

Un corazón rodeado. Derrame pericárdico circunferencial masivo asociado a síndrome autoinflamatorio juvenil. Reporte de caso

Daniel Grados Saso¹
Laura Bolea Laderas²
Ana M Martínez Royo¹
Christian A Castillo Flores¹
Patricia Irigaray Sierra¹

Correspondencia

Daniel Grados-Saso
dgrados@salud.aragon.es

¹Cardiología. Hospital de Barbastro (Huesca). España.

²Medicina Interna. Hospital de Barbastro (Huesca). España.

Recibido: 29/07/2025

Aceptado: 23/02/2026

Publicado: 30/04/2026

Citar como: Grados Saso D, Bolea Laderas L, Martínez Royo AM, Castillo Flores Ch, Irigaray Sierra P. Un corazón rodeado. Derrame pericárdico circunferencial masivo asociado a síndrome autoinflamatorio juvenil. Reporte de caso. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2026 Abr; 9 (1): 23-26. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v9n1a4>.

Cite this as: Grados Saso D, Bolea Laderas L, Martínez Royo AM, Castillo Flores Ch, Irigaray Sierra P. Encircled heart. Massive circumferential pericardial effusion associated with juvenile autoinflammatory syndrome. Case report. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2026 Apr; 9 (1): 23-26. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v9n1a4>.

Palabras clave

- ▷ Pericarditis.
- ▷ Derrame.
- ▷ Artritis.
- ▷ Pericarditis con fibrina.
- ▷ Caso clínico.

Keywords

- ▷ Pericarditis.
- ▷ Effusion.
- ▷ Arthritis.
- ▷ Fibrin pericarditis.
- ▷ Case report.

RESUMEN

La artritis idiopática juvenil es una enfermedad inflamatoria sistémica poco frecuente. La pericarditis es una manifestación clínica conocida pero que puede resultar en complicaciones como taponamiento cardíaco o pericarditis constrictiva. Se presenta el caso de un paciente con pericarditis aguda con derrame pericárdico severo asociado a clínica de artritis y rash cutáneo, con diagnóstico final de artritis idiopática juvenil, instaurándose tratamiento con fármacos anti-L1 con buena evolución.

ABSTRACT

Juvenile idiopathic arthritis is a rare systemic inflammatory disease. Serositis is a well-known clinical manifestation but may result in complications such as cardiac tamponade or constrictive pericarditis. We present the case of a patient with acute pericarditis with severe pericardial effusion associated with clinical signs of arthritis and skin rash, with a final diagnosis of juvenile idiopathic arthritis, who was treated with anti-L1 with good evolution.

Introducción

Presentamos un caso de derrame pericárdico organizado como manifestación de artritis idiopática juvenil en un paciente de 14 años. Este tipo de derrame habitualmente es una enfermedad infrecuente, pero en niños es excepcional.

Información clínica del paciente

Paciente de 14 años. Sin hábitos tóxicos ni antecedentes familiares de interés. Con antecedentes personales de ectasia renal derecha congénita controlada en consultas externas de urología y sinostosis subastragalina izquierda en seguimiento por la Unidad de Rehabilitación.

Ingresa por un cuadro clínico de dos semanas de evolución de artritis de ambas rodillas y dolor centrotorácico opresivo no irradiado que empeora con los mo-

vimientos respiratorios y los cambios posturales, acompañado de fiebre persistente de hasta 39 °C a pesar del antitérmico (paracetamol). Presenta además un llamativo rash cutáneo en la región dorsal.

En Urgencias se realiza una analítica sanguínea, donde se aprecia elevación de marcadores de fase aguda (PCR 15 mg/dL), coagulopatía (actividad de protrombina del 49%), leucocitosis y neutrofilia. En el trazado del ECG presenta una supradesnivelación difusa cóncava del segmento ST (Figura 1) y en la radiografía de tórax presentaba una importante cardiomegalia (Figura 2).

