



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**PERICARDITIS CONSTRICTIVA CALCIFICADA CON  
TROMBOSIS DE VENA CAVA SUPERIOR Y VENA  
INNOMINADA. REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: ERIKA ELIZABETH MEDINA TOLEDO**

**DIRECTOR: DR. JORGE EDUARDO ÀVILA NARVÀEZ**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**PERICARDITIS CONSTRICTIVA CALCIFICADA CON  
TROMBOSIS DE VENA CAVA SUPERIOR Y VENA  
INNOMINADA. REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: ERIKA ELIZABETH MEDINA TOLEDO**

**DIRECTOR: DR. JORGE EDUARDO ÀVILA NARVÀEZ**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Yo, Erika Elizabeth Medina Toledo portador de la cédula de ciudadanía No. 1105368870. Declaro ser el autor de la obra: "Pericarditis constrictiva calcificada con trombosis de vena cava superior y vena innominada. Reporte de caso", sobre el cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 04 de diciembre de 2025

F: \_\_\_\_\_

**Erika Elizabeth Medina Toledo**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "Pericarditis constrictiva calcificada con trombosis de vena cava superior y vena innominada. Reporte de caso" realizado por, Erika Elizabeth Medina Toledo con documento de identidad No. 1105368870, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 04 de diciembre de 2025



Firmado electrónicamente por:  
JORGE EDUARDO ÁVILA  
NARVAEZ

F: \_\_\_\_\_

**Jorge Eduardo Ávila Narváez**

**DIRECTOR / TUTOR**

## DEDICATORIA

A mi madre, quien ha sido mi mayor ejemplo de fortaleza, siempre fue y será uno de mis pilares más importantes. A lo largo de este arduo camino, su amor, sabiduría y apoyo han sido mi guía y mi ancla en los momentos más difíciles. Nunca imaginé llegar a este punto sin ti, pero siento que me acompañas en cada decisión, en cada paso. Este trabajo es un homenaje a tu amor incondicional, porque en cada palabra y en cada sacrificio que hiciste por mí, plantaste la semilla de lo que hoy soy.

A mi padre, quien ha sido mi apoyo incondicional y mi mayor admirador. Gracias por estar siempre a mi lado, por impulsarme a seguir adelante aun cuando las dificultades parecían insuperables, y por creer en mí con una fe que me ha sostenido en los momentos más difíciles. Has sido mi mayor ejemplo de esfuerzo y perseverancia. Sin ti, este logro no hubiera sido posible.

A mis hermanos, quienes han sido mi fortaleza en los días más oscuros y mis compañeros en las alegrías más grandes. Gracias por cada palabra de aliento, por cada gesto de cariño y por estar ahí, siempre, sin importar la distancia o las circunstancias. A mis sobrinos, que me han llenado de luz y esperanza con su energía y alegría. Ustedes me recuerdan la importancia de seguir adelante con entusiasmo, y cada risa, cada abrazo, me ha dado fuerzas para continuar. Este logro es tan suyo como mío.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradezco a Dios, fuente inagotable de fortaleza y sabiduría, por iluminar mi camino durante todo este proceso. Sin su guía, no hubiera sido posible superar los desafíos y llegar a este momento tan importante en mi vida. Su presencia constante ha sido mi sustento, mi fe en Él me ha permitido mantener la calma y la esperanza incluso en los momentos más difíciles.

Agradezco a mis padres, Wilson y Nora, quienes han sido mi inspiración y mi mayor apoyo a lo largo de este recorrido. A mi madre, Nora, a quien llevo siempre en mi corazón, porque, aunque no se encuentre físicamente, su amor y sus enseñanzas me han acompañado en cada paso que he dado. A mi padre, Wilson, por su paciencia, por estar siempre a mi lado, y por su inquebrantable fe en mí. Gracias por el apoyo incondicional y por ser mi pilar en todo momento.

También agradezco a mis hermanos, Paul y Cristian, por sus palabras de aliento, paciencia y amor, a mis sobrinos, Emma e Isaac, por inspirarme a seguir adelante con su alegría e inocencia. A toda mi familia y amigos por creer en mí, este logro es de todos por ser parte fundamental en este proceso.

Expreso un agradecimiento especial al Dr. Telmo Delgado, por su invaluable ayuda con el tema de esta tesis. Su conocimiento, orientación y disposición para compartir su experiencia fueron clave para el desarrollo de este trabajo, también agradezco al Dr. Eduardo Ávila, quien con su guía y paciencia me acompañó en cada etapa de este proyecto.

Agradezco a la Universidad Católica de Cuenca, por brindarme una formación integral y las herramientas necesarias para cumplir este sueño. A todos mis profesores y compañeros, gracias por su apoyo y por ser parte de este camino.

