

Pleuropericarditis aguda recidivante tras vacunación frente a SARS-CoV-2

Marina Jara-Vidal¹  y Ángela García-de Oro² ¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, España²Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, España

Recibido: 04/07/2022

Aceptado: 17/03/2023

En línea: 30/04/2023

Citar como: Jara-Vidal M, García-de Oro Á. Pleuropericarditis aguda recidivante tras vacunación frente a SARS-CoV-2. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (abril); 8 (1): 43-45. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n1a14>.**Cite this as:** Jara-Vidal M, García-de Oro Á. *Recurring acute pleuropericarditis after vaccination against SARS-CoV-2*. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (April); 8 (1): 43-45. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n1a14>.Autor para correspondencia: Marina Jara Vidal. marinajaravidal@hotmail.com

Palabras clave

- Pericarditis
- Vacunación
- COVID-19
- SARS-CoV-2

Resumen

La pericarditis aguda consiste en la inflamación del pericardio. Suele cursar con dolor torácico asociado a cambios en el electrocardiograma y puede acompañarse de derrame pericárdico y roce pericárdico. La forma de presentación más frecuente es autolimitada, pero hasta un 30 % de los casos presentan recurrencias. El tratamiento está basado en reposo y antiinflamatorios esteroideos. Esta patología constituye uno de los efectos adversos a tener en cuenta en la vacunación frente al SARS-CoV-2. Presentamos el caso de un varón de 68 años con pleuropericarditis aguda recidivante tras vacunación con Moderna.

Keywords

- Pericarditis
- Vaccination
- COVID-19
- SARS-CoV-2

Abstract

Acute pericarditis consists of inflammation of the pericardium. It usually appears with chest pain associated with changes in the electrocardiogram and may be accompanied by pericardial effusion and pericardial rub. The most common form of presentation is self-limited, but up to 30 % of cases have recurrences. Treatment is based on rest and steroidal anti-inflammatories. This disease is one of the adverse effects that should be taken into account on vaccination against SARS-CoV-2. We showcase here the case of a 68-year-old man with recurrent acute pleuropericarditis after COVID-19 vaccination with Moderna.

Puntos destacados

- La pericarditis aguda es la patología más frecuente del pericardio. Suele presentarse de forma autolimitada, pero puede acompañarse de complicaciones agudas y ser recurrente.
- La vacunación frente al SARS-CoV-2 ha de incluirse en el diagnóstico diferencial de esta entidad.

Introducción

La enfermedad producida por SARS-CoV-2 continúa en constante investigación y pese a que en un inicio se consideró una patología de predominio respiratorio, se ha demostrado que presenta repercusión a nivel sistémico, afectando entre otros, al sistema cardiovascular¹. Tras conseguir diferentes vacunas que han disminuido la incidencia a nivel mundial, actualmente nos enfrentamos a sus efectos adversos, para los cuales, existen pocos estudios y constituye un nuevo campo de investigación.

A continuación, comunicamos un caso sobre pleuropericarditis aguda recidivante tras vacunación frente al SARS-CoV-2. La pericarditis se ha descrito como un efecto secundario infrecuente en adultos y adolescentes, pese a que no se observaron durante los ensayos realizados de la misma¹.

Caso clínico

Antecedentes y enfermedad actual

Presentamos el caso de un varón de 68 años con antecedentes de asma y dislipemia, que una semana después de recibir la segunda dosis de la vacuna frente al SARS-CoV-2 (Moderna), comenzó con clínica de astenia generalizada. A los pocos días, acudió al Servicio de Urgencias por disnea, taquicardia y dolor torácico, de localización centro-torácica con irradiación hacia la espalda y exacerbación con la inspiración profunda y la tos, sin saber precisar si se modificaba con el decúbito o la sedestación.

Exploración física y pruebas complementarias

En Urgencias, el paciente presentaba buen estado general, encontrándose afebril con temperatura de 36.1°C, eupneico en reposo con saturación de oxígeno basal de 97 % y frecuencia cardíaca de 106 lpm. La auscultación cardiopulmonar era rítmica, sin soplos ni rones audibles y murmullo vesicular conservado; sin otros datos de interés en la exploración.

Se le realizó ECG de 12 derivaciones con elevación cóncava del segmento ST difuso más marcado en cara inferior (**figura 1**). Se diagnosticó de Pericarditis

Aguda y se decidió reposo y tratamiento ambulatorio con ácido acetilsalicílico (AAS) y colchicina.

Diagnóstico

Pleuropericarditis aguda recidivante tras vacunación frente a SARS-CoV-2.