En el ecocardiograma se apreciaba un derrame pericárdico organizado circunferencial de contenido ecorrefringente, con múltiples tractos lineales de capa visceral a parietal (Videos 1 a 5). El derrame era severo, con separación de hojas de 22 mm a nivel anteroapical, 18 mm anterior a ventrículo izquierdo y 19 mm a nivel retroauricular derecho. No había variaciones respiratorias significativas de los flujos de las válvulas auriculoventriculares (Figuras 3 y 4) ni de las venas pulmonares (Figura 5).

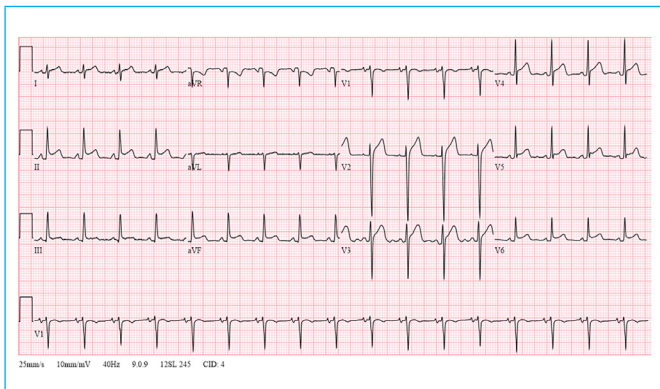
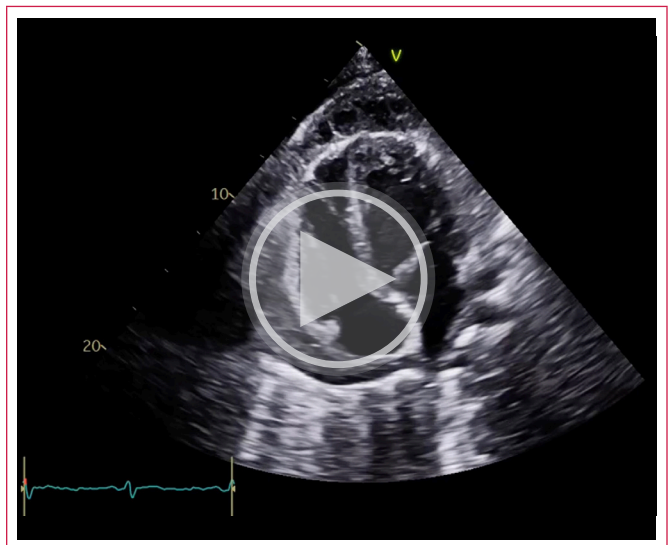


Figura 1. ECG al ingreso: supradesnivelación difusa cóncava del segmento ST sugestiva de pericarditis.



Vídeo 2. ETT al ingreso. Plano apical de cuatro cámaras centrado en cavidades derechas. Derrame pericárdico circunferencial de contenido ecorrefringente, con múltiples tractos lineales.

