

Pericarditis recurrente, colchicina y dolor pericardítico sin patología objetivable

Sr. Editor:

La pericarditis aguda suele recidivar en un 15-30% de los casos^{1,2}. Las modalidades terapéuticas clásicas incluyen antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides, inmunosupresores y pericardiectomía¹. Actualmente, la terapia con colchicina ha demostrado ser un método efectivo para prevenir las recurrencias en la mayoría de los casos^{1,3}.

Se presenta el caso de un paciente de 12 años, intervenido quirúrgicamente de una comunicación interauricular tipo seno venoso sin incidencias, que acude 2 meses más tarde a urgencias por fiebre, y dolor torácico de características pericardíticas, con una analítica sanguínea que muestra leucocitosis, desviación a la izquierda, y aumento de la proteína C reactiva. Se le practica un electrocardiograma y un ecocardiograma que confirman el diagnóstico de pericarditis aguda (fig. 1). Se descarta etiología infecciosa y autoinmune, y con el antecedente de la cirugía cardíaca previa se sospecha un síndrome pospericardiotomía. Se inicia tratamiento con AINE, con buena respuesta, siendo suspendidos 2 meses más tarde.

Dos semanas después de suspender la medicación, desarrolla otro episodio similar, con afectación pleural. Se decide reiniciar AINE y se introduce colchicina (1 mg/día), con una rápida resolución del cuadro.

Dos meses más tarde, coincidiendo con la reducción de dosis de AINE, y todavía bajo tratamiento con colchicina, desarrolla un nuevo episodio, procediéndose a aumentar la dosis de AINE, con mejoría rápida del cuadro. El tratamiento con AINE se mantiene 6 meses, y con colchicina 10 meses tras el último episodio, siendo finalmente suspendidos.

Un mes después de suspender la toma de colchicina, el paciente desarrolla un nuevo episodio, reiniciándose de nuevo los dos fármacos. A los 2 meses del cuadro, se suspenden los AINE, y 5 meses después, todavía bajo tratamiento con colchicina, presenta un episodio de dolor de características pericardíticas, pero en este episodio, por primera vez, no presenta fiebre, ni signos clínicos, analíticos, electrocardiográficos o ecocardiográficos de pericarditis. Se inició tratamiento analgésico con AINE hasta la desaparición de los síntomas en una semana. Diez meses después de este episodio, el paciente permanece asintomático, y bajo tratamiento con colchicina.

En la actualidad se desconoce por qué la pericarditis aguda es un cuadro autolimitado en algunos pacientes, y recurrente en otros. La cirugía cardíaca es causa conocida de pericarditis en el postoperatorio tardío, pudiendo complicarse con recurrencias como ocurrió en nuestro paciente. La duración del proceso puede sobrepasar los 5-15 años, y los períodos de remisión entre ataques pueden variar desde algunas semanas hasta más de 2 años^{4,5}. Los pacientes tratados con corticoides pueden acabar convirtiéndose en dependientes, y además de sus conocidos efectos secundarios, algunos estudios han sugerido que su uso puede favorecer las recurrencias, no habiendo sido utilizados en nuestro caso^{5,6}.

Recientemente se ha introducido el uso de colchicina en la pericarditis recurrente, con buenos resultados en adultos y en niños^{3,7-9}, aunque también hay algunos estudios que muestran



Figura 1. Ecocardiografía 2D. Eje paraesternal largo mostrando una gran acumulación de líquido pericárdico, de predominio en cara posterior.

escasa respuesta⁵. En nuestro caso, el tratamiento con colchicina ha mostrado sólo una respuesta parcial. También se han utilizado azatioprina, metotrexato, ciclofosfamida, ciclosporina e inmunoglobulinas intravenosas⁵.

La evolución de la pericarditis recurrente es a menudo larga e impredecible, no relacionándose con la causa o el proceso desencadenante, sin embargo, la actividad del proceso parece tender a apagarse gradualmente con el tiempo, independientemente del tratamiento utilizado⁵.