Evolución

Nuestro paciente, fue valorado posteriormente en consultas de Cardiología, donde se le realizó un ecocardiograma en el que se confirmó derrame pericárdico de 17 mm.

A la cuarta semana de la Pericarditis comenzó con fiebre. Se realizó un nuevo ecocardiograma en el que persistía el derrame pericárdico y elevación de Dímero D a 3000 mcg/l (45-500 mcg/l), por lo que se realizó un angio-TC torá-

cico que descartó tromboembolismo pulmonar y evidenció derrame pleural izquierdo (**figura 2**). Se decidió continuar el estudio en Consulta de Enfermedades Infecciosas e iniciar tratamiento con azitromicina.

En la analítica de control se observó un aumento del Dímero D a 5000 mcg/l (45-500 mcg/l) y descenso de los reactantes de fase aguda (RFA). Desde entonces persistía con picos febriles intermitentes de predominio nocturno y artromialgias generalizadas junto a cefalea asociada, sin pérdida de visión ni diplopía. No presentaba odinofagia, otalgia ni disnea; negaba dolor abdominal, náuseas y vómitos y su hábito intestinal estaba conservado. No había realizado viajes ni había estado en contacto con animales y no recordaba haber presentado picaduras de insectos recientemente.

Posteriormente, presentó nuevo episodio del dolor torácico junto a fiebre, por lo que se decidió ingreso hospitalario en Unidad de Enfermedades Infecciosas para continuar el estudio. Se realizó ecocardiograma transtorácico objetivándose

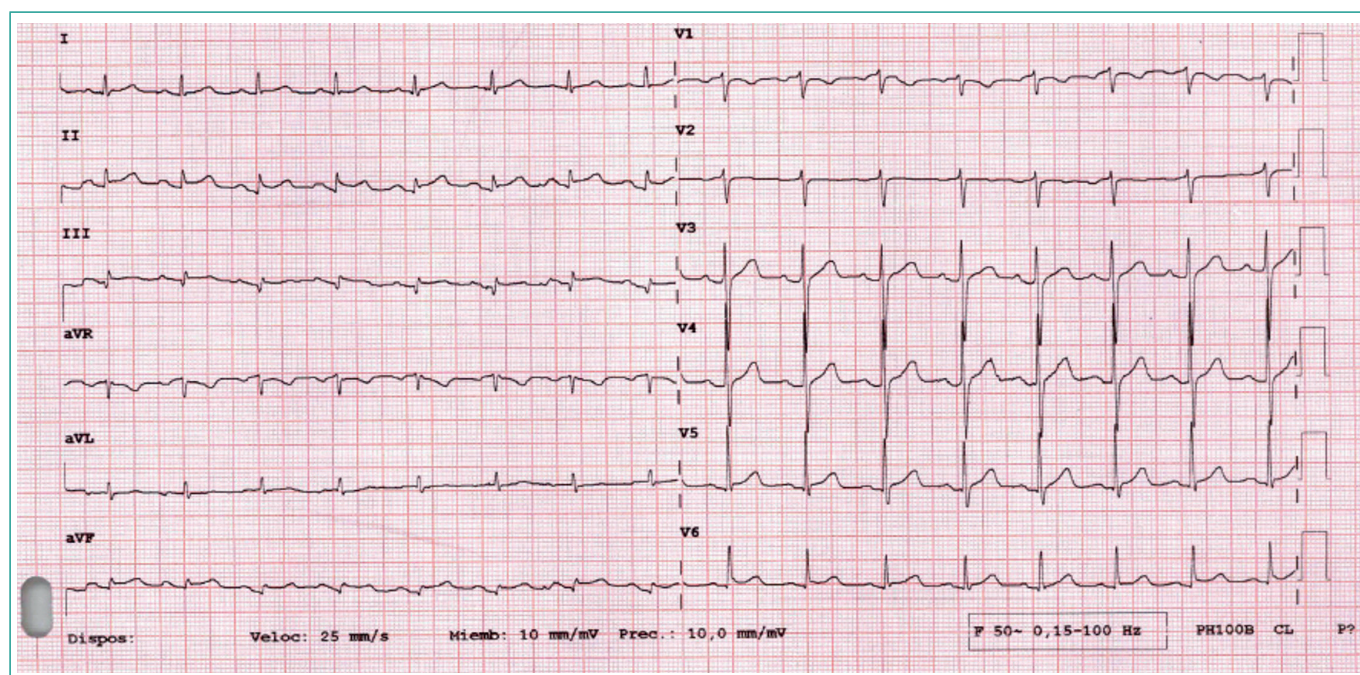


Figura 1. ECG realizado en Urgencias. Elevación difusa del segmento ST, de predominio en cara inferior.

