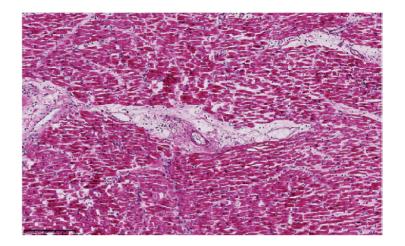


Miocarditis y Pericarditis en el paciente séptico

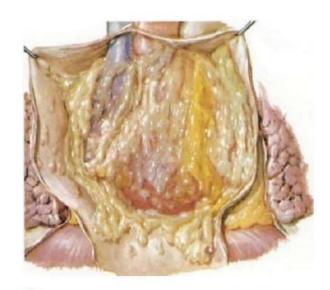
MAHUEL MARTINEZ-SELLES

H. Gregorio Marañón, Madrid

Miocarditis en pt séptico

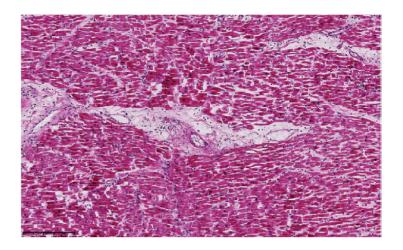


Pericarditis en pt séptico





Miocarditis en pt séptico







Incidencia y Pronóstico

- ♦ ≈ 25% de pts sépticos severos
- ♦ ≈ 50% de pts shock séptico
- Incidencia aún más elevada en series necrópsicas
- ♦≈ 70% mortalidad

Calvin Chest 1981; Parker Ann Intern Med 1984; Li.Burns & Trauma2013; Hardman Arch Pathol. 1969



