



PERICARDITIS POSTQUIRÚRGICA HIPERPRECOZ EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

Celeste Rosso ⁽¹⁾, Héctor A. Bonaccorsi ⁽²⁾

⁽¹⁾ Médica del Servicio de Cardiología

⁽²⁾ Doctor en Medicina

Hospital Provincial del Centenario - Urquiza 3101, (2000) Rosario, Argentina

Correspondencia a: celesterosso96@gmail.com

Fecha de publicación: 06/2/2026

Citación sugerida: Rosso C, Bonaccorsi HA. Pericarditis postquirúrgica hiperprecoz en cirugía de revascularización miocárdica. Anuario (Fund. Dr. J. R. Villavicencio) 2026;33. Disponible en: <https://villavicencio.org.ar/anuario/33/pericarditis-postquirurgica-hiperprecoz.pdf>. ARK: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s2796762x/k2r4k3dnj>

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>), esto permite que Ud. lo comparta, lo copie y lo redistribuya, sin propósitos comerciales, siempre que se cite correctamente el trabajo original. Si crea un nuevo material con él, no podrá distribuir el material modificado.

Resumen

Introducción: La afectación pericárdica inflamatoria de comienzo agudo post-cirugía cardíaca se clasifica en precoz (injurias mecánicas o químicas, dentro de las primeras 24-48 horas) o síndrome post-cardiotomía (mecanismo inmunológico, días a meses). La forma precoz plantea un diagnóstico diferencial crítico con la isquemia miocárdica postoperatoria, especialmente tras la cirugía de revascularización miocárdica. Se presenta un caso de pericarditis hiperprecoz, sospechada de forma inmediata a la llegada del paciente a la unidad de cuidados intensivos, un momento de inicio que no ha sido documentado en la literatura.

Caso Clínico: Varón de 54 años con enfermedad coronaria severa de tres vasos e infarto previo, sometido a cirugía de revascularización miocárdica con cuatro puentes. Inmediatamente al ingreso a la unidad de cuidados intensivos, luego de la cirugía, el electrocardiograma de control mostró supradesnivel difuso del segmento ST de morfología cóncava hacia arriba (cara inferior, lateral y anterior), altamente sugestivo de pericarditis. Los biomarcadores de lesión miocárdica mostraron una elevación moderada, Troponina T 974 pg/ml; banda miocárdica de la creatinfosfoquinasa 92 UI/l. La evolución clí-

VERY EARLY POSTOPERATIVE PERICARDITIS FOLLOWING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING SURGERY

Abstract

Introduction: Acute inflammatory pericardial involvement following cardiac surgery is typically classified as early (due to mechanical or chemical injury, within the first 24-48 hours) or post-cardiotomy syndrome (immunological mechanism, days to months later). The early form requires a critical differential diagnosis from perioperative myocardial ischemia, especially after coronary artery bypass grafting. We present a case of very early pericarditis, suspected immediately upon the patient's arrival at the Intensive Care Unit, representing an onset time that has not been previously documented in the literature.

Case Report: A 54-year-old male with severe three-vessel coronary artery disease and previous myocardial infarction underwent four-vessel coronary artery bypass grafting. Immediately after admission to the cardiovascular recovery unit after surgery, the control electrocardiogram showed diffuse ST-segment elevation with an upward concave morphology (inferior, lateral, and anterior leads), highly suggestive of pericarditis. Myocardial



nica fue favorable. Un ecocardiograma Doppler al tercer día reveló derrame pericárdico leve, confirmó la función sistólica conservada (fracción de eyección del ventrículo izquierdo 60 %) y la ausencia de alteraciones en la motilidad parietal, descartando isquemia significativa. El electrocardiograma evolucionó de forma típica para pericarditis. El paciente fue dado de alta el día 8 de postoperatorio por su buena evolución.

Conclusión: Este caso objetiva la aparición de pericarditis postquirúrgica de forma hiperprecoz (inmediatamente post cirugía de revascularización miocárdica), constituyendo la presentación más precoz reportada que conocemos. La importancia de este caso consiste en ubicar a la pericarditis dentro de los diagnósticos posibles de alteración del electrocardiograma desde que el paciente operado cardíaco sale de quirófano.