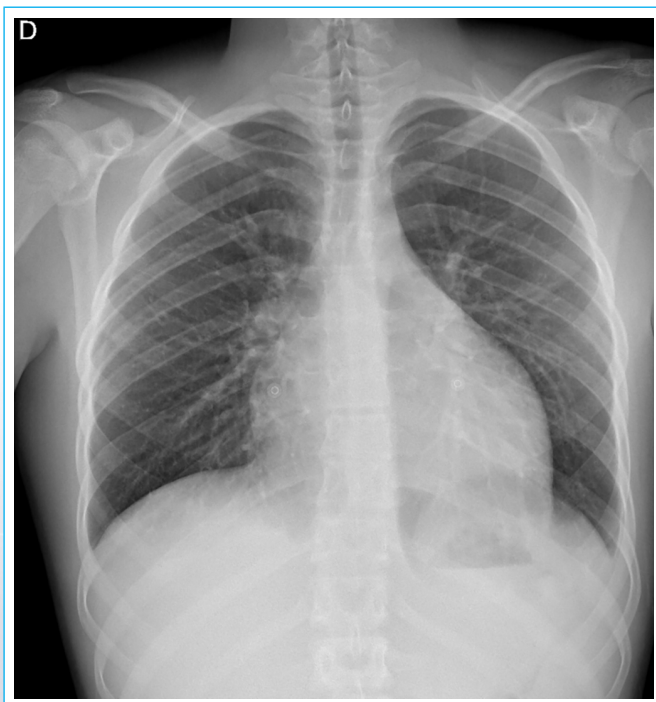
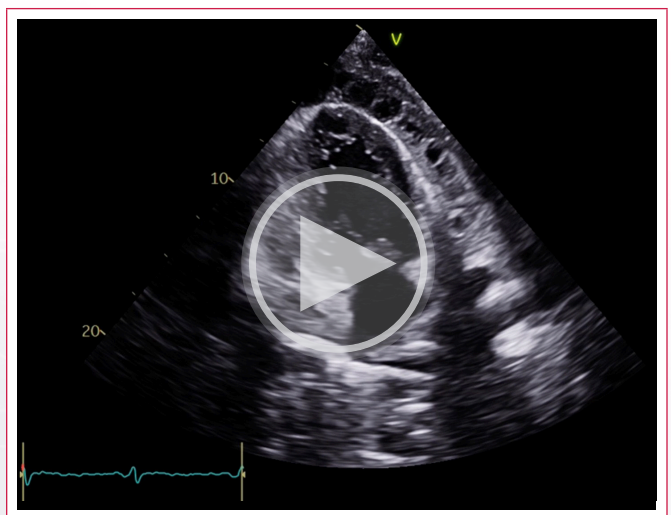
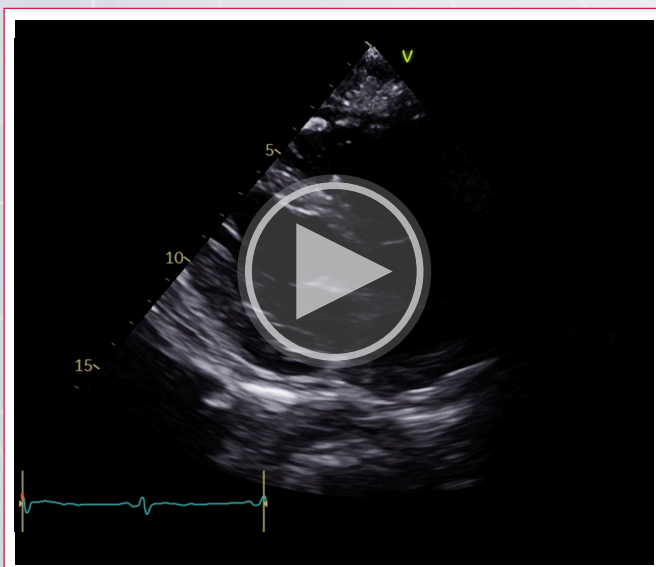


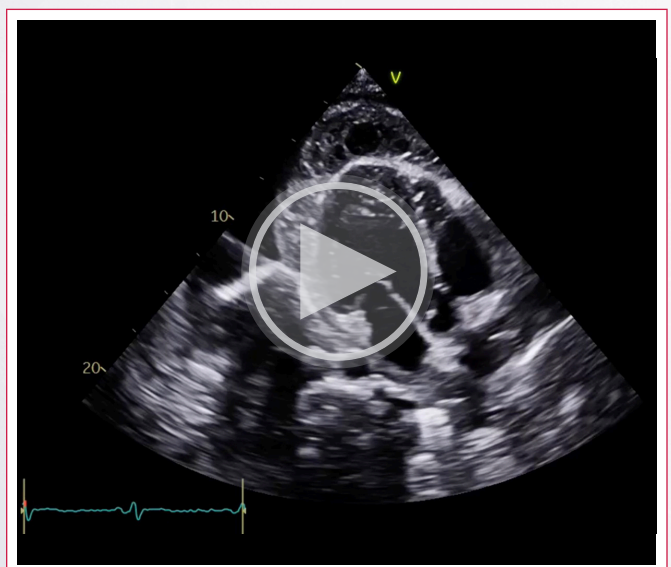
Figura 2. Radiografía de tórax al ingreso: cardiomegalia.



