

## Pericarditis con derrame. A propósito de un caso

Por los Dres.:

ERNESTO FELIPE PEREA<sup>12</sup>, ESTHER HERNANDEZ DURAN<sup>13</sup> y ALBERTO ALVAREZ  
GRIEGO<sup>14</sup>

Felipe Perea, E. y otros. *Pericarditis con derrame. A propósito de un caso.* Rev Cub Med 19: 5, 1980.

Se expone el caso de una paciente que presentó pericarditis con derrame, de origen no precisado, a quien se le realizó punción evacuadora del pericardio, con la evacuación de la considerable cantidad de 2 600 ml de líquido en una sola extracción. Se consignan en este trabajo los resultados de estudios radiográficos, electrocardiográficos y de laboratorio, que consideramos de interés. Es oportuno reseñar, que la utilización de métodos incruentos, como ecocardiografía, estudio de centelleo con isótopos o radio- quimografía, además de no disponer de ellos en nuestro medio, no nos parece que hubieran podido sustituir, ni siquiera ayudar más que los métodos diagnósticos utilizados en este caso. Se destaca una vez más la importancia y la necesidad de sopesar y tratar de dilucidar la posibilidad de pericarditis con derrame o sin éste en algunos síndromes de insuficiencia cardíaca predominantemente derecha.

### INTRODUCCION

Es de todos conocido que una de las causas del síndrome de insuficiencia cardíaca la constituye la pericarditis, bien sea en la modalidad constrictiva

o en la que se presenta con derrame pericárdico.

Spodick<sup>1</sup> y Pories<sup>2</sup>, han destacado que el acúmulo de 80 a 120 ml de líquido en el saco pericárdico no determina síntoma alguno al acomodarse en los fondos de saco anatómicos de dicha serosa.

Sin embargo, este último autor ha indicado que en dependencia de la rapidez con que se acumule, 50 ml más son capaces de producir la muerte, si el mismo ocurre abruptamente, mientras que el depósito en forma lenta puede llegar a ser de varios litros haciéndose manifiesta entonces, la insuficiencia cardíaca congestiva.

En este trabajo se expone el caso de un paciente que presentó pericarditis con derrame, de origen no definido, que hubo de comportarse en la última de las formas descritas, mereciendo una mención especial la extracción de 2 600 ml de líquido por punción única inicial.

Presentación del caso

I. D.D.B., de 68 años de edad, HC: 11-9-46. Ingresó por primera vez, en febrero de 1972

---

<sup>12</sup> Especialista de I grado en cardiología. Hospital clinicoquirúrgico "10 de Octubre".

<sup>13</sup> Residente de hematología. Hospital "Enrique Cabrera". Instituto de Hematología.

<sup>14</sup> Residente de cardiología. Instituto de Cardiología.

Figura 1. Rx de tórax tomado al paciente durante su primer ingreso en febrero de 1972. Obsérvese la configuración típica de colección pericárdica.



por síndrome de insuficiencia cardíaca global, con predominio derecho, manifestado por edema en ambos miembros inferiores hasta la raíz de los muslos, que interesaba las bolsas escrotales, acompañado de hepatomegalia de 4 traveses de dedo, ingurgitación yugular y reflujo hepatoyugular, así como estertores húmedos en los % inferiores de ambos campos pulmonares.

En la esfera cardiovascular no se reflejan datos dignos de mención en este resumen. Se le realizaron varios exámenes radiográficos del tórax, en que los radiólogos planteaban la existencia de derrame pericárdico. En esta oportunidad el enfermo fue tratado con digitálicos y diuréticos, y egresa con los diagnósticos de insuficiencia cardíaca y derrame pericárdico, sin que se haya hecho intento para diagnosticar el origen del derrame pericárdico (punción del mismo ni de conducta al respecto) (ver rayos X de ingreso y al alta, figuras 1 y 2).

Los cuatro años de evolución posteriores del enfermo no pueden ser descritos, ya que el seguimiento de éste no fue efectuado en la consulta externa de nuestro hospital.

Merece destacarse que en el interrogatorio inicial de este enfermo se habla de un síndrome doloroso precordial opresivo, tres semanas antes del cuadro clínico que motivó su ingreso.