Palabras clave

Pericarditis hiperprecoz, cirugía de revascularización miocárdica, isquemia miocárdica, postoperatorio inmediato.

injury biomarkers showed a moderate elevation (Troponin T 974 pg/ml; creatine phosphokinase MB fraction 92 IU/l). The clinical course was favorable. A Doppler echocardiogram on the third postoperative day revealed a mild pericardial effusion, confirmed preserved systolic function (left ventricular ejection fraction 60 %), and the absence of wall motion abnormalities, effectively ruling out significant ischemia. The electrocardiogram evolved typically for pericarditis. The patient was discharged on the eighth postoperative day due to his favorable evolution.

Conclusion: This case demonstrates the very early onset of postoperative pericarditis (immediately after coronary artery bypass grafting), representing the earliest presentation reported to our knowledge. The importance of this case lies in establishing pericarditis as a possible diagnosis of electrocardiogram abnormalities after the patient leaves the operating room after cardiac surgery.

Keywords

Very early pericarditis, coronary artery bypass grafting, myocardial Ischemia, Immediate postoperative.

Introducción

Luego de una cirugía cardíaca se reconocen dos formas de afectación pericárdica inflamatoria de comienzo agudo. La primera es la que aparece tempranamente, en 24-48 horas, aunque el momento de inicio no ha sido definido con precisión, y en su génesis se presume una injuria mecánica o química. La restante suele ser llamada síndrome postcardiotomía, aparece desde días hasta meses luego de la intervención y se le asigna un mecanismo inmunológico o viral.¹ En la primera, en especial, es crucial el diagnóstico diferencial con la isquemia miocárdica ya que esta es una complicación esperable, particularmente en el postoperatorio inmediato de una cirugía de revascularización miocárdica.² Su aparición se ha descrito tan precozmente como en las primeras horas del postoperatorio.^{3,4} Se describe a continuación un caso en el cual la pericarditis se presentó de modo inusualmente precoz, a la llegada del paciente a la sala de cuidados intensivos, inmediatamente después de finalizada la cirugía.

Objetivos:

Presentar un caso de pericarditis luego de una cirugía

cardíaca que se diagnosticó a la llegada del paciente a la unidad de cuidados intensivos, inmediatamente después de finalizada la intervención.

Presentación del caso:

Paciente de 54 años, que presentó como factores de riesgo cardiovascular hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo anterior, sobrepeso y antecedentes familiares positivos para cardiopatía isquémica. Fue consumidor de cocaína lo cual abandonó hace 11 años. Portador de enfermedad coronaria severa de tres vasos, diagnosticada un mes antes, durante internación por infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, por lo que se indicó cirugía de revascularización miocárdica (CRM). Se realizó ecocardiograma que no mostró patología estructural ni alteraciones de la motilidad parietal y función sistólica del ventrículo izquierdo conservada. El electrocardiograma (ECG) prequirúrgico se muestra en la (Figura 1).

Su medicación habitual era aspirina 100 mg/d, clopidogrel 75 mg/d, atenolol 50 mg/d, enalapril 20 mg/d, mononitrato de isosorbide 40 mg/d y atorvastatina 80 mg/d. Se efectuó entonces la CRM con confección de cuatro

puentes: mamario interno a descendente anterior, venoso safeno a circunfleja, venoso safeno a lateral alta y venoso safeno a coronaria derecha.

Como complicación intraoperatoria presentó dificultad a la salida de bomba con requerimiento de noradrenalina a dosis bajas (0,05 mcg/kg/min).

A su ingreso a la sala de cuidados intensivos de cirugía cardíaca se encontraba hemodinámicamente estable con vasopresores en descenso, a 0,02 mcg/kg/min. Se realizó ECG que evidenció ritmo sinusal a 75 lpm, PR 0,16 s, QRS 0,08 s, QTc 0,40 s, AQRS 0° y supradesnivel del segmento ST en cara inferior, lateral y anterior (Figura 2).

En ese momento se solicitó laboratorio con dosaje de troponina T ultrasensible que resultó de 974 pg/ml, creatinofosquinasa (CPK) 747 UI/l y banda miocárdica de la creatinofosquinasa (CPK-MB) de 92 UI/l. Tres horas después se obtuvo nuevo dosaje de CPK de 941 UI/l y CPK-MB de 82 UI/l. Se desvinculó de la asistencia respiratoria mecánica 8 horas después de la cirugía. Presentó síndrome vasopléjico por lo que requirió infusión de fluidos y noradrenalina a 0,05 mcg/kg/min por menos de 24 horas.

El día siguiente a la cirugía el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, sin requerimiento de vasopresores. Su ECG se muestra en la (Figura 3).