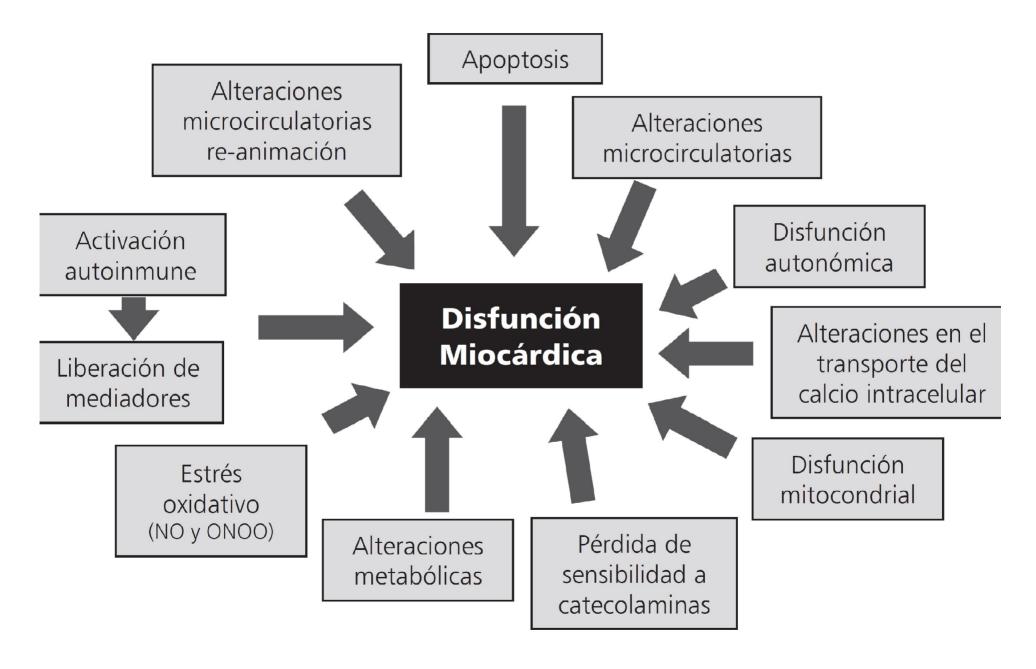
Etiopatogenia Controvertida

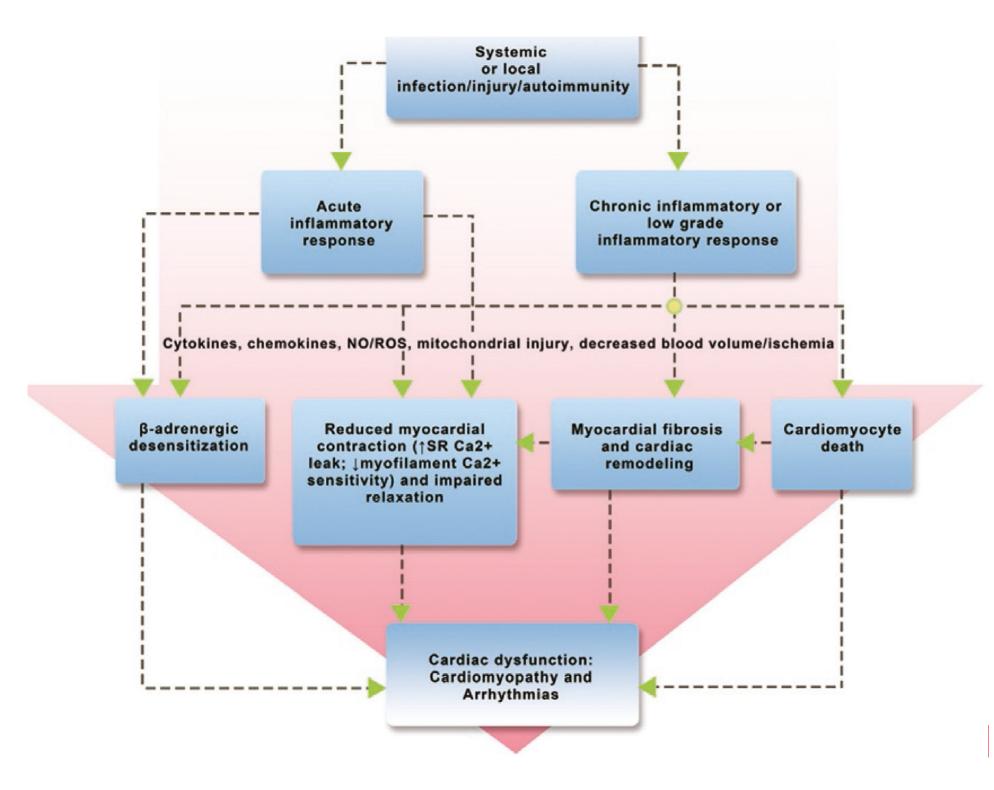
- ¿Hibernación protectora?
- Inflamación y fenómenos inmunológicos
- Daño directo
- ◆Tako-Tsubo (like)
- No parece relacionada con isquemia

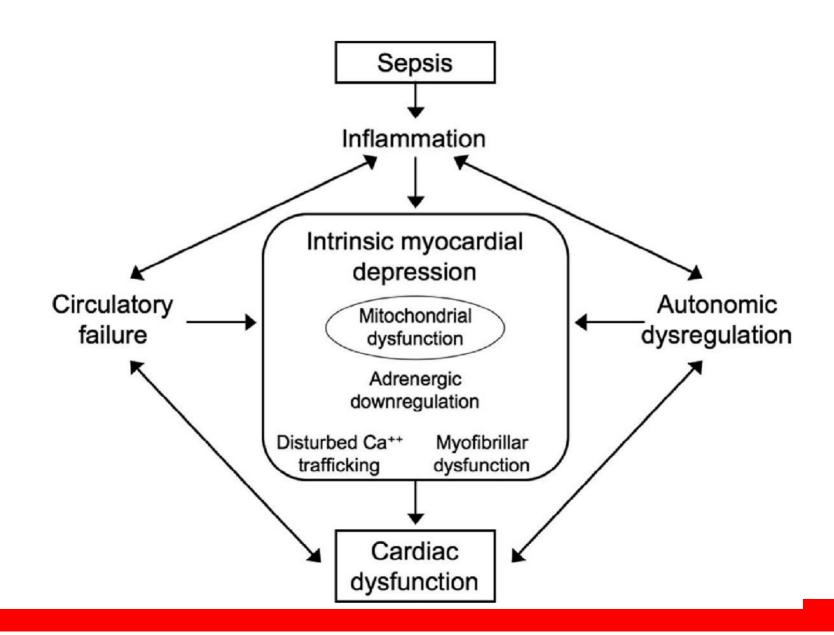
Zanotti Curr Opin Crit Care 2009; Romero Curr Cardiol Rev 2011; Martínez-Sellés Int J Cardiol 2010 Kilbourn NEJM 1993; Abraham Crit Care Med 2007; Levy Crit Care Med 2007



