

PERICARDITIS CONSTRICTIVA

CONCEPTOS Y PERSPECTIVA



DIAGNÓSTICO POR IMAGEN MULTIMODAL (MMI)

ECOCARDIOGRAFÍA - PRIMERA LÍNEA

MODALIDAD INICIAL PARA EVALUAR HEMODINAMIA.

Identifica los dos hallazgos hemodinámicos cardinales:

- Interdependencia ventricular (septal bounce con desplazamiento paradójico del septum).
- Disociación intratorácica-intracardiaca (variabilidad respiratoria en Doppler).

CRITERIOS ECOCARDIOGRÁFICOS DE LA CLÍNICA MAYO PARA PC

- ✓ E' mitral medial ≥ 8 cm/s (annulus reversus)
- ✓ Onda E dominante y variación respiratoria Doppler flujo mitral $>25\%$
- ✓ Desplazamiento septal con cambios en la respiración
- ✓ Flujo venoso diastólico reverso hepático en espiración

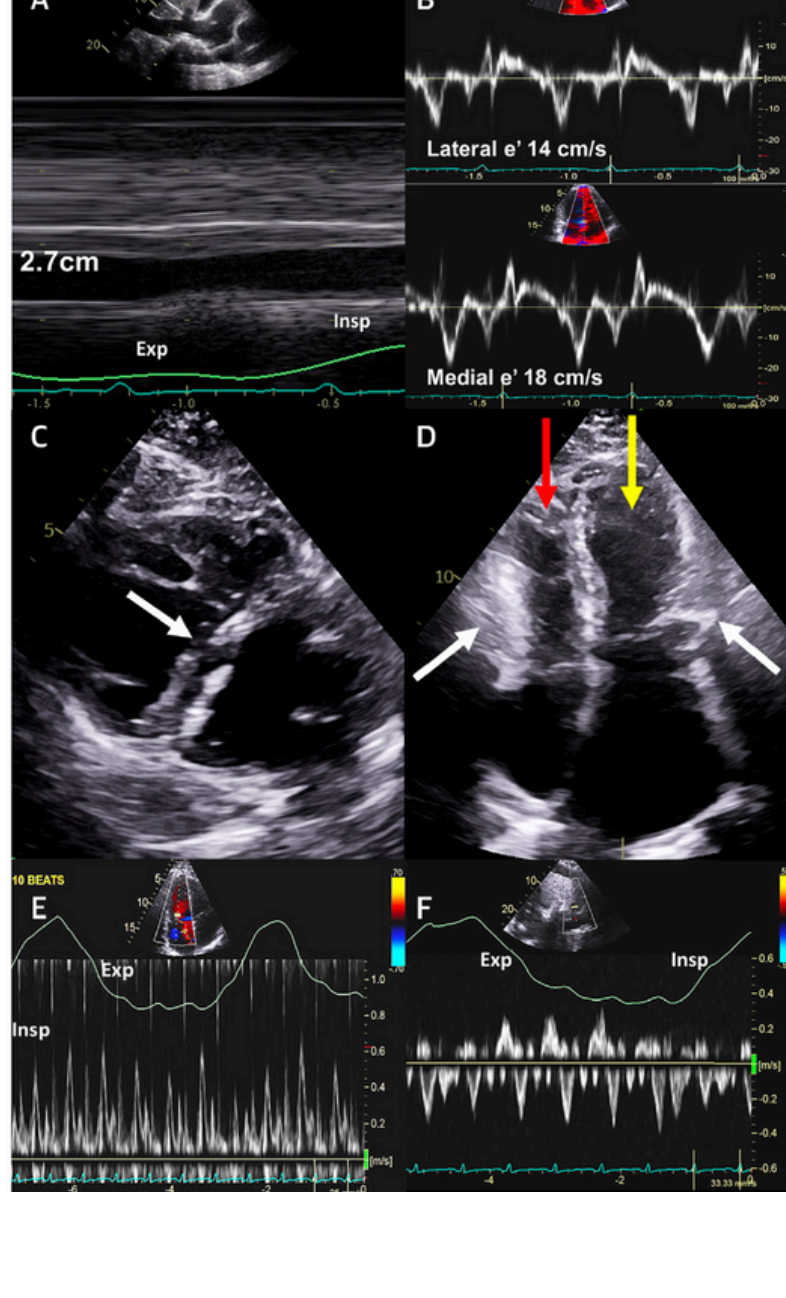
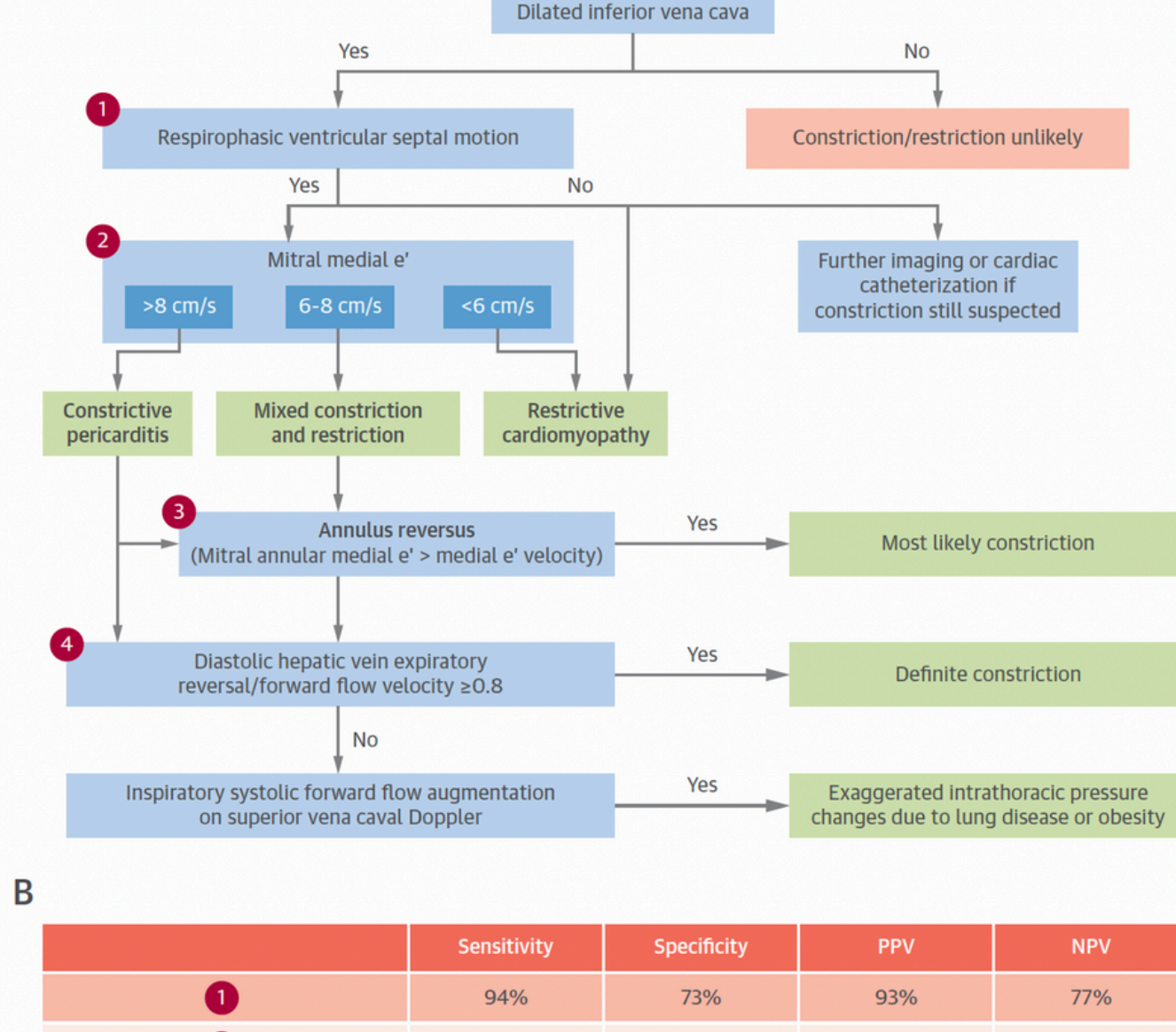


FIGURE 23 Diagnostic Algorithm and Validation of TTE Parameters for CP



	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV
1	94%	73%	93%	77%
2	81%	91%	97%	58%
3	71%	79%	93%	45%
4	73%	66%	86%	42%
1 and 2	80%	96%	99%	58%
1 with both 2 and 4	67%	99%	100%	50%

NPV = negative predictive value; PPV = positive predictive value; other abbreviations as in Figures 3 and 18.

RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA Y CT

ECOCARDIOGRAFÍA - PRIMERA LÍNEA

RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA (CMR)

Evalúa grosor pericárdico, inflamación y fibrosis.

Hallazgos clave:

- Realce tardío de gadolinio (LGE) → Proliferación de fibroblastos / neovascularización / inflamación crónica.
 - Evaluación cualitativa y cuantitativa predice respuesta a terapia antiinflamatoria.
- Edema en T2-STIR → Correlaciona con patología quirúrgica.

