CASOS CLÍNCOS

EDICIONES Universidad Valladolid

DEL BYPASS AORTOCORONARIO AL SÍNDROME POSTPERICARDIOTOMÍA

FROM CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING TO POSTPERICARDIOTOMY SYNDROME

Cecilia Bombín Escribano[1].

[1]: Academia de Alumnos Internos, Universidad de Valladolid, 47005 Valladolid, Spain

Aceptado: 08/11/2026
Recibido: 13/08/2026

Correspondencia: cecibomes5@gmail.com

DOI: 10.24197/zk2kmf51

El caso a analizar que se presenta supone una poliserositis postquirúrgica por síndrome postpericardiotomía, complicación poco conocida pero relativamente frecuente tras intervenciones de bypass aortocoronario. Sin embargo, por el contexto y antecedentes del paciente, debemos realizar un amplio diagnóstico diferencial de las distintas posibles causas del cuadro clínico que presenta, para lo cual nos apoyaremos en las diferentes pruebas diagnósticas realizadas durante el estudio y en las diversas referencias bibliográficas consultadas.

The case presented for analysis suggests postoperative polyserositis due to postpericardiotomy syndrome, a relatively uncommon but nevertheless frequent complication following coronary artery bypass. However, given the patient's clinical context and medical history, a broad differential diagnosis of the various potential causes of the clinical presentation should be considered. To this end, we will rely on the different diagnostic tests performed during the work-up, as well as on the relevant references consulted in the literature.

PALABRAS CLAVE: Pericardio, Bypass aortocoronario, síndrome postpericardiotomía

KEYWORDS: pericardium, postpericardiotomy syndrome, coronary artery bypass grafting

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome postpericardiotomía constituye una entidad nosológica importante en pacientes con antecedentes de cirugía cardiaca y, por tanto, debemos conocerlo a la hora de enfrentarnos a la práctica médica diaria.

2. HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 61 años acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias el 29/10/2025 por disnea de moderados esfuerzos desde 10 días antes y edema en miembros inferiores. No refiere tos ni expectoración. No alega fiebre o febrícula, dolor torácico o palpitaciones acompañantes. No refiere pérdida de apetito, sí pérdida de peso (sin ser capaz de cuantificarla). No refiere cambios en la medicación recientes.
En cuanto a antecedentes personales de interés, presenta un buen estado funcional basal.
Niega alergias medicamentosas conocidas, así como otro tipo de alergias.
Presenta dislipemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y es exfumador desde 2018 como factores de riesgo cardiovascular. Niega otros hábitos tóxicos.
En cuanto a antecedentes personales médicos y quirúrgicos generales destacamos:

- Hipertiroidismo en tratamiento médico.
- Espondilitis anquilosante de 24 años de evolución de reciente diagnóstico grado IV.

Cabe destacar, como antecedentes cardiológicos de interés:

- Angina de esfuerzo estudiada mediante coronariografía en la que se observan lesiones significativas a nivel del tronco coronario izquierdo, arteria descendente anterior y coronaria derecha, por lo que se plantea tratamiento con triple bypass aortocoronario, realizándose el 18/08/2025.

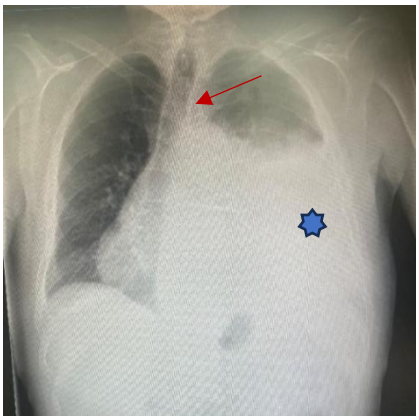
En la exploración física objetivamos TA: 109/79 mmHg, FC 90 lm, SatO2 100%, Tª 35,8 Cº.
En la auscultación cardiacapulmonar se encuentra rítmico, sin soplos ni extratonos, encontrando hipofonesis pulmonar izquierda.

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En cuanto a pruebas complementarias se solicita:

- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 86 lpm con voltajes bajos en derivaciones de miembros.
- Radiografía de tórax: Se muestra en **Figura 1**.
- Analítica sanguínea: los valores reseñables corresponden a TnIUS 6,8, PCR 70,9 y ProBNP 1635. Se solicita TSH.

Figura 1. Muestra radiografía de tórax donde presenciamos derrame pleural en hemitórax izquierdo (asterisco azul) con desplazamiento mediastínico hacia el lado contralateral (flecha roja).

