

## IMÁGENES EN PEDIATRÍA

# Pericarditis constrictiva calcificada de origen tuberculoso

## Calcified constrictive pericarditis of tuberculous origin

M.A. Tejero Hernández<sup>a,\*</sup>, J. Casares Mediavilla<sup>b</sup>, E. Gómez Guzmán<sup>a</sup>,  
C. Merino Cejas<sup>b</sup> y R. Ávalos Prieto<sup>b</sup>

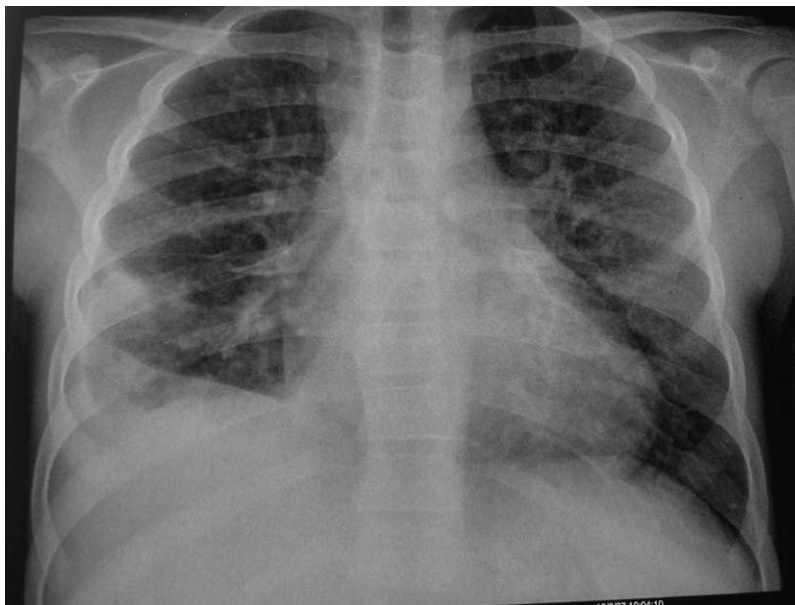
<sup>a</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Disponible en Internet el 14 de julio de 2010

Niño de 13 años procedente de África subsahariana con clínica de fallo cardíaco derecho, congestión venosa sistémica, fiebre, sudoración, tos y disnea de larga

evolución. Presenta aspecto desnutrido, tonos cardíacos disminuidos, ascitis marcada con signo de la oleada positivo, hepatomegalia de 5 traveses y esplenomegalia.



**Figura 1** Radiografía de Tórax. Destaca discreta cardiomegalia intuyéndose las calcificaciones en surco AV. Condensación a nivel de lóbulos medio e inferior derecho con derrame pleural asociado.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manglestejero@gmail.com (M.A. Tejero Hernández).

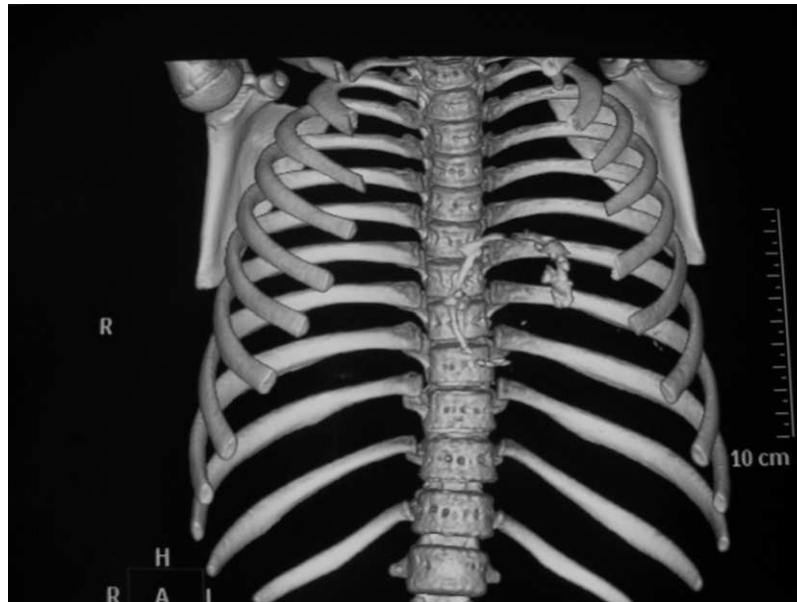


Figura 2 TAC Multicorte. Reconstrucción del plano frontal que muestra el surco AV calcificado.

