

# Síndrome de Dressler: el retorno de una enfermedad olvidada

## *Dressler's syndrome: the return of a forgotten entity*

Santiago Bernal-Macías<sup>1,2\*</sup>, Paula Giraldo-Posada<sup>3</sup>, Jesús A. Jaimes<sup>2,4</sup> y Carlos F. Valencia<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá; <sup>2</sup>Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá; <sup>3</sup>Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Cali; <sup>4</sup>Unidad de Cuidado Intensivo, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá; <sup>5</sup>Departamento de Urgencias y Emergencias, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá. Colombia

### Resumen

El síndrome de Dressler es una enfermedad infrecuente que fue descrita por primera vez en 1956 por el doctor William Dressler. Corresponde a un cuadro de pericarditis secundaria, en ocasiones asociada a efusión pericárdica de aparente etiología autoinmunitaria, que hace parte de los síndromes de lesión poscardiaca. Se presenta un caso de síndrome de Dressler en un paciente joven.

**Palabras clave:** Síndrome de Dressler. Pericarditis. Dolor torácico.

### Abstract

Dressler's syndrome is a rare entity which was first described in 1956 by Dr. William Dressler. It consists of secondary pericarditis, at times associated with pericardial effusion with an apparently autoimmune etiology, which is one of the post-cardiac injury syndromes. We present a case of Dressler's syndrome in a young patient.

**Key words:** Dressler's syndrome. Pericarditis. Chest pain.

### Caso clínico

Varón de 39 años, de nacionalidad siria, fumador pesado, que hace 1 mes había presentado un infarto agudo de miocardio sin elevación del ST, por lo cual fue llevado a angioplastia primaria, en la cual se implantó un *stent* en la arteria circunfleja. Asistió a urgencias a causa de dolor torácico irradiado al dorso del hombro izquierdo, de 2 días de evolución, asociado a disnea y dolor pleurítico que mejoraba con cambios posturales. Durante la exploración física no se hallaron frote pericárdico ni otros

hallazgos positivos. En el electrocardiograma se evidenciaron signo de Spodick, bloqueo completo de rama derecha y ondas T invertidas (Fig. 1). Se solicitaron paraclínicos, en los que se encontró hemograma con leucocitosis (12.000/mm<sup>3</sup>) y trombocitosis (602.200/mm<sup>3</sup>), proteína C reactiva de 12.6 mg/dl y velocidad de sedimentación globular de 77 mm/h. Se realizó un ecocardiograma transtorácico en el que se observó derrame pericárdico moderado con interfase de líquido-pericárdico de 15 mm, sin repercusión hemodinámica. Se descartaron diagnósticos diferenciales, como síndrome