## RESUMEN

**Introducción:** la pericarditis constrictiva es una enfermedad caracterizada por disfunción diastólica, originada por la presencia de rigidez pericárdica secundaria a fibrosis crónica, junto con la trombosis de vena cava superior y vena innominada es una condición clínicamente rara y poco reportada en la literatura científica, su diagnóstico es complejo incluye el uso de múltiples exámenes, el tratamiento de elección es quirúrgico, además del uso de terapia coadyuvante.

**Presentación del caso:** paciente femenina de 59 años de edad, de etnia mestiza, presentó edema progresivo de miembros inferiores, disnea de pequeños esfuerzos y edema en esclavina. En estudios de imagen, se evidenciaron datos sugestivos de calcificación pericárdica alrededor de la silueta cardiaca. En el procedimiento quirúrgico se identificó grosor del pericardio de 1,8 cm de diámetro, con un 90 % del área calcificada y trombos a nivel de la vena cava superior y vena innominada. Para lo cual se realizó un procedimiento quirúrgico individualizado, teniendo gran tasa de éxito.

**Conclusión:** el presente reporte de caso constituye un desafío tanto clínico como terapéutico de la pericarditis constrictiva calcificada con trombosis de vena cava superior y vena innominada, debido a su alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Por tal razón, es importante conocer las principales manifestaciones clínicas para una intervención oportuna, con la finalidad de mejorar su pronóstico.

**Palabras clave:** Pericarditis Constrictiva, Trombosis, Vena Cava Superior

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Constrictive pericarditis is a disease characterized by diastolic dysfunction caused by pericardial stiffness secondary to chronic fibrosis. Along with thrombosis of the superior vena cava and the innominate vein, it is a clinically rare condition underreported in the scientific literature. Its diagnosis is complex and includes the use of multiple examinations. The treatment of choice is surgical, in addition to the use of adjuvant therapy.

**Case Presentation:** A 59-year-old female patient of mestizo ethnicity presented with progressive edema of the lower limbs, dyspnea on slight exertion, and neck edema. Imaging studies revealed suggestive data of pericardial calcification around the cardiac silhouette. During surgery, a pericardial thickness of 1.8 cm in diameter was identified, with 90% of the area calcified and thrombi at the superior vena cava and innominate vein level. An individualized surgical procedure was performed, achieving a high success rate.

**Conclusion:** This case report presents a clinical and therapeutic challenge of calcified constrictive pericarditis with superior vena cava and innominate vein thrombosis due to its high risk of morbidity and mortality. Knowing the main clinical manifestations is important for timely intervention and improve prognosis.

**Keywords:** Constrictive Pericarditis, Thrombosis, Superior Vena Cava

**ÍNDICE**

<b>RESUMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>Objetivo General.....</b>	<b>12</b>
<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>12</b>
<b>REPORTE DEL CASO .....</b>	<b>13</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>18</b>
<b>PERSPECTIVA DEL PACIENTE .....</b>	<b>23</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>25</b>
<b>GLOSARIO .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>32</b>

## INTRODUCCIÓN

La “*Organización Mundial de la Salud (OMS)*”, determina que las enfermedades que afectan al sistema cardiovascular constituyen la principal causa de mortalidad globalmente, produciendo el fallecimiento de aproximadamente 17,9 millones de personas por año <sup>1</sup>. La pericarditis constrictiva (PC) es una entidad clínica distinguida por el depósito o acumulación de tejido fibrótico o de granulación en el pericardio, lo cual desencadena pérdida de elasticidad y daño diastólico ventricular <sup>2</sup>, mientras que la trombosis de vena cava superior se define como la obstrucción parcial o total del flujo sanguíneo secundario a un trombo <sup>3</sup>.

La pericarditis constrictiva es considerada una patología de curso grave, representa entre el 0,5-2% de las enfermedades cardíacas asociadas a un mal pronóstico, constituyendo la principal causa de intervención quirúrgica, con una frecuencia de aproximadamente 0,6% <sup>4</sup>. Además, es una condición clínica poco frecuente, de la cual solo se conocen datos epidemiológicos obtenidos a partir de series de casos <sup>5</sup>. La incidencia estandarizada de PC obtenida de un registro finlandés multicéntrico fue de 3,4 casos por cada 1.000.000 habitantes al año, dichos datos aumentan con la edad y tiene mayor incidencia en el sexo masculino <sup>6</sup>.

A nivel de Latinoamérica, en México, la incidencia de esta enfermedad es de 1 a 2 casos por año <sup>7</sup>, en Buenos Aires, un estudio realizado en una serie de 248 pacientes con enfermedades del pericardio, el 14% presentó pericarditis constrictiva crónica <sup>8</sup>. En Ecuador, en el “*Hospital Carlos Andrade Marín*” de la ciudad de Quito, se reportó un caso sobre pericarditis constrictiva, no obstante, en el país no se han realizado más estudios sobre su resolución, ni asociada a otra complicación <sup>9</sup>.