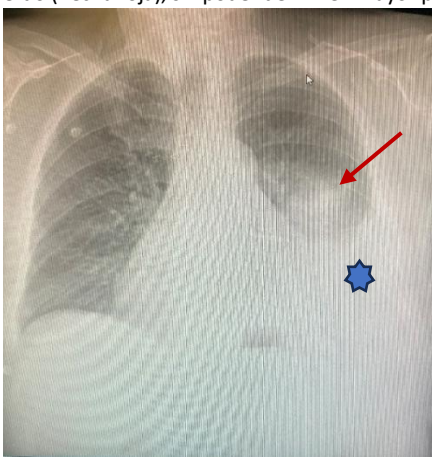


4. EVOLUCIÓN

Es valorado por Cardiología e ingresado en planta para estudio por derrame pleural y pericárdico, con sospecha inicial de poliserositis postquirúrgica y se valora toracocentesis diagnóstica/terapéutica. Se solicita a su vez ecocardiograma transtorácico reglado para valorar función cardiaca y descartar patología estructural. Se inician de forma empírica tratamiento antiinflamatorio con Ibuprofeno 600mg/8h y Colchicina 0,5 mg/24h.

Durante el ingreso, el paciente presenta una evolución favorable al tratamiento propuesto. La TSH solicitada anteriormente resulta normal. Se realiza ecocardiograma que revela la presencia de derrame pericárdico posterobasal leve, sin mayores anomalías reseñables. A su vez, se lleva a cabo la toracocentesis, liberándose 2,5 litros de líquido de aspecto serofibrinoso oscuro, concluyendo su análisis que presenta Glucosa 102 mg/dl, Proteínas 5,6 g/dl, LDH 105 U/l, ADA 10U/L, Hematíes 10.400, Leucocitos 1042 (mononucleares 97%). Se observan en la citología "in situ" algunas células con características atípicas sin poder confirmar malignidad. Por tanto, se concluye que el líquido pleural extraído constituye un exudado, sin claros signos de infección bacteriana, con presencia de células atípicas que precisa estudio más incisivo, por lo que se solicita examen por parte de Anatomía Patológica. En la radiografía de control tras la toracocentesis, se observa aumento de densidad local del lóbulo inferior izquierdo, mostrándose en **Figura 2.**

Figura 2. Muestra radiografía de tórax en la que encontramos una cardiomegalia en forma de bota sugestivo de derrame pericárdico, junto con derrame pleural izquierdo (asterisco azul), remanente tras la toracocentesis. Se objetiva aumento de densidad en lóbulo inferior izquierdo (flecha roja), sin poder definir en mayor profundidad sus características.



Por todo ello se solicita Tomografía Axial Computarizada torácica para descartar posible patología tumoral subyacente, que refiere derrame pleural bilateral con predominio izquierdo y derrame pericárdico, sin objetivarse lesiones parenquimatosas, pleurales, adenopáticas o mediastínicas.

5. DIAGNÓSTICO

Poliserositis en contexto de síndrome postpericardiotomía.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Por tanto, nos planteamos:

- Hipertiroidismo con mal control farmacológico (crisis tirotóxica):

La crisis tirotóxica es una patología infrecuente, pero en cuyo contexto clínico se han descrito casos de derrame pleural. En contraposición, no es su manifestación habitual; así como nuestro paciente tampoco presenta otros signos y síntomas propios de esta entidad endocrinológica.

- Espondilitis anquilosante de larga evolución y mal control farmacológico:

Esta enfermedad inflamatoria crónica articular presenta posibles manifestaciones a nivel pleuro-pulmonar. Lo más frecuente es la afectación restrictiva por cifoescoliosis, así como fibrosis de campus pulmonares superiores. Sin embargo, también han sido descritos casos de derrame pleural en relación al desarrollo de la enfermedad (1). En este caso, deberíamos plantearlo como un diagnóstico de exclusión, al haber causas más probables y acuciantes a resolver como posible origen del derrame.

- Derrame pleural de origen maligno:

El derrame pleural maligno constituye la segunda causa más frecuente de derrame pleural. Las características del líquido pleural en este supuesto son de exudado, en ocasiones de aspecto

serohemorrágico a la inspección macroscópica, con presencia de células atípicas o neoplásicas en la citología (2). En este caso no podemos descartar por completo esta entidad, debiendo de esperar a los resultados del estudio anatomopatológico para decidir actuaciones futuras. La densidad radiológica descrita en la *Imagen 2* es probable que se trate de un *tumor fantasma* tras derrame pleural, no objetivándose lesiones parenquimatosas en estudios posteriores con Tomografía Axial Computerizada.

- Síndrome postpericardiotomía en contexto de bypass aortocoronario:

El bypass aortocoronario es un tratamiento ampliamente reconocido para la enfermedad coronaria estable. Sin embargo, algunas de sus complicaciones son causa frecuente de derrame pleural y pericárdico en el contexto del postoperatorio (3). Así mismo, la técnica quirúrgica empleada influye, siendo más frecuente, en caso de utilizar la arteria mamaria interna en la intervención, si se realiza pleurotomía. Algunos estudios también apuntan a que la procedencia del injerto podría influir, siendo más frecuente el derrame con el empleo de la arteria mamaria interna que con la vena safena (4).