Hasta un 10% de los pacientes desarrollan recurrencias tardías sin signos clínicos, analíticos, electrocardiográficos o ecocardiográficos de pericarditis, pero con dolor pericardítico, hecho acaecido en el último episodio de nuestro paciente^{5,10}. El mecanismo de dolor en estos casos no es conocido, aunque posiblemente sea debido a un proceso inflamatorio de baja intensidad, también llamado "complex regional pain syndrome"¹⁰. Imazio et al¹⁰ describen el uso previo de corticoides, el género femenino y recurrencias previas como factores de riesgo para desarrollar episodios de dolor pericardítico sin signos de pericarditis objetivables. Nuestro paciente sólo presentaba recurrencias previas como factor de riesgo. Los estudios publicados consideran que la evolución en este grupo es peor que en el resto, con mayor número de recaídas y un mayor riesgo de desarrollar pericarditis constrictiva, sin embargo nuestro paciente ha estado libre de recaídas en los últimos 12 meses y no presenta signos de pericarditis constrictiva en los estudios ecocardiográficos.

Consideramos que sería interesante el desarrollo de más estudios que ahondaran en esta entidad, su pronóstico, y si el uso de colchicina puede actuar como factor favorecedor, hecho que no se ha evaluado anteriormente, y que requeriría de estudios amplios para extraer conclusiones válidas.

P. Betrián Blasco y R. del Alcázar Muñoz

Unidad de Cardiología Pediátrica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

Correspondencia: Dr. P. Betrián Blasco.
Tres de Noviembre, 19-21, 6º A. 39010 Santander. España.
Correo electrónico: pedrobetrian@yahoo.es.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adler Y, Finkelstein Y, Guindo J, Rodríguez de la Serna A, Shoenfeld Y, Bayes-Genis A, et al. Colchicine treatment for recurrent pericarditis. A decade of experience. *Circulation*. 1998;97:2183-5.
2. Brucato A, Cimaz R, Balla E. Prevention of recurrences of corticosteroid-dependent idiopathic pericarditis by colchicines in an adolescent patient. *Pediatr Cardiol*. 2000;21:395-6.
3. Guindo J, Adler Y, Spodick DH, Rodríguez de la Serna A, Shoenfeld Y, Daniel-Riesco C, et al. Colchicine for recurrent pericarditis: 51 patients followed up for 10 years. *Circulation*. 1997; 96 Suppl I:1-29.
4. Fowler NO, Harbin AD III. Recurrent acute pericarditis: Follow-up study of 31 patients. *J Am Coll Cardiol*. 1986;7:300-5.
5. Raatikka M, Pelkonen PM, Karjalainen J, Jokinen EV. Recurrent pericarditis in children and adolescents. *J Am Coll Cardiol*. 2003;42:759-64.
6. Clémenty J, Jambert H, Dallarhio M. Les pericarditis aiguës récidivantes: 20 observations. *Arch Mal Coeur*. 1979; 72:857-61.
7. Adler Y, Zandman-Godard G, Ravid M, Avidan B, Zemer D, Ehrenfeld M, et al. Usefulness of colchicine in preventing recurrences of pericarditis. *Am J Cardiol*. 1994;784:916-7.
8. Millaire A, De Groote P, Decoulx E, Goullard L, Ducloux G. Treatment of recurrent pericarditis with colchicine. *Eur Heart J*. 1994;15:120-4.
9. Adler Y, Guindo J, Finkelstein Y, Khouri A, Bayes Genis A. Colchicine for large pericardial effusions. *Clin Cardiol*. 1998; 21:143-4.
10. Imazio M, Demichelis B, Parrini I, Cecchi E, Pomari F, Demarie D, et al. Recurrent pain without objective evidence of disease in patients with previous idiopathic or viral acute pericarditis. *Am J Cardiol*. 2004;94:973-5.