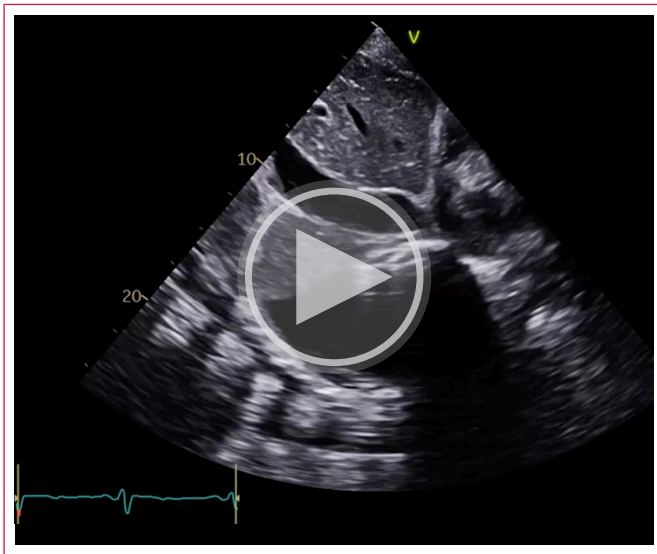
Vídeo 3. ETT al ingreso. Plano apical de dos cámaras.



Vídeo 1. ETT al ingreso. Plano paraesternal sin claras alteraciones.



Vídeo 4. ETT al ingreso. Plano apical de tres cámaras.



Video 5. ETT al ingreso. Plano subcostal centrado en la vena cava inferior con colapso inspiratorio. Derrame pericárdico y derrame pleural.

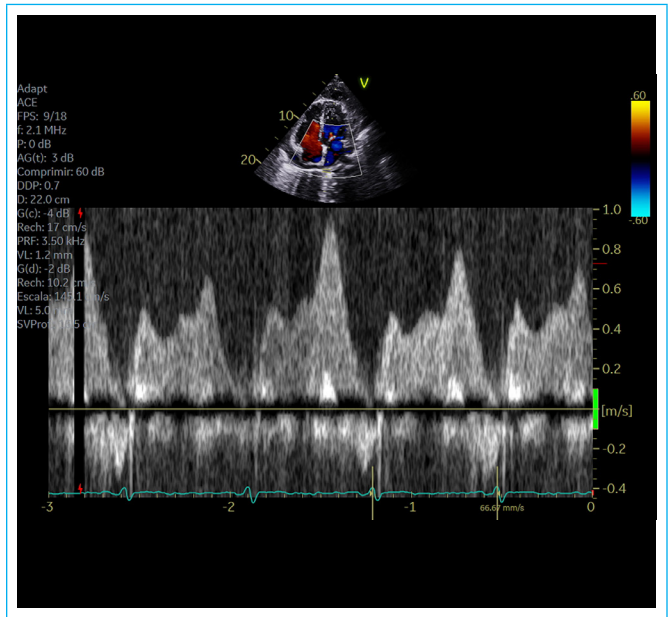


Figura 5. Flujo en la vena pulmonar inferior derecha.

