Día	Evento	Hallazgos	Conducta
1	Ingreso	IAMSEST de alto riesgo; paro recuperado	AAS, clopidogrel, estatina, enoxaparina
11	Cateterismo e ICP	DA 90 %, Cx 99 %, CD con oclusión total crónica	Stents en DA y Cx; balón farmacactivo
13-14	Neumonía IH y LRA	Leucocitos 25 × 10 ³ /mm ³ ; Cr 4.0 mg/dL (KDIGO III)	Vancomicina/cefepime → linezolid/meropenem; hemodiálisis
15	TAC de tórax	Derrame pericárdico 3.15 cm y pleural bilateral; sospecha de Dressler	AINE y colchicina contraindicados (LRA)
15-17	Bajo gasto	Deterioro hemodinámico	Levosimendán y norepinefrina
22	ETT	FEVI 20 %; aneurisma inferior 36 × 40 mm; sin taponamiento	Tratamiento de IC; digoxina
24	Candiduria	Urocultivo positivo para <i>Candida</i>	Caspofungina
≈29	Deterioro respiratorio	Desaturación; dímero D 20 666 ng/mL	Oxígeno; radiografía de tórax (neumonía IH vs. sobrecarga)
32	Pericardiocentesis	≈500 mL de pus; <i>E. faecalis</i> + <i>S. aureus</i>	Linezolid; drenaje pleural izquierdo
41	Ventana subxifoidea	1100 mL de pus; natas fibrinopurulentas	Drenaje quirúrgico; norepinefrina
45-46	Posquirúrgico	Pericarditis adhesiva; leucocitos 9.47 × 10 ³ /mm ³ ; Na 116.9 mmol/L	Antibiótico; reposición de Na y Mg
47	Defunción	Choque cardiogénico (causa directa)	Medidas de soporte

Día 1 = ingreso. Filas sombreadas: eje pericárdico. AAS: ácido acetilsalicílico; AINE: antiinflamatorio no esteroideo; CD: arteria coronaria derecha; Cr: creatinina; Cx: arteria circunfleja; DA: arteria descendente anterior; ETT: ecocardiograma transtorácico; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del ST; IC: insuficiencia cardiaca; ICP: intervención coronaria percutánea; IH: intrahospitalaria; LRA: lesión renal aguda; Mg: magnesio; Na: sodio; TAC: tomografía axial computerizada.



CONCLUSIONES

Un derrame pericárdico posinfarto interpretado como inflamatorio puede corresponder a una infección. La caracterización temprana del líquido y el drenaje quirúrgico oportuno son determinantes en una entidad de elevada mortalidad.