Etiopatogenia









Diagnóstico

- Intentar precoz
- ECGs seriados
- Troponina y BNP de rutina
- ◆Bajo umbral para ecocardio (un criterio Dx sepsis)
- En algunos casos valorar biopsia

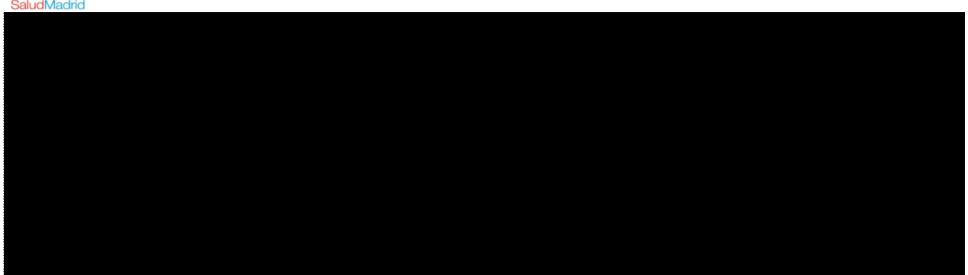
Faivre Anesthesiology 2005; Fernandes Crit Care Med 2005; Innes *Drugs* 2003; Follath *Lancet* 2002; De Luca *Eur Heart J* 2006



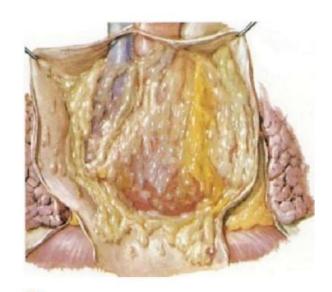
¿Tto?

- ◆No hay específico
- Levosimendan mejor que dobuta
- **♦ Valorar BIAo, ECMO, AV**

Faivre Anesthesiology 2005; Fernandes Crit Care Med 2005; Innes *Drugs* 2003; Follath *Lancet* 2002; De Luca *Eur Heart J* 2006



Pericarditis en pt séptico

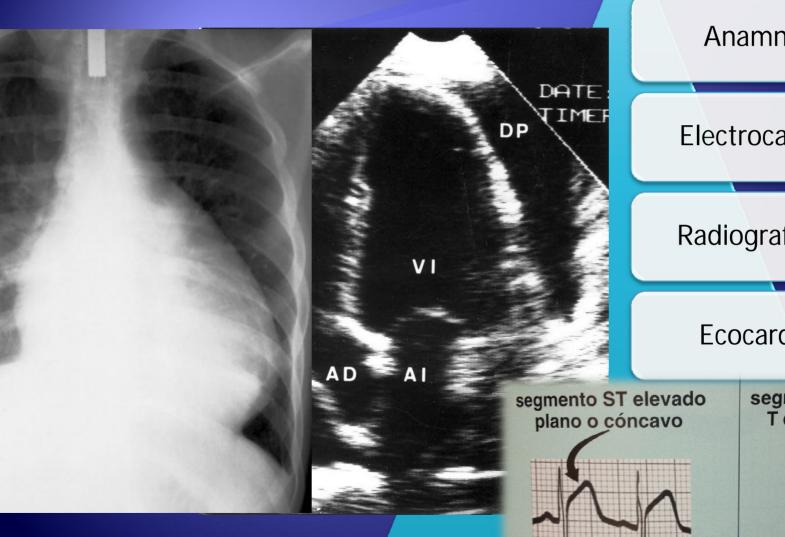




Incidencia

- Rara en adultos, más niños e inmunodeprimidos
- Más en infecciones endotorácicas
- Pericarditis purulentas primarias poco frecuentes
- Más con algunos microorganismos (meningococo)