Fisiopatológicamente, la pericarditis constrictiva puede desencadenar la formación de trombosis de grandes vasos, en este caso, de la vena cava superior y vena innominada, resultado de un desequilibrio hemostático entre factores protrombóticos y antitrombóticos debido a la disfunción diastólica ventricular por la rigidez pericárdica<sup>10-14</sup>.

El diagnóstico de esta afección se realiza a partir de su presentación clínica, caracterizada fundamentalmente por inestabilidad hemodinámica, y exámenes complementarios como ecocardiograma transtorácico, tomografía axial computarizada torácica, cateterismo cardiaco, toracotomía exploratoria biopsia miocárdica, entre otros<sup>15-17</sup>.

Según las *“Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología”* en patología pericárdica, la pericardiectomía es la medida terapéutica que se instaura con mayor frecuencia, el riesgo de mortalidad operatoria asociado varía entre el 1 al 10%, el mismo que aumenta con la presencia de patologías asociadas<sup>18</sup>. En la actualidad, se considera que el tratamiento definitorio y de elección es la pericardiectomía, la cual mejora relativamente tanto la calidad como la expectativa de vida de quienes poseen esta afección<sup>19-20</sup>.

Este reporte de este caso tiene gran relevancia debido a que la pericarditis constrictiva calcificada con trombosis de vena cava superior y vena innominada es una presentación clínica poco común y de alta complejidad, no descrita en la bibliografía como una entidad única que amenaza la vida de quienes la padecen, de este modo se busca brindar información relevante a la comunidad científica acerca del abordaje terapéutico integral, tanto clínico como quirúrgico para la resolución completa de este caso, siendo un avance importante para nuestro país.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Reportar un caso clínico acerca de pericarditis constrictiva calcificada con trombosis de vena cava superior y vena innominada.

### **Objetivos Específicos**

- Detallar la presentación clínica de la pericarditis constrictiva calcificada con trombosis de vena cava superior y vena innominada.
- Evaluar la efectividad del plan terapéutico aplicado en el caso clínico.
- Contrastar el curso clínico y el abordaje terapéutico de este reporte de caso con otros descritos en las bases de datos.

## REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 59 años de edad, sin antecedentes patológicos personales y familiares de importancia. Hace aproximadamente 2 años, y sin causa aparente presentó un cuadro caracterizado por edema progresivo a nivel de los miembros inferiores y disnea de moderados esfuerzos (NYHA:3). Desde hace 9 meses el cuadro se exacerba, presentando edema en esclavina a nivel de brazos y cara, ortopnea, cianosis y mal estado general, razón por la cual se decide su ingreso.

Al examen físico la paciente se encontró hemodinámicamente inestable (SatO<sub>2</sub> 80% con FiO<sub>2</sub> 21%, FC: 110lpm, TA: 80/40 mmHg), con piel cianótica, facies terrosa, exoftalmos, edema de escleróticas, edema en cara, cuello y brazos, presencia de ruidos cardiacos rítmicos hipofonéticos, ingurgitación yugular, abdomen globuloso con hepatomegalia de 8 cm, edema en miembros inferiores con fóvea ++ y pulso filiforme.

Al momento del ingreso se realizó un electrocardiograma, el cual demostró microvoltaje en todas las derivaciones y taquicardia sinusal, además, una radiografía de tórax que evidenció imágenes sugestivas de calcificación que rodea a la silueta cardiaca con un diámetro de 0,5 a 1,5 mm, un ecocardiograma que demostró pericardio engrosado y calcificado, ventrículo izquierdo con fracción de eyección del 56%, también se realizó una tomografía axial computarizada, que mostró engrosamiento significativo del pericardio de aproximadamente 1,5 y 2 cm con calcificaciones que rodean a la silueta cardiaca, cavidades derechas comprimidas y signos de dilatación venosa, concluyendo con el diagnóstico de pericarditis constrictiva calcificada.

Se realizó procedimiento quirúrgico consistente en diéresis con incisión para

esternotomía media longitudinal de 20 cm de longitud que involucra piel, tejido celular subcutáneo y músculos pectorales. Como hallazgos, pericardio de 1,8 cm de diámetro con un 90% del área calcificada, presencia de trombosis severa a nivel de la vena cava superior y vena innominada, obteniendo como diagnóstico postoperatorio pericarditis constrictiva calcificada más trombosis de vena cava superior y vena innominada (imagen 1 y 2).