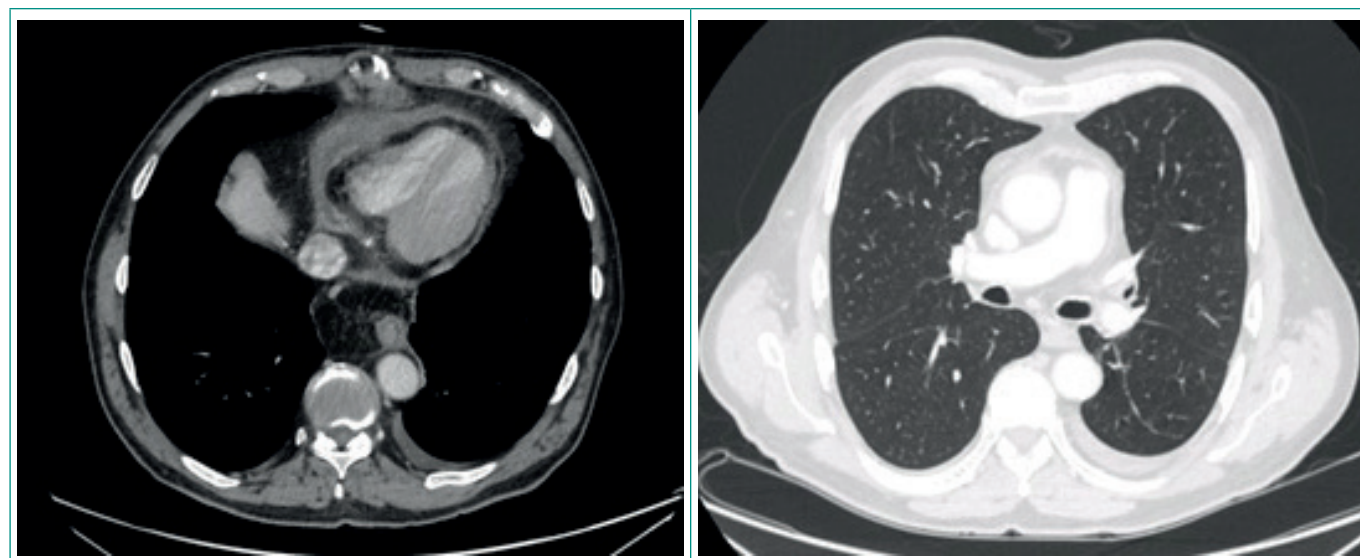


Figura 2. TAC de tórax con contraste. Derrame pericárdico (izq.), derrame pleural izquierdo (dcha.).

derrame pericárdico ligero con ecos en su interior de aspecto ya organizado (4-5 mm) vs engrosamiento ligero pericárdico con distribución circunferencial. Estudio serológico y autoinmune negativo. Por persistencia de fiebre y RFA elevados se inició Baricitinib.

El cuadro clínico impresionó de tormenta de citoquinas secundario a la vacunación con predominio de pericarditis constrictiva, con diagnóstico final de Pleuropericarditis aguda recidivante en relación con vacunación frente a SARS-CoV-2, y resolución del derrame pericárdico.

Respecto al tratamiento, inicialmente se pautó reposo y tratamiento con AAS 500 mg en pauta descendente, 1000 mg cada 8 horas (3000 mg al día) durante una semana, con disminución gradual de 500 mg cada semana hasta alcanzar dosis de 500 mg al día y colchicina 0.5 mg cada 12 horas, ambos durante 6 meses.

Tras la disminución paulatina de AAS, al presentar de nuevo sintomatología de pericarditis aguda y persistencia de RFA y dímero D elevados, se volvió a aumentar la dosis de AAS a 500 mg cada 8 horas a los dos meses del primer episodio. Al tercer mes, tras similares resultados analíticos, se asoció Baricitinib 4 mg durante un mes y medio y se disminuyó AAS a 500 mg cada 12 horas y posteriormente cada 24 horas hasta completar 6 meses de tratamiento.

La colchicina se mantuvo a dosis de 0.5 mg cada 12 horas durante 6 meses y posteriormente, en la última revisión de Cardiología, se decidió mantenerla 6 meses más.

Finalmente, en ecocardiograma de control se observó la resolución del derrame pericárdico junto a la mejoría de la clínica acompañante.