El síndrome postpericardiotomía constituye una de las causas más frecuentes de complicación tras la intervención, teniendo en cuenta tanto las complicaciones tempranas como tardías, cuya fisiopatología se debe a la liberación de antígenos miocárdicos a la circulación tras una lesión. Característicamente, se produce una lesión pleuropericárdica desencadenada por el daño mesotelial tras un procedimiento quirúrgico, generando secundariamente el componente autoinmunitario implicado en su patogenia. Concentraciones bajas de interleucina 8 y de productos de conversión del complemento (C3bi y C3), así como bajos niveles de hemoglobina y plaquetas previos a la cirugía, suponen factores de riesgo para sufrir este cuadro clínico. En diversos estudios, se observó la presencia de anticuerpos antisarcolema y antiendotelio en plasma en el 84% y 95% de pacientes con sospecha de esta complicación respectivamente (5).

Por el momento no existen criterios estandarizados para realizar el diagnóstico, siendo importante tener un alto índice de sospecha. Se requiere, por tanto, presentar un antecedente quirúrgico compatible junto con signos y síntomas concordantes con derrame pericárdico y pleural de características inflamatorias.

El tratamiento se basa en la instauración de fármacos antiinflamatorios, destacando entre ellos la colchicina (6).

Por tanto, el cuadro sindrómico de derrame pericárdico y pleural bilateral de nuestro paciente, tras las pruebas diagnósticas realizadas, entre las que destacamos los resultados arrojados por la toracocentesis, las radiografías de tórax pre y postoracocentesis y la tomografía axial computarizada, así como la temporalidad del cuadro y su respuesta al tratamiento pautado nos guían al diagnóstico de un posible síndrome postpericardiotomía. Sin embargo, dada la presencia de células atípicas en el exudado pleural, no se descarta la posibilidad de precisar estudios a mayores para caracterizar su origen, en función de los resultados que arrojase el examen anatomopatológico de las mismas.

7. Ética y Consentimiento informado

El caso expuesto no presenta conflicto de intereses. Así mismo, cuenta con la aprobación por parte del paciente en cuestión para su publicación.

Puntos destacados

El caso clínico expuesto muestra una patología no especialmente conocida que, por sus implicaciones, debemos de tener en cuenta a la hora de enfrentarnos a la práctica médica diaria. El síndrome postpericardiotomía supone, por tanto, una entidad nosológica importante en pacientes con antecedentes de cirugía cardiaca.

Bibliografía

1. Ferreiro L, Alvarez-Dobaño JM, Valdés L. Systemic diseases and the pleura. Arch Bronconeumol. 2011 Jul;47(7):361-70. doi: 10.1016/j.arbres.2011.02.010. Epub 2011 Apr 17. PMID: 21501914.

2. Ferreiro L, Suárez-Antelo J, Valdés L. Malignant Pleural Effusion Management. Arch Bronconeumol (Engl Ed). 2021 Jan;57(1):7-8. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2020.05.037. Epub 2020 Jul 2. PMID: 32624211.

3. Ferreiro L, González-Barcala FJ, Valdés L. Derrame pleural tras la cirugía de revascularización mediante derivación aortocoronaria [Pleural effusion following aorto-coronary bypass revascularization surgery]. Med Clin (Barc). 2012 Mar 24;138(7):300-5. Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2011.07.008. Epub 2011 Sep 21. PMID: 21939989.

4. Lehto J, Kiviniemi T. Postpericardiotomy syndrome after cardiac surgery. Ann Med. 2020 Sep;52(6):243-264. doi: 10.1080/07853890.2020.1758339. Epub 2020 May 2. PMID: 32314595; PMCID: PMC7877990.

5. Maisch B, Seferović PM, Ristić AD, Erbel R, Rienmüller R, Adler Y, Tomkowski WZ, Thiene G, Yacoub MH; Grupo de Trabajo para el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades del Pericardio de la Sociedad Europea de Cardiología. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. Versión resumida [Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases. Executive summary]. Rev Esp Cardiol. 2004 Nov;57(11):1090-114. Spanish. doi: 10.1016/s0300-8932(04)77245-0. PMID: 15544758.

6. Mack DR, Cahoon WD Jr, Lowe DK. Colchicine for the primary prevention of the postpericardiotomy syndrome. Ann Pharmacother. 2011 Jun;45(6):803-6. doi: 10.1345/aph.1Q112. Epub 2011 Jun 7. PMID: 21652788.