**Imagen 1. Pericardio engrosado de 1,8 cm de diámetro**



**Fuente:** Fotografía obtenida de los archivos personales del médico tratante.

**Imagen 2. Calcificación del pericardio con invasión de aproximadamente el 90% del área pericárdica.**



**Fuente:** Fotografía obtenida de los archivos personales del médico tratante.

El procedimiento realizado consistió en pericardiectomía total de las paredes anterior, parte de las laterales e inferior, con utilización de disección simple con Metzenbaum, bisturí y gubia traumatológica. De tal manera que se liberó ventrículo derecho, aurícula derecha, gran parte del ventrículo izquierdo, vena cava superior y vena cava inferior. Durante la liberación del anillo constrictivo de la vena cava superior, se detecta trombosis severa en este vaso y también en el territorio de la vena innominada, por tal razón, se procede a realizar con doble jareta con sutura prolene 4/0 SH, de 2 cm de diámetro, anticoagulación con 5.000 UI de heparina sódica.

El clampeo fue a nivel de la unión entre la vena cava superior y aurícula derecha, con un clamp vascular DeBakey, los clampeos se realizaron en 5 ocasiones de manera intermitente, con aproximadamente 2 minutos de duración cada uno, para evitar migración de trombos hacia cavidades derechas y arteria pulmonar, manteniendo así la circulación venosa para la cabeza y cuello, con la finalidad de evitar una isquemia cerebral.

Ulteriormente se realizó apertura de la venotomía de 2 cm de diámetro y el retiro de coágulos tanto antiguos como nuevos en gran cantidad, hasta conseguir un flujo adecuado. La extracción de coágulos se realizó con la misma presión de flujo sanguíneo y maniobras de presión digital progresiva desde la vena innominada hacia la jareta ubicada en la vena cava superior, próxima a la ubicación de la aurícula derecha. Consecuentemente, se obtuvo flujo adecuado de las dos venas (imagen 3).

**Imagen 3. Trombos por venotomía a nivel de la vena cava superior.**



**Fuente:** Fotografía obtenida de los archivos personales del médico tratante.

Finalmente, se realizó revisión de hemostasia, verificación y pulido con escofina de los picos seccionados del pericardio, sobre todo en la cara diafragmática. A continuación, colocación de dos drenajes torácicos número 28 French, osteosíntesis del esternón con aciflex número 4, alambres de acero inoxidable, tejido celular subcutáneo con sutura Vicryl número 0, y piel con grapas quirúrgicas Johnson.

Paciente egresa después de la intervención quirúrgica con soporte ventilatorio a unidad de cuidados intensivos, en donde permanece durante 4 días con soporte vasopresor, ionotrópico y terapia anticoagulante. Por el hallazgo de líquido aséptico de color amarillo purulento en una cantidad de 20 ml, se prescribió tratamiento antituberculoso empíricamente por 6 meses, sin embargo, los cultivos fueron negativos. Asimismo, se investigaron causas infecciosas, metabólicas, autoinmunes y oncológicas, siendo arreactivas.

Al cuarto día la paciente fue extubada, recuperó progresivamente el estado de conciencia y recibió soporte farmacológico para edema cerebral. En el décimo día, egresó de la unidad de cuidados intensivos con buen estado general y hemodinámicamente estable. A los 15 días, recibió el alta hospitalaria, con terapia

farmacológica basada en rivaroxabán y furosemida.

En controles posteriores a la intervención quirúrgica, la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin consecuencias de la pericarditis constrictiva ni de el edema cerebral. Refiere que su capacidad funcional mejoró notablemente, actualmente presenta disnea de grandes esfuerzos (NYHA:1) y su inserción a las labores cotidianas se retomó adecuadamente.

## DISCUSIÓN

La pericarditis constrictiva es una entidad patológica secundaria a daño e inflamación del pericardio, clásicamente se considera como una forma crónica de las enfermedades que afectan al pericardio, ya que se desarrolla con una duración superior a 3 meses <sup>6</sup>. El proceso de calcificación pericárdica, generalmente se asocia a una respuesta inmunitaria que desencadena fibrosis y depósito de placas de calcio, produciendo constricción por la presencia de un pericardio rígido y engrosado, afectando negativamente a la función diastólica <sup>21</sup>.

Es una enfermedad relativamente rara y grave, constituye entre el 0,5-2% de todas las enfermedades cardiovasculares, en un estudio retrospectivo realizado en una serie de 43 pacientes con el diagnóstico de pericarditis constrictiva, el 65% eran hombres <sup>22</sup>. Su etiología es variable, puede ser idiopática o viral, con una prevalencia de aproximadamente 42%-61%, postcirugía cardíaca del 11%-37% de los casos, postradioterapia mediastinal del 2-31%, asociada a enfermedades del tejido conectivo del 3-7% y pericarditis tuberculosa con una prevalencia del 3-15% de los casos <sup>23</sup>.