Discusión y conclusiones

La pericarditis aguda consiste en la inflamación del pericardio. Si se acompaña de inflamación pleural podemos utilizar el término pleuropericarditis². La etiología más frecuente es la viral. No obstante, como la causa no modifica el tratamiento ni el pronóstico, en numerosas ocasiones no se busca la causa y la mayoría se catalogan de idiopáticas.

No se ha establecido de manera estricta la fisiopatología de la pericarditis por COVID-19 o tras la vacunación frente a la misma. La principal teoría es secundaria a la respuesta inflamatoria sistémica, así como la cascada de citoquinas proinflamatorias (IL-6, TGF-beta), el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) e inmunomoduladores relacionados con las mismas mediante la vía de la angiotensina II, provocando todo ello, un gran estímulo inflamatorio y fibrótico en el pericardio².

La manifestación clínica principal es el dolor torácico retroesternal, irradiado a cuello y hombros, que empeora con la inspiración profunda, la tos y el decúbito y mejora con la sedestación. Puede ir precedida de cuadro catarral. Un hallazgo muy característico de la exploración física es el roce pericárdico, que es audible hasta en el 85 % de los pacientes durante el curso de su enfermedad y se caracteriza por su modificación con los cambios de posición². Se han descrito casos de pericarditis en pacientes con infección por SARS-CoV-2, así como tras su vacunación. No obstante, es importante remarcar que la pericarditis tras la infección es más frecuente que la que ocurre como efecto adverso a la vacunación³.

El diagnóstico se realiza con al menos dos de los siguientes criterios: dolor torácico característico, roce pericárdico, electrocardiograma sugestivo de pericarditis o presencia de derrame pericárdico. La prueba complementaria más sensible es la resonancia magnética cardíaca, donde se observaría el realce tardío del pericardio, aunque no se recomienda su uso de forma rutinaria^{4,5,6}.

El tratamiento consiste en reposo y antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno o ácido acetilsalicílico) cada 6-8 horas durante al menos una semana, para después continuar con una pauta reductora hasta finalizar a las tres semanas. Se ha demostrado que añadir colchicina al tratamiento previene las recidivas. Para disminuir estas últimas, es importante evitar los corticoides, excepto en casos refractarios o etiología autoinmune⁴.

Aproximadamente, un 30 % de los pacientes presentan recurrencias. La mayoría padecen una sola recidiva en las primeras semanas tras el primer episodio, aunque algunos pueden sufrir brotes repetidos durante meses o años⁵.

Como conclusión, los estudios realizados hasta el momento determinan un número mínimo pero presente de eventos adversos graves posteriores a la vacunación frente al SARS-CoV-2. Dichos efectos indeseables precisan un diagnóstico precoz y un manejo clínico correcto para evitar futuras secuelas. Aun así, es fundamental tener en cuenta que los resultados obtenidos establecen un beneficio de la vacunación superior al riesgo en todos los grupos de edad de la población.

Bibliografía

1. Pepe S, Gregory AT, Denniss AR. Myocarditis, Pericarditis and Cardiomyopathy After COVID-19 Vaccination. *Heart Lung Circ.* 2021; 30(10): 1425-1429. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2021.07.011> (último acceso mar. 2023).
2. Eiros R, Barreiro-Pérez M, Martín-García A, Almeida J, Villacorta E, Pérez-Pons A et al; en representación de los investigadores CCC (cardiac COVID-19 healthcare workers). Afección pericárdica y miocárdica tras infección por SARS-CoV-2: estudio descriptivo transversal en trabajadores sanitarios. *Rev Esp Cardiol.* 2022;75(9):735-747. doi: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.10.021> (último acceso feb. 2023).
3. Block JP, Boehmer TK, Forrest CB, Carton TW, Lee GM, Ajani UA, et al. Cardiac Complications After SARS-CoV-2 Infection and mRNA COVID-19 Vaccination - PCORnet, United States, January 2021-January 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022; 71(14): 517-523. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7114e1> (último acceso feb. 2023).
4. Rodríguez JL. Grupo Científico DTM. GREEN BOOK. Diagnóstico y Tratamiento Médico. Marban (Eds). Madrid. 2019.
5. Chiabrando JG, Bonaventura A, Vecchié A, Wohlford GF, Mauro AG, Jordan JH, et al. Management of Acute and Recurrent Pericarditis: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 2020; 75(1): 76-92. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.11.021> (último acceso mar. 2023).
6. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J et al; ESC Scientific Document Group. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J.* 2015; 36(42): 2921-2964. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv318> (último acceso mar. 2023).