### Correspondencia:

\*Santiago Bernal-Macías  
E-mail: sbernal@husi.org.co

Fecha de recepción: 30-06-2020

Fecha aceptación: 13-10-2020

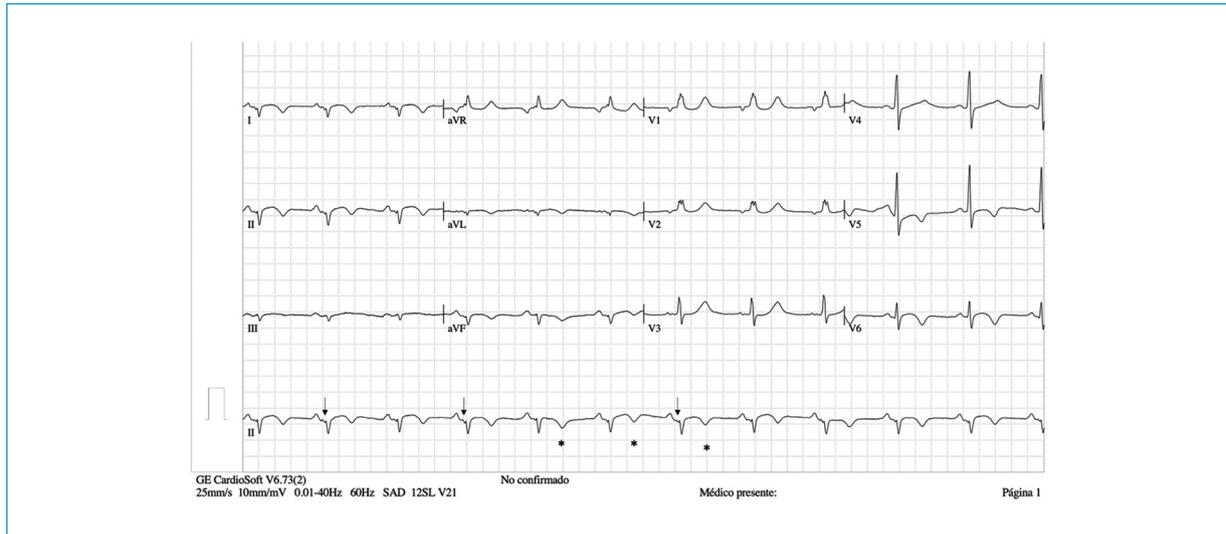
DOI: 10.24875/RCCAR.M21000104

Disponible en internet: 07-01-2022

Rev Colomb Cardiol. 2021;28(6):630-633

www.rccardiologia.com

0120-5633 / © 2021 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



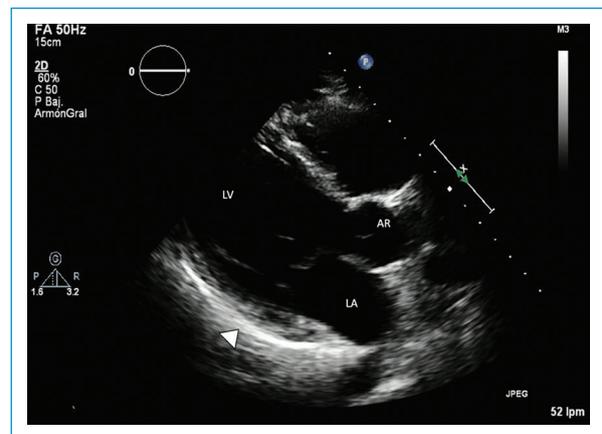
**Figura 1.** Electrocardiograma que evidencia descenso del PR, con bloqueo incompleto de rama derecha y ondas T invertidas.

coronario agudo, embolia pulmonar, neumonía u otras complicaciones mecánicas o eléctricas, como etiología del dolor torácico.

Con estos hallazgos ecocardiográficos, los marcadores de inflamación sistémica, el antecedente de infarto agudo de miocardio y la intervención cardíaca mínimamente invasiva, se consideró que el dolor torácico correspondía a síndrome de Dressler. Se indicó manejo con ácido acetilsalicílico, 600 mg cada 8 horas, y colchicina, 0.5 mg cada 12 horas, con lo que se resolvió el dolor. Sin embargo, presentó recurrencia de la sintomatología en dos oportunidades, debido a la irregularidad en el tratamiento ambulatorio, durante el cual se hicieron los mismos hallazgos en el electrocardiograma, pero mejoría del derrame pericárdico en el ecocardiograma transtorácico (Fig. 2). Con el reinicio del tratamiento a las dosis adecuadas, se resolvieron los síntomas.

## Discusión

El síndrome de lesión poscardiaca abarca tres grupos: el síndrome pospericardiotomía asociado a cirugía cardiovascular, la pericarditis postraumática asociada a intervención percutánea coronaria o intracardiaca, inserción de electrodo de marcapaso o ablación con radiofrecuencia, y la pericarditis posterior al infarto del miocardio, al cual pertenece el síndrome de Dressler, también llamado pericarditis posinfarto<sup>1-4</sup>.



**Figura 2.** Ecocardiograma transtorácico de la segunda recaída con evidencia de aumento de la refringencia del pericardio (flecha). AR: aurícula derecha; LA: aurícula izquierda; LV: ventrículo izquierdo.

Este síndrome se desarrolla, usualmente, entre 1 y 8 semanas posteriores a una lesión miocárdica como consecuencia de un infarto. En las descripciones iniciales se estimaba que tenía una incidencia del 5% de la población; sin embargo, hoy en día, luego de la implementación de métodos menos invasivos, se estima que su incidencia es menor del 1%<sup>2,5,6</sup>. Se cree que el descenso en la incidencia se debe a que los métodos menos invasivos y el tratamiento temprano hacen que haya una disminución en el tamaño de la lesión

miocárdica. En cuanto a los factores predisponentes para el desarrollo de este síndrome se encuentran la edad joven, el antecedente de pericarditis, el tratamiento previo con prednisona y el mayor daño miocárdico<sup>7</sup>. Esto trae como consecuencia un tiempo de exposición limitada de los antígenos miocárdicos, lo cual evita que se desencadene una respuesta inmuno-mediada<sup>8</sup>. Respecto a la etiología, si bien es desconocida, se plantean diferentes orígenes, todos inmunomediados, lo cual sugiere un componente autoinmunitario, uno de etiología aparentemente humoral y otro celular<sup>2,9</sup>.

Una teoría que plantea un origen local sostiene que tiene un componente inflamatorio-autoinmunitario en el cual el desencadenante de la respuesta inmunitaria es la exposición de nuevos antígenos de las células pericárdicas mesoteliales lesionadas mezcladas con sangre dentro del pericardio<sup>9</sup>. Otra teoría propone que la liberación sistémica de antígenos cardiacos ocasionada por el infarto, junto con la activación no específica mediada por lesiones del sistema inmunitario innato, llevan a la activación de respuestas adaptativas de autoantígeno, lo que tiene como consecuencia la elevación de anticuerpos antimiocardio y células T CD4 que, a su vez, aumentan el reclutamiento de células inflamatorias<sup>2</sup>.

