

Pericarditis aguda por *Mycoplasma pneumoniae*

Autores: Arano, Juan Martin; Carballeira, Beatriz; Demarco, Rubén; Maristany Bastida, Sebastián E.; Saez de Guinoa, Ariel. Servicio de Clínica Médica con la colaboración del Servicio de Cardiología. Hospital "El Cruce". Florencio Varela. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Entre un 10 y un 20 % de las infecciones por *Mycoplasma* son extrapulmonares, de las cuales el 4.5 % es de origen cardíaco. Se estima esta etiología como causa de pericarditis aguda idiopática en un 20% de los casos aproximadamente. No hay datos de afectación pericárdica como única manifestación.

La lesión pericárdica se debe tanto a mecanismos inmunológicos como a invasión directa.

Caso clínico

Paciente de 17 años sin antecedentes patológicos previos de importancia, residente de la ciudad de Florencio Varela, que consulta a su hospital de referencia por dolor torácico de 2 meses de evolución con exacerbación del mismo en las últimas 72 horas acompañado de disnea. En dicha institución se realiza el diagnóstico ecocardiográfico de derrame pericárdico severo y se deriva a unidad coronaria para estudio y tratamiento. Al examen clínico la paciente se encontraba en regular estado general, taquicárdica, subfebril, lúcida, con buena mecánica ventilatoria, adecuada entrada de aire bilateral sin ruidos agregados. Se auscultaba el primero y el segundo ruidos cardíacos en los cuatro focos sin soplos. No presentaba edemas periféricos y las yugulares no se encontraban ingurgitadas. El abdomen era blando depresible, doloroso a nivel del hipocondrio derecho, sin signos de foco motor ni de irritación meníngea.

Al ingreso se realizó Ecocardiograma bidimensional y doppler observándose derrame pericárdico severo con signos de taponamiento cardíaco por la existencia de colapso del ventrículo derecho y la aurícula derecha. La zona de mayor presencia de derrame era la unión AV derecha con 29 mm en diástole, seguida de la pared anterior de VD de 23.8 mm., y la vena cava inferior no colapsaba, el ventrículo izquierdo presentaba buen funcionamiento y signos de hiperdinamia.

El ECG mostraba ritmo sinusal, FC 120 por min, eje 50°, PR 140 mseg, Qrs 80 mseg, infradesnivel del PR de 0.5 mm inferolateral, supradesnivel ST de 1 mm inferolateral (D1-2-3, Avl, Avf, V5 y V6).

La telerradiografía de tórax de frente mostraba cardiomegalia con imagen en botellón.

Se decidió pericardicentesis con extracción de 400 ml de líquido hemático y colocación de drenaje pericárdico, con mejoría de la disnea de la

paciente. Se enviaron muestras del líquido a citología, cultivo para gérmenes comunes y BAAR, FAN y ANCA resultando todo negativo. Paralelamente se realizaron los siguientes estudios complementarios. Laboratorio: leucocitos 17600, Hb 11.1g/dl, Hto 32.7%, plaquetas 311000mm³, TP 15 Seg, concentración de PT 67 %, KPTT 37 Seg, ERS 90 mm/h, albúmina 4.1g/dl, urea 10mg/dl, creatinina 0.66mg/dl, glucemia 0.94mg/dl, FAL 224UI/L, TGO 21UI/l, TGP 25UI/L, proteínas totales 7.72g/l, bilirrubina total 0.44mg/dl, TSH y T4 libre normales, serología para VIH negativa, serología para virus de hepatitis B y C negativas.

La paciente evolucionó con dolor en hombro izquierdo por lo que se realiza TAC de tórax que evidencia mínimo derrame pericárdico y derrame pleural escaso izquierdo con fibrosis pleural a dicho nivel. Se realizó control ecocardiográfico sin recurrencia del derrame, y debido a la mejoría del estado general se decide el alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio por Cardiología y Clínica Médica, aguardando el resto de los resultados.

Fue medicada con AINEs y corticoides decidiéndose al alta agregar tuberculostáticos por la alta sospecha clínica. La paciente reiteró el dolor en el hombro izquierdo por lo que se repitió la TAC de tórax que no informó cambios al igual que el ecocardiograma.

Luego de una semana del alta se recibió la serología para Mycoplasma Ig-G negativa e Ig-M positiva por lo que se medicó con claritromicina 500 mg cada 12 horas por 7 días con total mejoría del estado de la paciente. Se realizó finalmente, de este modo, el diagnóstico de Pericarditis Aguda por Mycoplasma pneumoniae. El motivo de la presentación es la baja frecuencia del compromiso pericárdico en la infección por Mycoplasma, pero siendo siempre uno de los gérmenes a tener presentes como causales de esta patología.