Al tercer día de internación en la unidad de cuidados intensivos continuaba estable, asintomático, sin requerimiento de inotrópicos. Se realizó entonces ecocardiograma Doppler que evidenció cavidades cardíacas de tamaño normal, movimiento asincrónico del septum interventricular, resto de los segmentos con espesor, motilidad y engrosamiento parietal normales, función sistólica del ventrículo izquierdo normal con fracción de eyección estimada del 60 %, estructuras valvulares sin alteraciones osten-

sibles, derrame pericárdico leve, patrón mitral pseudo-normal con disfunción diastólica grado II, insuficiencia mitral leve e insuficiencia tricuspídea mínima. El ECG de ese día se muestra en la (Figura 4).

El día 6 de postoperatorio, por buena evolución clínica, se decidió su pase a la sala de cuidados generales. El ECG del día se muestra en la (Figura 5).

El día 8 de postoperatorio se otorgó el alta hospitalaria.

Discusión:

En el caso presentado se sospechó pericarditis al ingreso a la sala de cuidados intensivos, inmediatamente luego de finalizada la cirugía, de lo que no encontramos registros en nuestro servicio ni en la literatura. La sospecha se basó en los cambios electrocardiográficos difusos, con el típico supradesnivel del ST cóncavo hacia arriba y se confirmó con la evolución típica del ECG (hasta la fase 3) sin afectar la motilidad parietal en el ecocardiograma.

Si bien esta situación se asoció a elevación de los biomarcadores, este aumento es de grado moderado ya que no supera las 70 veces el límite superior del valor normal para la troponina T ultrasensible ni las 4 veces el de la CPK-MB.⁵

En el año 2002 nuestro grupo encontró que, en 1726 pacientes, la aparición de pericarditis en las primeras 24 h luego de la cirugía cardíaca constituía entre el 4 y el 15 % de las pericarditis luego de esa intervención.³ En 2019, Busada y col. presentaron un caso de aparición de pericarditis a las 8 h de una cirugía de revascularización miocárdica.⁴ Sin embargo, hasta donde sabemos, no hay publicado un caso de pericarditis tan precoz como el descrito en este trabajo.