Según la "*Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC)*", la pericarditis constrictiva en países subdesarrollados se produce primordialmente por una infección tuberculosa <sup>24</sup>. Al ser nuestro país una zona de alta prevalencia de tuberculosis, se descartaron la presencia de procesos infecciosos, oncológicos, ambientales y autoinmunes, estableciendo a la pericarditis constrictiva del presente caso de causa idiopática. Teniendo en cuenta que aproximadamente, el 50% de casos de calcificación pericárdica son idiopáticos <sup>21</sup>.

En una serie de casos sobre pericarditis constrictiva, en relación al cuadro clínico, como manifestaciones clínicas características, edema de miembros inferiores, disnea,

ortopnea, disnea paroxística nocturna, hipotensión, ingurgitación yugular, taquicardia y palpitaciones, las cuales son similares a las de la paciente del presente reporte de caso. Asimismo, en los casos descritos los pacientes presentaban factores de riesgo como exposición a silicato de magnesio, alcoholismo, tabaquismo, hipertensión arterial, a diferencia de la paciente, no registra ningún antecedente patológico relacionado <sup>25</sup>.

En este contexto, el caso reportado por Rabascall Cobos, et al. demuestra la relación directa entre los antecedentes de hipertensión arterial y fibrilación auricular con el desarrollo de pericarditis constrictiva <sup>26</sup>. De igual forma, de acuerdo al caso expuesto por Nahass Meghan et al., el antecedente de exposición a asbestosis tiene alta relevancia como factor de riesgo para la aparición de PC <sup>27</sup>. Otro caso clínico, reveló como antecedentes médicos de importancia para PC el infarto agudo de miocardio a nivel de la cara inferior con supradesnivel del segmento ST, hipertensión arterial y fibrilación auricular <sup>21</sup>.

Según el caso descrito por Santaularia, et al. el examen físico del paciente reflejó ruidos cardiacos de intensidad disminuida, hepatomegalia, onda ascítica positiva, edema de miembros inferiores e hipotensión, los cuales son similares a los de la paciente del presente caso <sup>21</sup>. No obstante, la presencia de edema en esclavina, exoftalmos, edema de escleróticas, cara y cuello, piel cianótica evidenciado en este caso no se ha descrito en ningún reporte clínico sobre PC, concluyendo que esta presentación clínica está asociada a la trombosis de vena cava superior y vena innominada que en otros casos no está presente <sup>21,25-28</sup>.

Respecto al tiempo de evolución sobre pericarditis constrictiva, la mayoría de los casos revisados son de larga data, varían entre 6 meses y 3 años, debutando como

manifestación principal el empeoramiento de la disnea, contrastando con el presente caso, tanto el intervalo de tiempo como la manifestación clínica de debut son semejantes <sup>25-28</sup>.

La ecocardiografía constituye uno de los principales procedimientos diagnósticos para la evaluación de pacientes con congestión venosa, siendo el paso inicial del algoritmo diagnóstico de PC. La calcificación pericárdica es un dato útil para el diagnóstico de pericarditis constrictiva mediante radiografía de tórax, este hallazgo existe entre el 25-30% de los pacientes; en un estudio de 143 pacientes con pericarditis constrictiva confirmada quirúrgicamente, se constató que el 86% tenía engrosamiento del pericardio a través de TAC, por lo tanto, se establece que la tomografía axial computarizada posee elevada tasa de sensibilidad para identificar engrosamiento pericárdico <sup>29</sup>. Para el presente caso los exámenes complementarios utilizados fueron electrocardiograma, ecocardiograma transtorácico, radiografía de tórax y tomografía axial computarizada.

Otros métodos diagnósticos útiles son la resonancia magnética cardíaca, con una sensibilidad del 93%, facilita la evaluación funcional en tiempo real, asimismo, el cateterismo cardíaco, es una herramienta diagnóstica invasiva que otorga datos hemodinámicos importantes para el diagnóstico de PC, se usa en casos de diagnóstico incierto, dichas herramientas diagnósticas no se abordaron en este caso debido a la falta de disponibilidad y considerando que la paciente se encontraba hemodinámicamente inestable <sup>29</sup>.

En relación a los resultados de los exámenes complementarios, en el electrocardiograma se evidenció signos de bajo voltaje, lo cual es similar al caso expuesto por Rabascall Cobos, et al., la diferencia entre ambos casos, es que, por el

antecedente de fibrilación auricular, el paciente demuestra ese patrón electrocardiográfico, mientras que en el presente reporte de caso la paciente tiene taquicardia sinusal <sup>26</sup>. En el ecocardiograma transtorácico y en la tomografía computarizada, en la mayor parte de casos se visualiza engrosamiento y calcificación pericárdica, con una fracción de eyección preservada, lo cual guarda similitud con el caso descrito <sup>25-27</sup>.