Diagnóstico



Anamnesis y EF

Electrocardiograma

Radiografía de tórax

Ecocardiograma

segmento ST elevado y ono T encima de la línea basal

Anamesis y EF

- Dolor torácico
 - En los tipos infecciosos agudos (excepto TB) y por hipersensibilidad / autoinmunidad
 - Intenso, retroesternal, irradia a cuello, brazos y hombro izq, se alivia al sentarse hacia adelante y se intensifica con el decúbito dorsal
- Roce pericárdico
 - 85 % pacientes
 - Alto, rasposo, áspero, durante la espiración, sentado, inconstante

ECG

- 1. Elevación amplia de los segmentos ST y depresión del segmento PR
- Segmento ST regresa a lo normal
- 3. Inversión de las ondas T
- 4. Normal





Radiografía

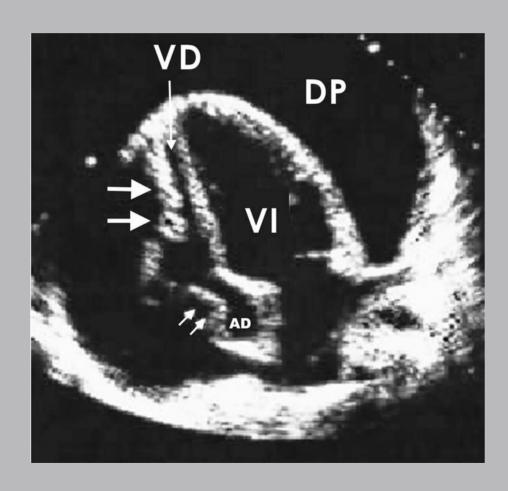
Corazón en "garrafa"



Eco: valorar signos de taponamiento

Aceleración considerable de la circulación a través de las válvulas tricúspide y pulmonar durante la inspiración

Colapso de la pared libre del ventrículo y aurícula derechos



TRATAMIENTO

Cribado de etiología

Sintomático AINE´S

Ibuprofeno 600-800mg c/8hrs

Analgésicos narcóticos complementarios

Colchicina 2-3mg VO seguido 1mg/día durante 10-14 días

prednisolona 60mg/día VO durante 2 días descenso progresivo 2.5 mg cada 3 días

Taponamiento cardiaco

- TBC, Virales y Piógenas
- Acumulación de líquido en el pericardio suficiente para producir obstrucción grave del llenado ventricular
 - Cantidad y Velocidad

- Tríada de Beck: hipotensión, ruidos cardíacos velados / ausentes y distensión de las venas yugulares
- Disnea, ortopnea e ingurgitación hepática
- Pulso paradójico: disminución inspiratoria de la presión arterial sistólica superior a la normal (10 mmHg)

ECG

Reducción de la amplitud de los complejos QRS y alternancia eléctrica de las ondas P, complejos QRS u onda T



TRATAMIENTO

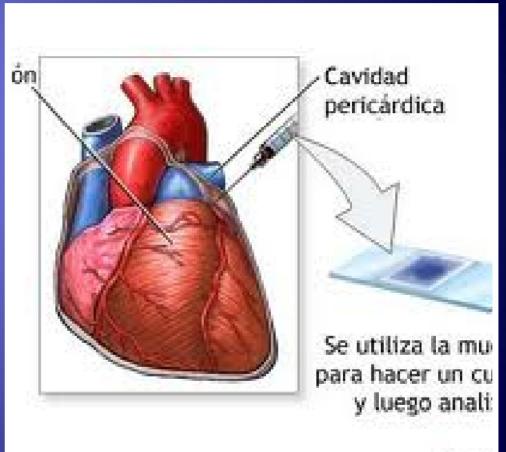
Diagnóstico/terapéutico MONITORIZACION ECOCARDIOGRAMA

PERICARDIOCENTESIS

ABIERTA

CERRADA

AINEs, Colchicina, esteroides
TRATAR LA CAUSA









Conclusiones

- Miocarditis:
- muy frecuente en sepsis
- Empeora pronóstico
- Buscar activamente y monitorizar
- Pericarditis:
- Rareza
- Ojo al taponamiento