En el síndrome de Dressler, las manifestaciones clínicas usuales suelen ser dolor torácico, disnea y fiebre, acompañados de signos de inflamación sistémica, y presencia o no de efusión pericárdica o pericarditis documentada por ecocardiograma. Su diagnóstico es de exclusión y aún no se cuenta con directrices específicas que establezcan criterios diagnósticos claros. Por ello, como se ilustra en el caso, antes de contemplar este diagnóstico se requiere haber realizado una evaluación de otras causas de dolor torácico en un paciente con enfermedad coronaria de diagnóstico reciente. Por otro lado, en el caso expuesto, la aparición recurrente de la sintomatología posterior a la suspensión del ácido acetilsalicílico es un aspecto a favor del diagnóstico mencionado.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se considera que el ácido acetilsalicílico es una de las primeras líneas de manejo, a una dosis que varía entre 750 y 1000 mg cada 6 a 8 horas; como tratamiento alternativo se plantea ibuprofeno a dosis de 600 a 800 mg cada 8 horas. Adicionalmente, si el paciente no presenta mejoría clínica y paraclínica, se podría adicionar colchicina a dosis de 0.5 mg cada 12 horas, ya que se ha demostrado que mejora la

respuesta a la terapia, aumenta las tasas de remisiones y reduce las recurrencias<sup>2,10</sup>. La adición de este medicamento en el caso expuesto tuvo como resultado una mejoría en cuanto a la sintomatología manifestada y una disminución del derrame pericárdico. Cuando el paciente tiene contraindicaciones para el uso de los medicamentos mencionados o presenta persistencia de la sintomatología pese al manejo, se recomienda el uso de glucocorticoides a dosis de 0.25 a 0.5 mg/kg/día<sup>2</sup>.

Pese a la relativa facilidad diagnóstica de este síndrome, su incidencia decreciente y la limitación del ecocardiograma por ser dependiente del operador hacen que esta afección sea subdiagnosticada. Sin embargo, es de extrema relevancia contemplarlo como diagnóstico diferencial del dolor torácico posterior a un infarto agudo de miocardio.

## Conclusiones

El síndrome de Dressler es una causa de pericarditis recurrente, cuya incidencia ha disminuido desde la introducción de técnicas menos invasivas de intervencionismo cardiaco, en especial la intervención coronaria percutánea. Es una enfermedad que debe tenerse en consideración como complicación posterior a procedimientos cardiacos y como recurrencia de consulta por dolor torácico en los servicios de urgencias. No obstante, es preciso tener una sospecha clínica elevada y guiarse por ayudas diagnósticas y por el cuadro referido por el paciente, puesto que no existen criterios diagnósticos específicos para su caracterización. El diagnóstico y el tratamiento temprano con antiinflamatorios, que son el pilar inicial del manejo, evita complicaciones y facilita la resolución pronta de la enfermedad.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a los miembros del departamento de medicina interna y urgencias porque sus comentarios enriquecieron este trabajo.

## Financiamiento

Los autores declaran que para la realización del presente manuscrito no recibieron ayuda económica de terceros y que todo se realizó con recursos propios.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. Soto M, Romero N, Wills B, Pinzón B, Jiménez JC. Post-traumatic pericarditis as a manifestation of post cardiac injury syndrome. *Rev Colomb Cardiol.* 2016;23:229.e1-4.
2. Sasse T, Eriksson U. Post-cardiac injury syndrome: aetiology, diagnosis, and treatment. *E-journal of Cardiology Practice.* 2017;15(21). [Acceso el 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-15/Post-cardiac-injury-syndrome-aetiology-diagnosis-and-treatment>.
3. Zeltser I, Rhodes LA, Tanel RE, Vetter VL, Gaynor JW, Spray TL, et al. Postpericardiotomy syndrome after permanent pacemaker implantation in children and young adults. *Ann Thorac Surg.* 2004;78:1684-7.
4. Sasaki A, Kobayashi H, Okubo T, Namatame Y, Yamashina A. Repeated postpericardiotomy syndrome following a temporary transvenous pacemaker insertion, a permanent transvenous pacemaker insertion and surgical pericardiotomy. *Jpn Circ J.* 2001;65:343-4.
5. LeWinter MM, Imazio M. Derrame pericárdico y pericarditis. En: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Braunwald E, editores. *Braunwald. Tratado de cardiología: texto de medicina cardiovascular.* 11.<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier; 2019. p. 1662-80.
6. Saldaña Pérez LE, Linares Asensio MJ, Steen B, Batlle López ME, Patrón MI. Derrame pleural por síndrome de Dressler. *Rev Patol Respir.* 2015;18:38-41.
7. Leib AD, Foris LA, Nguyen T, Khaddour K. Dressler syndrome. *StatPearls;* 2020. [Acceso el 4 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441988/>.
8. Bendjelid K, Pugin J. Is Dressler syndrome dead? *Chest.* 2004;126:1680-2.
9. Campos ID, Salgado A, Azevedo P, Vieira C. Dressler's syndrome: are we underdiagnosing what we think to be rare? *BMJ Case Rep.* 2019;12:2018-20.
10. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. *Eur Heart J.* 2015;36:2921-64.