La intervención quirúrgica constituye el tratamiento de elección para pericarditis constrictiva, se fundamenta en la pericardiotomía, el pronóstico depende del diagnóstico precoz y del acto quirúrgico, implica la extirpación completa del pericardio que generalmente se realiza a través de un abordaje por esternotomía en la línea media, con la finalidad de retirar el tejido engrosado y calcificado que comprime a los vasos sanguíneos como el corazón, para aliviar los síntomas de la enfermedad, su progresión y mortalidad <sup>21,27,30</sup>. Independientemente de la causa de la PC, la pericardiotomía total es potencialmente restauradora, segura y eficaz <sup>30</sup>.

En ciertos estudios se ha identificado a la pericarditis constrictiva como un factor predictivo de resultados perioperatorios desfavorables, considerando que la calcificación pericárdica es un elemento indicativo de progresión crónica y severidad de la enfermedad, extendiendo la complejidad del procedimiento quirúrgico <sup>31</sup>. La mortalidad perioperatoria asociada a la pericardiotomía varía desde el 0% hasta el 18.6%, la cual no es proporcional al acto quirúrgico, sino que depende de la población de pacientes <sup>23</sup>.

De acuerdo a un estudio realizado en 86 pacientes con diagnóstico de pericarditis constrictiva, siendo la etiología idiopática la más común, que se sometieron a pericardiotomía, la mortalidad a los 30 días se produjo en un 5,8% , las causas de

muerte fueron insuficiencia cardíaca derecha aguda intraoperatoria, insuficiencia respiratoria , insuficiencia renal aguda e hipercalemia , embolia arterial aguda en ambos miembros inferiores y muerte súbita de causa desconocida, no obstante, la tasa de supervivencia estimada en 1 año fue del 88,3%, mientras que a los 5 años fue de 83,5% , los pacientes presentaron una mejora significativa en su estado funcional (NYA) <sup>30</sup>. En contraste con el caso, la paciente mejoro su capacidad funcional notablemente y se mantiene estable.

En un estudio realizado en 44 pacientes con PC sometidos a pericardiectomía, las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes fueron fibrilación auricular de nueva aparición, sangrado postoperatorio, síndrome de bajo gasto cardíaco y síndrome de dificultad respiratoria aguda, lo cual discrepa con este caso, en donde la paciente como complicación postquirúrgica desarrollo edema cerebral, probablemente asociado a la trombosis de la vena cava superior <sup>31</sup>.

Dentro de las fortalezas del presente caso, es que tuvo una tasa de éxito postquirúrgica elevada, ya que de acuerdo al seguimiento a largo plazo la paciente mejoro su capacidad funcional notablemente, sin complicaciones, ya que la técnica quirúrgica descrita no ha sido patentada en ningún protocolo quirúrgico, se construyó en base al diagnóstico perioperatorio que implico la trombosis de dos grandes vasos como es la vena cava superior y la vena innominada.

## **PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

Desde la perspectiva de la paciente, el tratamiento recibido fue indispensable para su recuperación. La intervención quirúrgica personalizada no solo alivió los síntomas que empeoraban su calidad de vida, sino que también le permitió retomar sus actividades diarias sin complicaciones mayores. La paciente valora profundamente el cuidado integral que recibió, ya que la atención oportuna y especializada no solo mejoró su estado físico, sino que también le devolvió su bienestar general, sintiéndose más activa y funcional que antes, reinsertándose así a sus labores cotidianas.

## **CONCLUSIONES**

Este reporte describe una presentación poco común y compleja de pericarditis constrictiva calcificada, ya que se encuentra asociada a trombosis venosa en la vena cava superior y vena innominada, que se resolvió de manera exitosa con una pericardiectomía. La intervención quirúrgica personalizada permitió remover el tejido calcificado, restaurando la función hemodinámica y mejorando significativamente la calidad de vida de la paciente. El manejo terapéutico individualizado fue clave para evitar complicaciones graves, resaltando la relevancia de un enfoque integral. Este caso aporta nuevos conocimientos sobre el manejo de situaciones clínicas infrecuentes, ofreciendo un enfoque detallado útil para la comunidad médica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. 2017.
2. Yadav Niraj, Siddique Momin. Constrictive Pericarditis. Treasure Island: StatPearls Publishing. 2024.
3. Pech Baltazar, Arredondo Pedro, Gonzáles Luis, Fermín Cruzilet. Síndrome de la vena cava superior: diagnóstico y tratamiento. 2018; 34(3): 403-411.
4. Villamar Giovanna, Zúñiga Yoselin, Canales David, Choez Ariana. Pericarditis constrictiva. Ciencias de la Salud. 2024; 181-206.
5. Larios José, Mendieta Hugo. Pericarditis constrictiva. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2004; 9(1): 16-21.
6. García Otero, Casas Abou, Monzonís Martínez, Cacho Antonio, González Juanatey. Pericarditis constrictiva. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2021; 13(43): 2517-2531.
7. Santos José, Casabe José, Gabe Eduardo, Vigliano Carlos, Abud José, Guevara Eduardo, et al. Clínica y seguimiento de la pericarditis constrictiva crónica. Medicina (B. Aires). 2010; 70(4): 316-320.
8. Peláez Díaz, García Martín, Sánchez P. Pericarditis crónica. Formas constrictivas. Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2017; 12(44): 2612-2620.
9. Calle Catalina, Castro Antonio, Cadena Santiago. Pericarditis Constrictiva: Reporte de un Caso en el Hospital "Carlos Andrade Marín". Revista Médica HJA. 2015; 7(3):265-269.
10. Quispe Renato. Villablanca Pedro, García Mario. Pericarditis constrictiva. Revista Colombiana de Cardiología. 2019; 26(S1):123-133.