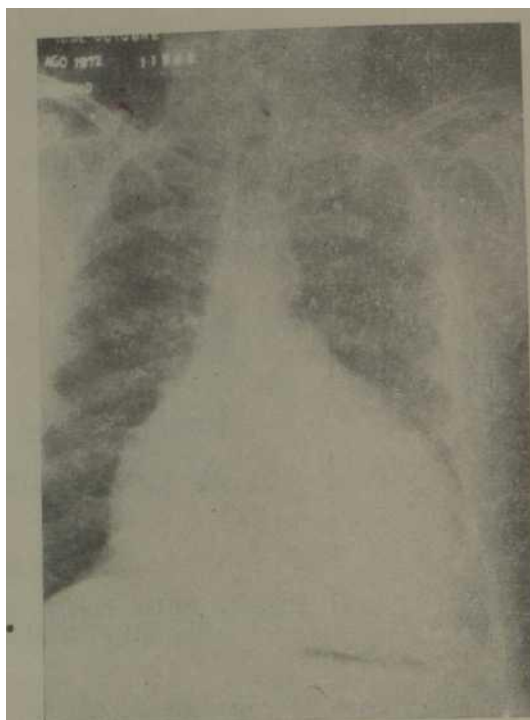


Figura 2. Rx tomado al egreso del paciente durante este primer ingreso hospitalario.

#### 2do. ingreso

Ingresó por un síndrome hidropígeno, caracterizado por ascitis, edemas en miembros inferiores, bolsas escrotales y de la pared del abdomen.

En el aparato cardiovascular se consigna una TA de 140/80, un pulso de 88 minutos, un área de matidez cardíaca notablemente aumentada, que rebasa los límites derechos del esternón y se extiende hasta el tercer espacio intercostal derecho e izquierdo respectivamente.

A la auscultación cardiovascular se consigna ausencia de ruidos cardíacos; las venas del cuello están ingurgitadas y se observa dilatación inspiratoria paradójica (signo Kussmaul). Existía una hepatomegalia de 4 traveses de dedo, que producía reflujo hepatoyugular evidente. El electrocardiograma mostraba microvoltaje generalizado (figura 3). Los Rx practicados al paciente mostraban una silueta cardíaca agrandada con pedículo vascular estrecho y campos pulmonares limpios compatibles con el diagnóstico de derrame pericárdico (figura 4).

Se le realiza punción pericárdica evacuadora bajo visión fluoroscópica con intensificador de imagen y control electrocardiográfico, evacuándose 2 600 ml de líquido amarillo cetrino (ver Rx después de la punción, figura 5).

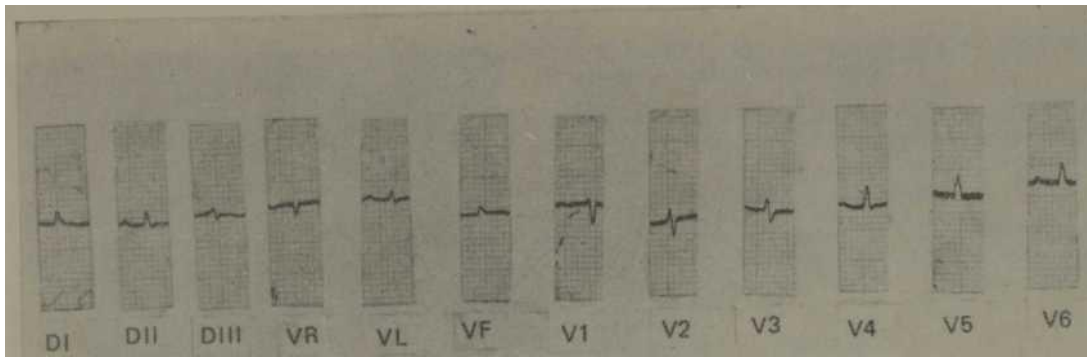


Figura 3. Trazado electrocardiográfico realizado al ingreso por segunda vez del paciente en 1976. Obsérvese el microvoltaje generalizado sugestivo de derrame pericárdico.

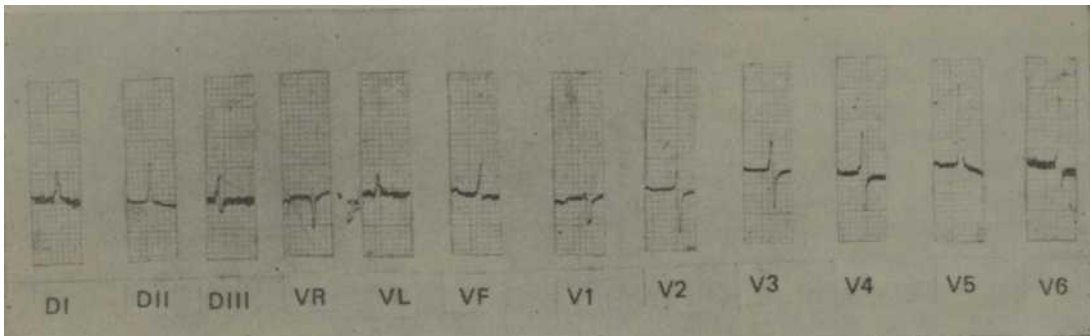


Figura 3A. Trazado electrocardiográfico tomado al otro día de realizarle al paciente la pericardiocentesis.