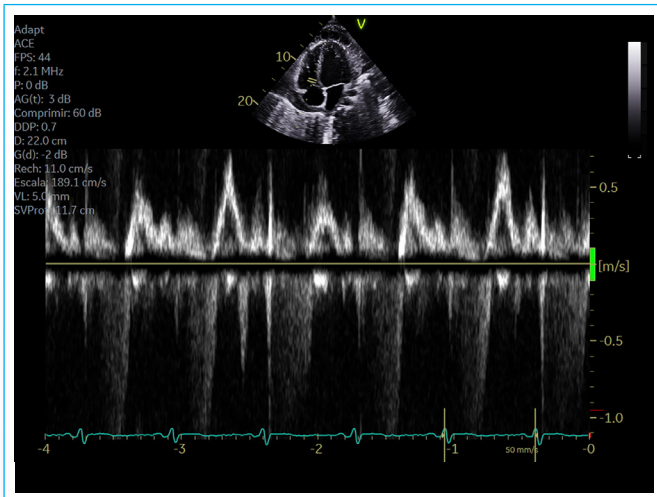


Figura 3. Doppler pulsado transtricuspídeo. Ausencia de variaciones respiratorias significativas de velocidad de la onda E.

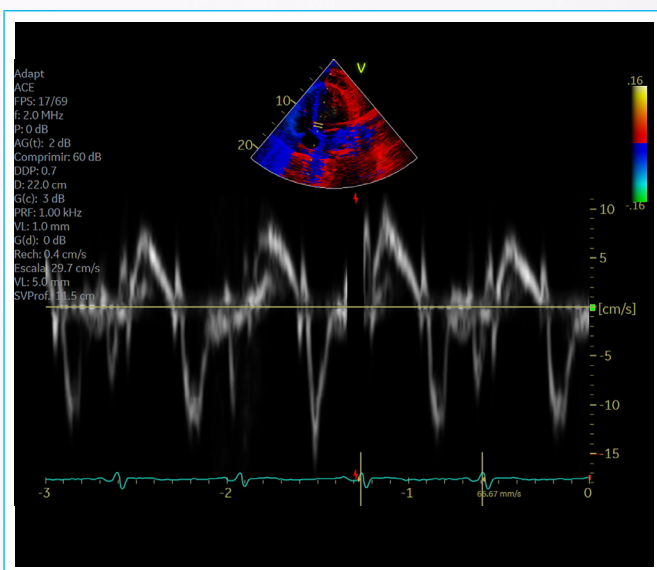


Figura 4. Doppler tisular del anillo mitral.

Evolución clínica

El estudio permite hacer el diagnóstico de pericarditis aguda. Se inicia tratamiento con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas en pauta descendente y colchicina 0,5 mg con mejoría de la fiebre y dolor torácico.

Se realiza toracocentesis diagnóstica y evacuadora del derrame pleural con salida de 1300 mL de líquido ambarino y bioquímica compatible con trasudado.

Se completó el estudio etiológico, descartando procesos linfoproliferativos e infecciosos (incluido despistaje de tuberculosis). El paciente es valorado por Reumatología, que establece el diagnóstico de síndrome autoinflamatorio (artritis idiopática juvenil) y pauta un tratamiento dirigido con un fármaco biológico (anti-IL1) subcutáneo.

La respuesta al tratamiento es favorable, con resolución progresiva del derrame pericárdico y normalización de las alteraciones del ECG (**Figura 6**) y de la radiografía de tórax (**Figura 7**).

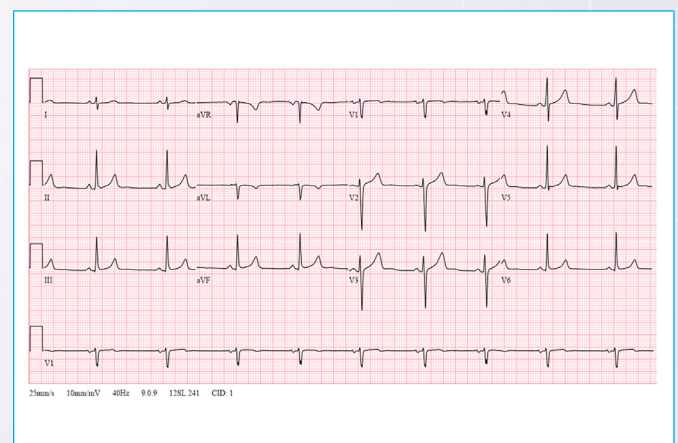


Figura 6. ECG de seguimiento. Resolución de las alteraciones de la repolarización.