11. Ruiz Carlos, Jiménez Belén, Morales Teresa, Fernández Alberto. Calcio en el pericardio, constricción en el corazón. Pericarditis Constrictiva. Cardioteca. 2017.
12. Montalvo Carla, Villao William, Campos Stephani, Vera Alejandro. Etiología y manifestaciones clínicas de pericarditis constrictiva. RECIAMUC. 2022; 6(2): 160-168.
13. Reverter Joan. Trombosis venosa profunda. Ventana a otras especialidades. 2001; 1(2): 93-97.
14. Majluf Abraham, Espinosa Francisco. Fisiopatología de la trombosis. Medigraphic. 2007; 143(1): 11-14.
15. Buitrago Andrés, Gómez Mabel, Restrepo José, Soto Mariana, Díaz Jesús. Diagnóstico hemodinámico de pericarditis constrictiva: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Cardiol. 2013; 20(6): 397-402.
16. Gracia Otero, Casas Abou, Martínez Monzoniz, Miños Antúnez, Gonzàles Juanatey. Protocolo diagnóstico de la pericarditis constrictiva. Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2021; 13(43). 2543-2547.
17. Sagristà Jaume. Síndromes de constricción cardiaca. Revista Española de Cardiología. 2007; 61(S2): 33-40.
18. Sagristá Sauleda, Almenar Bonet, Ferrer Ángel, Bardají Ruiz, Bosch Genover, Guindo Soldevila, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica. Rev Esp Cardiol. 2000;53(3):394–412.
19. Montero Lourdes, Ramchandani Bunty, Villagràn Enrique, Reguillo Fernando, Carnero Manuel, Moroto Luis. Tratameinto quirurgico de la pericarditis constrictiva; 15 años de experiencia. 2019; 26(3).

20. Cabrera Renè, Avilès Làzaro. Guia de práctica clínica para el tratamiento de pericarditis constrictiva. *Revista Finlay*. 2020; 10(2): 2221-2434.
21. Santaularia Miguel, Sanchez Ely, Santos Kassandra, Grosjean Allison, Mendez Nina. Pericardial calcification: An uncommon case with intraventricular extension. *Tomography: A Journal for Imaging Research*. 2024; 10(7): 1024–1030.
22. Wazaren Hicham, Idrissa Abdelmalik, Boussaadani El, Bakkali Abderahmane. Gestion de la péricardite constrictive: à travers l'étude de 43 cas opérés. *Annales de cardiologie et d'angiologie*. 2024; 73(3):101742.
23. Al-Kazaz Mohamed, Klein Allan, Oh Jae, Crestanello Juan, Cremer Paul, Tong Michael, Koprivanac Marijan, Fuster Valentin. El-Hamamsy Ismail, Adams David, Johnston Douglas. Pericardial diseases and best practices for pericardiectomy: JACC state-of-the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*. 2024; 84(6): 561–580.
24. Sociedad Interamericana de Cardiología. Pericarditis. 2019
25. Guzmán Denisse, Lendo Arcenio, Trujillo Anival. Imagen en pericarditis constrictiva: reporte de tres casos. *Revista de ecocardiografía práctica y otras técnicas de imagen cardíaca*. 2020; 3(3): 1–5.
26. Rabascall María. Pericarditis constrictiva. Presentación de un caso. *CorSalud*. 2017; 9(1): 50-53.
27. Jiang Ying, Bu Haisong. Idiopathic constrictive pericarditis with restrictive “vertical double ring” structure in a patient with right ventricular outflow tract stenosis. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2024; 121(5), e20230576.
28. Nahass Megha, Kassotis, John. Constrictive pericarditis. *The New England Journal of Medicine*. 2023; 389(22).