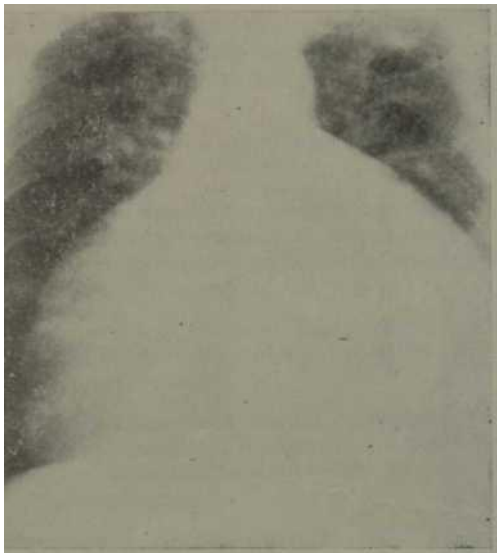


Figura 4. Rx de tórax tomado al momento del segundo ingreso del paciente con imagen que sugiere extraordinariamente derrame pericárdico.



Figura 5. Examen radiográfico realizado después de la pericardiocentesis, en que se evacuó 2 600 ml de líquido serofibrinoso. Nótese el aire instilado en el saco pericárdico y la imagen de la silueta cardíaca de tamaño prácticamente normal.

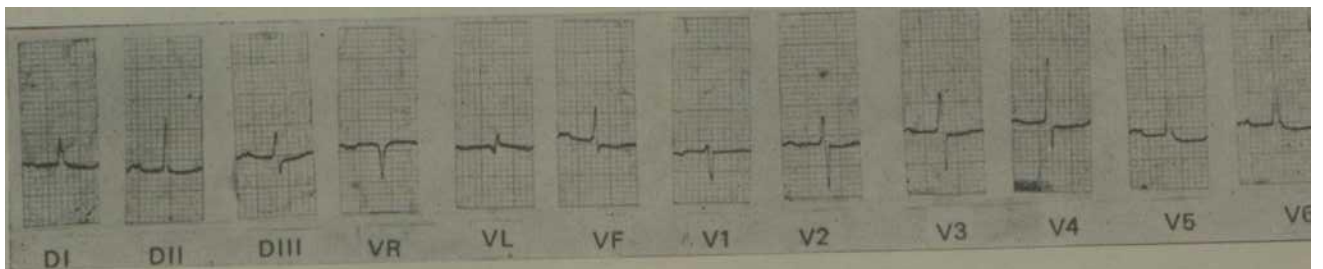


Figura 6. Trazado electrocardiográfico tomado dos meses después del tercer egreso del paciente. Véase el aumento considerable del voltaje de las ondas R.

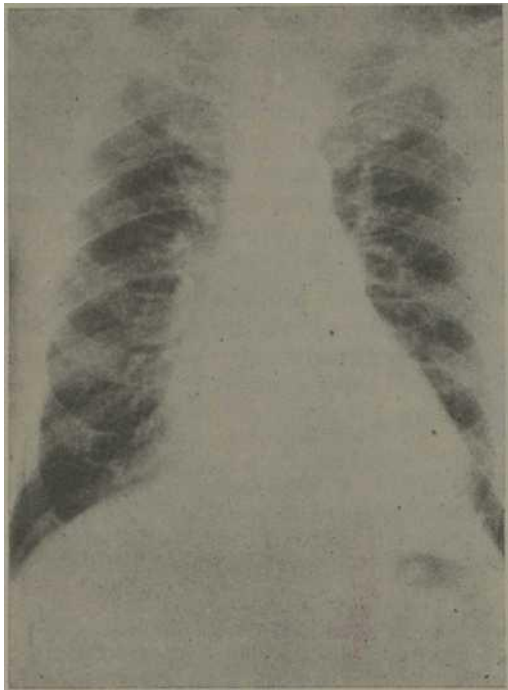


Figura 7. Rx de tórax tomado dos meses después del tercer egreso del paciente. Véase el diámetro del área cardíaca y la morfología de la misma, que presenta contornos normales.

El estudio anatomopatológico no mostró células neoplásicas; el citoquímico mostró una reacción de Rivalta positiva sin otras alteraciones que destacar.

El análisis bacteriano no mostró germen alguno, no BAAR.