DATO INTERESANTE: 18% de pacientes con PC confirmada quirúrgicamente tienen pericardio de grosor normal en CMR.

TOMOGRAFÍA CARDIACA (CT)

- Detecta calcificación pericárdica (indicador de cronicidad).
- Evalúa relaciones anatómicas antes de pericardiectomía.
- Limitación: No proporciona información funcional o hemodinámica.

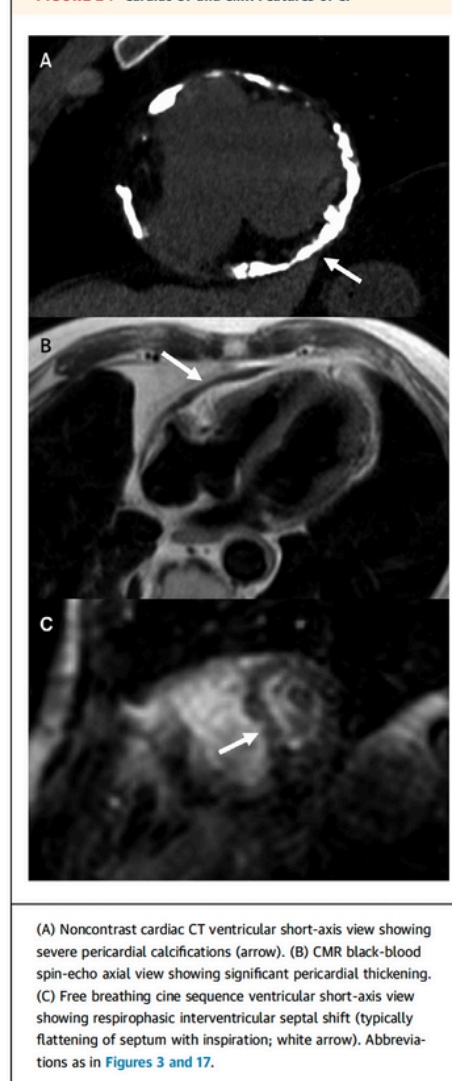


FIGURE 24 Cardiac CT and CMR Features of CP

¿CUÁNDO CONSIDERAR MMI?

ALGORITMO DIAGNÓSTICO SUGERIDO

- Sospecha clínica de PC (signos de IC derecha, signo de Kussmaul, presión venosa elevada).
- TTE:
 - Signos de PC confirmados → Diagnóstico.
 - Parámetros discrepantes → Complementar con CMR o CT
- CMR: Evaluación anatómica superior y evaluación de inflamación o fibrosis.
- CT: En casos con sospecha de calcificación o para planeación quirúrgica y evaluación de estructuras vecinas.

TABLE 15 MMI Features of CP

TTE	CT	CMR
<ul style="list-style-type: none"> • Respirophasic ventricular dependence/septal shift • E-wave predominant LV filling with respirophasic variation • Hepatic vein end-diastolic expiratory reversal velocity/forward flow >0.8 • Normal or increased medial mitral annular e' velocity (>8 cm/s) • Annulus reversus (medial $>$ lateral e' mitral annular velocity) • Loss of superior vena cava systolic flow variation 	<ul style="list-style-type: none"> • Increased pericardial thickness • Pericardial calcification 	<ul style="list-style-type: none"> • Increased pericardial thickness • Respirophasic ventricular dependence on free breathing cine sequences • Wall tethering and conical deformity of the ventricle • Late gadolinium pericardial enhancement and pericardial edema (in inflammatory T1P)

No single isolated imaging finding is diagnostic of CP; a constellation of findings in conjunction with clinical features of CP is required to make the diagnosis. Abbreviations as in Tables 1, 4, and 6.

TABLE 14 Recommendations for Multimodality Cardiac Imaging for PEff and CTP

TTE to confirm clinical diagnosis of PEff and CTP	Recommended
Cardiac CT/CMR or TEE to confirm clinical diagnosis of PEff when clinically indicated if TTE inconclusive.	Recommended
Cardiac CT/CMR to assess for secondary causes of PEff when clinically indicated	Reasonable
Cardiac CT/CMR to confirm clinical diagnosis of CTP	Not recommended
TEE/cardiac CT to confirm clinical diagnosis of focal CTP in stable cases of high suspicion with unrevealing/equivocal TTE	Recommended
TTE for surveillance of PEff (at least moderate in size)	Reasonable

Abbreviations as in Tables 1 and 12.

COMPARTE ESTA INFORMACIÓN