29. Quispe Renato, Villablanca Pedro, García Marlo. Pericarditis constrictiva: multimodalidad. *Revista colombiana de cardiología*. 2019; 26, 123–133.
30. Li Bin, Dong Chao, Pan Guangyu, Liu Ruofan, Tong Minghui, Xu Jianping, Liu Shen. Outcomes and risk factors associated with pericardiectomy in patients with constrictive pericarditis: A retrospective study from China. *Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery: Official Journal of the Association of Thoracic and Cardiovascular Surgeons of Asia*. 2024; 30(1).
31. Lee Soojin, Lee Juhyun, Joo Seohee, Park You, Kim Kang, Jung Joon, Chang Hyung, Lee Jae, Kim Dong, Kim Jun, Lim Cheong. Impact of pericardial calcification on early postoperative outcomes after pericardiectomy: a retrospective observational study. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 2024; 19(1): 449.

## GLOSARIO

**Anastomosis:** Unión quirúrgica entre dos estructuras huecas, como vasos sanguíneos o segmentos del tracto gastrointestinal, que permite la continuidad del flujo sanguíneo o contenido luminal.

**Anticoagulación:** Uso de medicamentos para prevenir la formación o propagación de coágulos sanguíneos en el sistema vascular.

**Calcificación pericárdica:** Deposición anormal de sales de calcio en el pericardio, que conlleva a pérdida de elasticidad e imposibilidad de relajación adecuada del corazón.

**Cateterismo cardíaco:** Procedimiento invasivo que introduce un catéter en las cavidades cardíacas para medir presiones, evaluar el flujo y realizar estudios diagnósticos o terapéuticos.

**Cianosis:** Coloración azulada de la piel y mucosas debido a una disminución de la oxigenación de la hemoglobina en sangre.

**Disnea:** Sensación subjetiva de dificultad respiratoria o falta de aire, frecuente en enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

**Diéresis:** Corte o incisión quirúrgica controlada que permite la exposición de planos anatómicos profundos.

**Edema en esclavina:** Acumulación de líquido en los tejidos subcutáneos de la cabeza, cuello y parte superior del tórax, asociada comúnmente a obstrucción de la vena cava superior.

**Ecocardiograma transtorácico:** Estudio de imagen por ultrasonido que permite valorar las estructuras y función del corazón a través del tórax.

**Electrocardiograma (ECG):** Registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón mediante electrodos aplicados en la superficie corporal.

**Fóvea:** Depresión visible que queda al presionar una zona edematosa con el dedo, indicativa de edema con retención de líquidos.

**Fracción de eyección:** Porcentaje de sangre que el ventrículo izquierdo expulsa durante la sístole, siendo un indicador clave de función cardíaca.

**Heparina sódica:** Anticoagulante de administración parenteral que actúa potenciando la acción de la antitrombina III, inhibiendo la coagulación.

**Idiopático:** Término médico que indica que una enfermedad o condición tiene una causa desconocida.

**Ingurgitación yugular:** Distensión visible de las venas yugulares, que refleja aumento de la presión venosa central.

**Metzenbaum:** Tijeras quirúrgicas finas y alargadas, utilizadas para disección precisa de tejidos delicados.

**NYHA:** Clasificación funcional de la disnea según la New York Heart Association, que evalúa la limitación de la actividad física en pacientes con insuficiencia cardíaca.

**Pericardiectomía:** Resección parcial o total del pericardio, indicada en casos de pericarditis constrictiva o derrames pericárdicos recurrentes.

**Pericarditis constrictiva:** Entidad clínica en la que el pericardio se vuelve fibroso, engrosado y a veces calcificado, lo que restringe el llenado ventricular.

**Prolene:** Marca registrada de una sutura quirúrgica sintética, no absorbible y monofilamento, de uso común en cirugía cardiovascular.

**Rivaroxabán:** Anticoagulante oral de acción directa, inhibidor del factor Xa, utilizado en la prevención y tratamiento de tromboembolismo.

**Signo de microvoltaje:** Disminución en la amplitud de las ondas del electrocardiograma, frecuentemente asociada a derrame pericárdico o infiltración miocárdica.

**Trombosis:** Formación de un coágulo en el interior de un vaso sanguíneo, que puede obstruir total o parcialmente el flujo sanguíneo.

**Vena cava superior:** Gran vaso venoso que transporta sangre desoxigenada desde la cabeza, cuello y miembros superiores hacia la aurícula derecha del corazón.

**Vena innominada (braquiocefálica):** Vaso venoso que resulta de la unión de la vena subclavia y yugular interna; drena la sangre de la cabeza y el miembro superior hacia la vena cava superior.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Erika Elizabeth Medina Toledo** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1105368870**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación “ **Pericarditis constrictiva calcificada con trombosis de vena cava superior y vena innominada. Reporte de caso**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 04 de diciembre de 2025

F: .....

**Erika Elizabeth Medina Toledo**

**C.I. 1105368870**