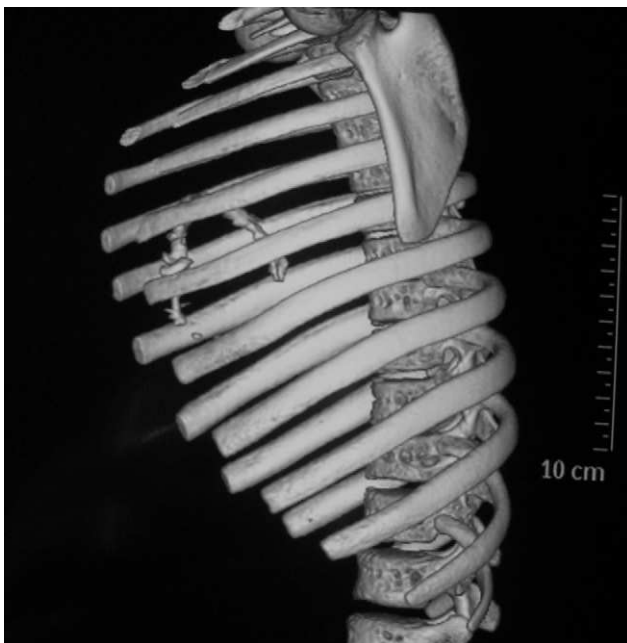


Figura 3 TAC Multicorte. Reconstrucción del plano sagital donde se visualiza calcificaciones en surco AV.

Pruebas complementarias: 1) test de Mantoux, que resultó negativo; 2) radiografía de tórax, que mostró neumonía de lóbulo medio e inferior y derrame pleural derecho; calcificaciones a nivel del surco auriculoventricular (AV) y cardiomegalia (fig. 1); 3) líquido pleural, que mostró exudado con niveles Adenosin Deaminasa (ADA) elevados (316 U/l); 4) baciloscopia y medio Lowenstein, que fueron negativos; 5) detección sistemática infecciosa, incluidos parásitos, que fue negativa; 6) ecocardiograma, que mostró dilatación biauricular y del ventrículo derecho (VD); llenado mitral monofásico de morfología restrictiva; fracción de eyección normal; calcificaciones en zonas adyacentes al

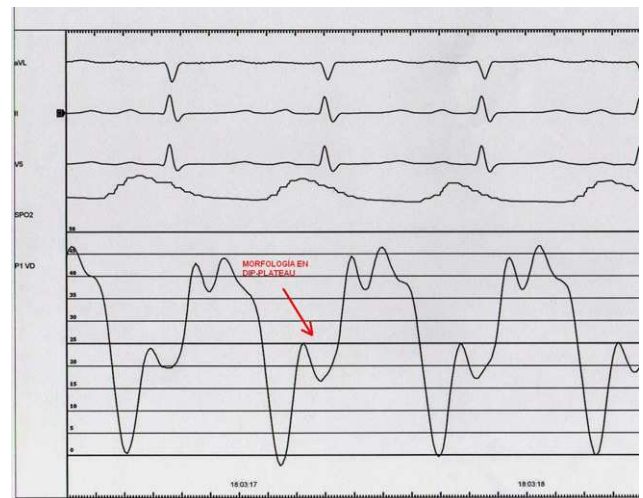


Figura 4 Cateterismo cardiaco. Morfología en Dip-Plateau en la curva de presiones del ventrículo derecho.

ventrículo izquierdo y al surco AV; 7) TC multicorte, que mostró calcificación anular completa del surco AV con dilatación biauricular marcada (figs. 2 y 3), y 8) cateterismo, en el que se observaron presión telediastólica en VD de 18 mmHg (1/3 de la sistólica), presión media en aurícula derecha (AD) de 17 mmHg y elevación de las presiones de llenado de VD con morfología en *dip-plateau* (fig. 4). Los hallazgos fueron compatibles con pericarditis constrictiva tuberculosa.

Tras iniciar triple tratamiento antituberculostático se decidió corrección quirúrgica mediante pericardiectomía (PCD) completa. Posteriormente presentó buena evolución que permitió alta hospitalaria para continuar tratamiento médico.

La pericarditis constrictiva es una de las secuelas más graves de la tuberculosis y ocurre hasta en el 20-50% de los

casos, a pesar del tratamiento precoz con antituberculosos y corticoides. La clínica varía según el tiempo de evolución y el grado de constricción. En áreas endémicas, los criterios clínicos son suficientes para el diagnóstico de esta entidad. La presencia de calcificaciones pericárdicas es una indicación absoluta de PCD, que debe realizarse asociada a tratamiento médico antituberculoso. A pesar de persistir una tasa de mortalidad tras la PCD (3–16%), el

pronóstico ha mejorado con la introducción de nuevos antituberculostáticos.

### **Agradecimientos**

Agradecemos a los Dres. J. Santos de Soto y J. L. Gavilán de la Clínica Sagrado Corazón de Sevilla su colaboración en este caso.