Figura 1: Electrocardiograma prequirúrgico

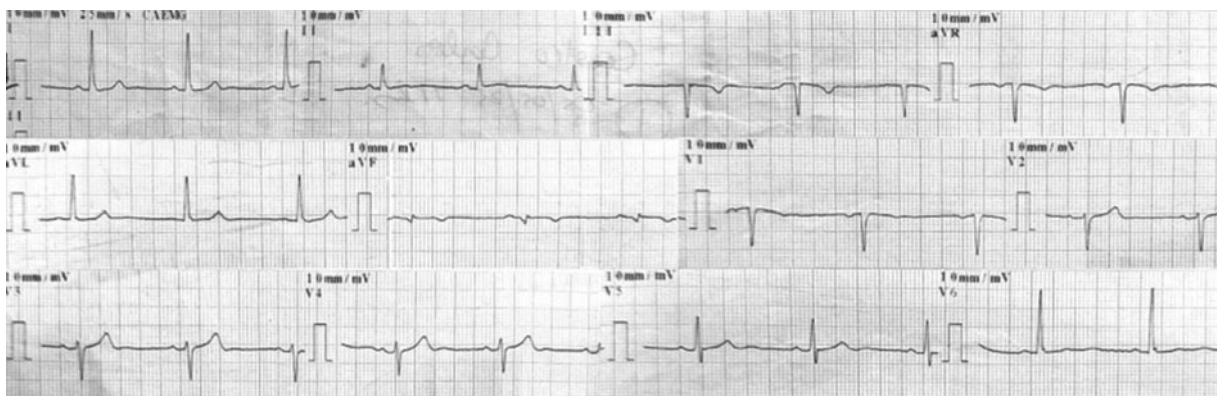


Figura 2: Electrocardiograma post quirúrgico inmediato

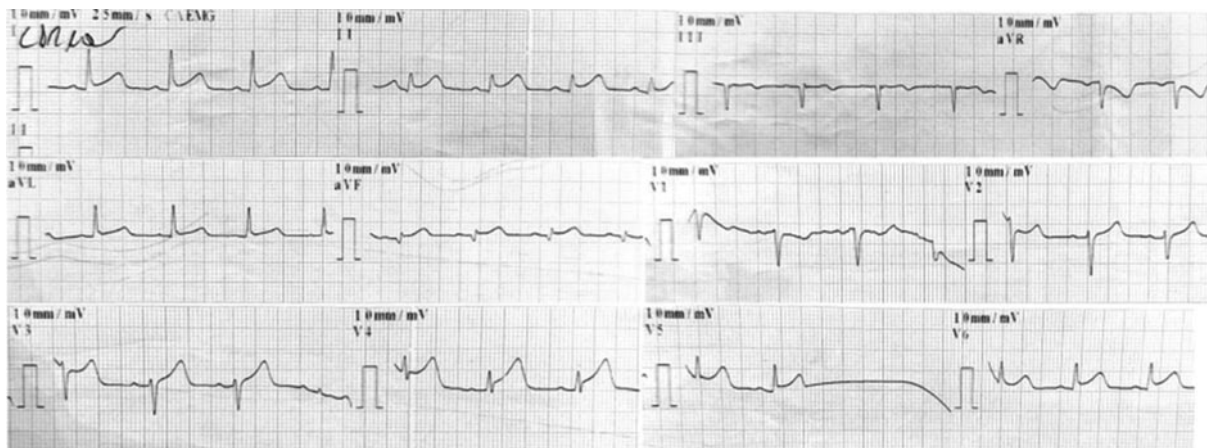


Figura 3: Electrocardiograma día uno post quirúrgico

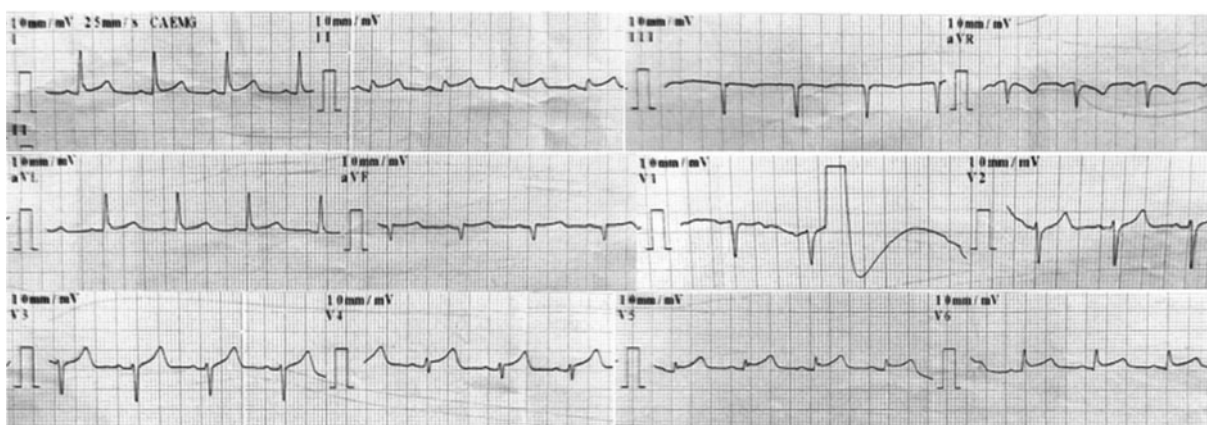


Figura 4: Electrocardiograma día tres post quirúrgico

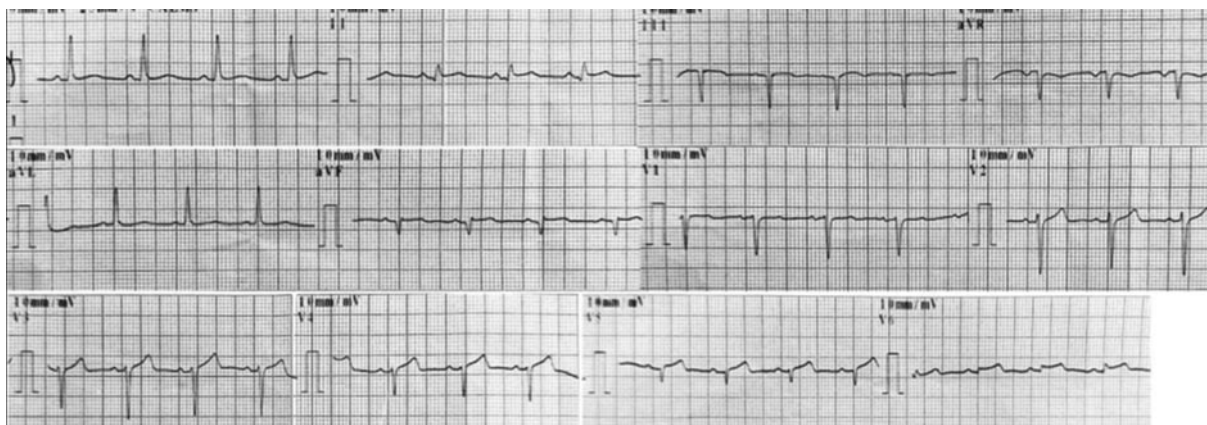
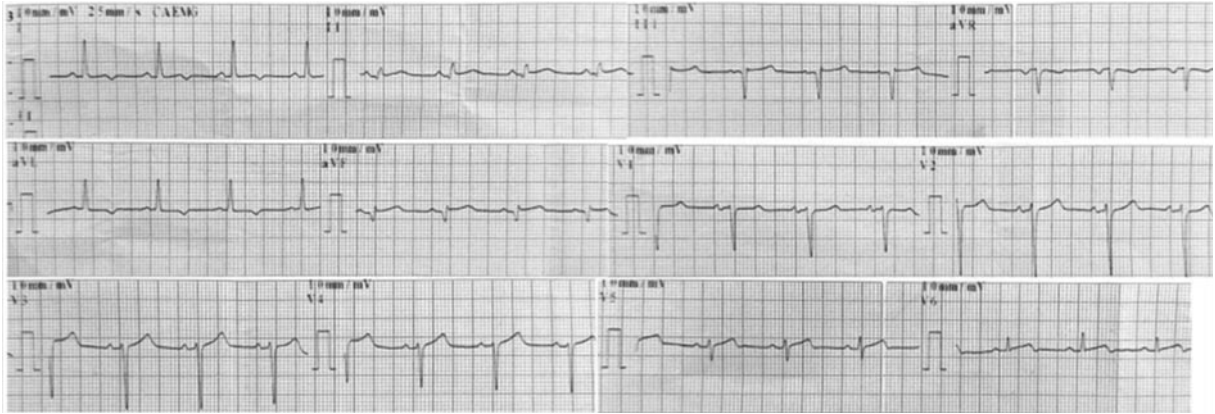


Figura 5: Electrocardiograma día seis post quirúrgico



Debemos reconocer que el diagnóstico diferencial entre la pericarditis aguda y la isquemia miocárdica postquirúrgica es difícil en muchas ocasiones. Si bien no ocurrió en el paciente presentado, los cambios electrocardiográficos de pericarditis son atípicos en el 40 % de los casos y los valores de corte de los biomarcadores de isquemia en las primeras horas no son claros.^{5,6} Esto hace que en algunos casos sea conveniente la realización de una coronariografía de urgencia para definir la conducta a seguir.²

La importancia del caso presentado radica en objetivar que la diferencia entre pericarditis e isquemia miocárdica aguda debe establecerse desde el momento en que el paciente abandona el quirófano, cuando hay indicios que las hagan sospechar.

Dado los escasos datos existentes en la literatura sobre

el momento de comienzo de la pericarditis postcirugía cardíaca sería conveniente un relevamiento suficientemente extenso como para precisarlo.

Conclusiones:

Los cambios electrocardiográficos son uno de los parámetros más tempranos y significativos para detectar complicaciones en el postoperatorio de una cirugía cardíaca, aunque a pesar de su alta sensibilidad, cuenta con una baja especificidad. La importancia de este caso consiste en ubicar a la pericarditis dentro de los diagnósticos posibles de alteración del ECG desde que el paciente operado cardíaco sale de quirófano.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía:

1. Le Winter MM, Tischler MD. *Pericardial disease, Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.

2. Gentili M, Bonaccorsi H. Pericarditis aguda en las primeras horas luego de una cirugía cardíaca. Una necesaria y urgente diferencia con la isquemia miocárdica. *Rev Fed Arg Cardiol*. 2024;53:46-48.

3. Calabrese GV, Doglioti A, Bonaccorsi H. Pericarditis precoz en el postoperatorio de cirugía cardiovascular. *Rev Fed Arg Cardiol*. 2002;31:303-308.

4. Busada MA, Cody J, Cormican D. Hyperacute postpericardiotomy pericarditis following coronary artery

bypass grafting. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2019;33:1799-1800.

5. Barthe BM. Liberación de troponina T ultrasensible luego de cirugía de revascularización miocárdica. *Anuario (Fund. Dr. J. R. Villavicencio)*. 2025;32. Disponible en <https://villavicencio.org.ar/anuario/32-liberacion-de-troponina>

6. Spodick DH. Pericarditis, pericardial effusion, cardiac tamponade and constriction. *Crit Care Clin*. 1989;5:455-476.