Figura 7. Radiografía de tórax de seguimiento. Normalización con resolución de la cardiomegalia.

Discusión

La artritis idiopática juvenil es una enfermedad inflamatoria sistémica poco frecuente con una incidencia de 10 casos por cada 100.000 pacientes¹. La presentación clínica característica consiste en la tríada de fiebre, artritis y exantema cutáneo. La serositis es una manifestación clínica conocida pero menos común de esta entidad. La pericarditis se presenta en un 3-20% de los casos² y puede resultar en complicaciones como taponamiento cardíaco o pericarditis constrictiva³. La asociación con síntomas extracardíacos como la artritis o el rash cutáneo, los antecedentes familiares de pericarditis o la fiebre periódica deben hacer sospechar una posible enfermedad autoinflamatoria de base y considerar la utilidad del tratamiento con fármacos anti-IL1, como en el caso de nuestro paciente⁴.

Conclusión

La artritis idiopática juvenil puede ser una causa de derrame pericárdico significativo. En ocasiones puede evolucionar a taponamiento y constrictión pericárdica.

Ideas para recordar

- La presencia de derrame pericárdico en un paciente joven con manifestaciones extracardíacas debe hacer pensar en una enfermedad autoinflamatoria de base.
- Ante un derrame pericárdico severo se deben valorar siempre los datos ecocardiográficos de presencia de taponamiento cardíaco.

- Los derrames crónicos y con abundante contenido en fibrina pueden evolucionar a constrictión pericárdica, que en ocasiones puede ser transitoria en el proceso de resolución del derrame.

Fuente de financiación

Los autores declaran que no existió ningún tipo de financiación para este estudio.

Declaración CARE

Este reporte de caso se elaboró de acuerdo con las CARE *Case Report Guidelines*.

Consentimiento informado

Los autores confirman que se obtuvo consentimiento informado para la publicación del caso, incluidas las imágenes y el texto asociado, de conformidad con las directrices del COPE y que se garantizó la anonimización de la información clínica. Cuando esto no haya sido posible, se aplicará una anonimización estricta y el comité editorial comprobará que el riesgo de identificación sea mínimo antes de considerar la publicación.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen relaciones de interés comercial o personal dentro del marco de la investigación que condujo a la producción del reporte de caso.

Bibliografía

1. Hedrich CM, Günther C, Aringer M. Morbus Still im Kindes- und Erwachsenenalter (Still's disease in children and adults). *Z Rheumatol*. 2017;76(7):595-608. <https://doi.org/10.1007/s00393-017-0358-5>
2. Efthimiou P, Kontzias A, Hur P, Rodha K, Ramakrishna GS, Nakasato P. Adult-onset Still's disease in focus: Clinical manifestations, diagnosis, treatment, and unmet needs in the era of targeted therapies. *Semin Arthritis Rheum*. 2021;51(4):858-874. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2021.06.004>
3. Farooq Sheikh AS, Marks J, Hopkinson N. Adult-onset Still's disease with prominent polyserositis. *Scott Med J*. 2018;63(2):63-66. <https://doi.org/10.1177/0036933018760763>
4. Cantarini L, Lucherini OM, Brucato A, Barone L, Cumetti D, Iacoponi F, *et al*. Clues to detect tumor necrosis factor receptor-associated periodic syndrome (TRAPS) among patients with idiopathic recurrent acute pericarditis: results of a multicentre study. *Clin Res Cardiol*. 2012;101:525-31. <https://doi.org/10.1007/s00392-012-0422-8>