Otros complementarios que merecen mención fueron el hemocitograma y la eritrosedimentación que arrojaron respectivamente resultados compatibles con la normalidad.

Se le realizó al paciente electroforesis e inmunoelectroforesis en sangre, los cuales arrojaron valores normales.

Se aplica tratamiento además de digital y diuréticos con isoniciada, estreptomina y prednisona ante la sospecha diagnóstica de pericarditis tuberculosa.

Egresado y seguido por consulta externa muestra reproducción del derrame (no llevaba tratamiento ambulatorio, con esferoides ni tuberculostáticos).

Se decide reingresar al enfermo, se le repite la pericardiocentesis y se le extraen 300 ml de un líquido sanguinolento.

El nuevo estudio del líquido tampoco permitió aclarar el diagnóstico causal.

El enfermo es nuevamente dado de alta, esta vez con tratamiento tuberculostático, esteroideo, digitalico y diurético controlado, y dos meses después se mostró asintomático.

Presentamos los rayos X y ECG llevados a cabo dos meses después del alta del enfermo (figuras 6 y 7).

#### DISCUSION

Es innegable que el diagnóstico causal de la pericarditis puede en ocasiones solamente ser sospechado, o al menos esbozado por exclusión.

En el caso que hemos hecho referencia, si tenemos presente lo planteado por *Friedberg*<sup>3</sup> de que todo derrame con carácter serofibrinoso o hemorrágico de más de 1 000 cc, reconoce por causa la tuberculosis pericárdica, éste sería uno de los primeros planteamientos causales que se deben considerar en nuestro enfermo; no obstante la magnitud del derrame sabemos no es expresión fiel de diagnóstico causal, toda vez que el caso informado por *Jaffe, R.* y *Kallman, H\** mostró evacuación de más de 2 000 cc de líquido en un paciente con derrame pericárdico, de origen aparentemente idiopático, y otros autores han planteado efusiones pericárdicas masivas durante la pericarditis urémica<sup>5,8</sup> y de otras causas<sup>7,10</sup>. De igual forma, resulta verdaderamente inusitado que nuestro enfermo haya permanecido durante 4 años con una colección pericárdica importante, sin que la misma lo haya llevado al cuadro de pericarditis constrictiva, ni calcificaciones al nivel de dicha serosa, habituales en las pericarditis tuberculosas.<sup>8,10,11</sup> Otros factores causales, como las colagenosis, no son planteables en este enfermo, según los datos recogidos en el trabajo de *Bergen y otros autores*<sup>12,13</sup>. Si pretendiésemos seguir argumentando posibilidades causales en este caso, fácilmente podrían ser excluidas las pericarditis neoplásicas, por la imposibilidad de localización del tumor primitivo y el tiempo de evolución. De igual forma, los

hallazgos complementarios no permiten sustentar los diagnósticos de conectivopatías, displasias de células plasmáticas ni trastornos metabólicos, como la pericarditis gotosa, verbigracia, la ausencia de hiperuricemia ni de cristales de uratos en el líquido pericárdico. A resultas de todo lo antes expuesto, creemos inoportuno la argumentación redundante de posibilidades causales, y por ende, cerramos el caso como pericarditis con derrame de origen no precisado.

Es menester como comentario adicional, sin lo que quedaría inconcluso este trabajo, destacar que la evolución ulterior del enfermo, permitirá la conclusión diagnóstica final, bien sea por curación con el tratamiento aplicado, reproducción del derrame pericárdico, o evolución hacia una pericarditis constrictiva, en cuyas últimas posibilidades la pericardiectomía y biopsia de pericardio<sup>1415</sup>, constituirán el método diagnóstico terapéutico definitivo.

#### SUMMARY

Felipe Perea, E. et al. *Pericarditis with effusion. A one-case study.* Rev Cub Med 19: 5, 1980.

A patient who presented pericarditis with effusion of unknown origin is reported. An evacuating puncture of the pericardium was performed, withdrawing a considerable volume of fluid (2 600 milliliters) in a single extraction. The authors show the results of electrocardiographic, radiographic and laboratory studies considered by them as interesting. They expressed that the utilization of non-aggressive procedures such as echocardiography, radioquimography, gammagraphy, etc. apart from their unavailability in the authors' milieu, could hardly offer other data than those obtained by classic diagnostic procedures and could hardly substitute the latter in the above case. It is pointed out, once again, the importance and the necessity of evaluating and of trying to elucidate the possibility of pericarditis with or without effusion in some predominantly right cardiac failure syndromes.

#### RÉSUMÉ

Felipe Perea, E. et al. *Péricardite avec épanchement. A propos d'un cas.* Rev Cub Med 19: 5, 1980.

Nous présentons le cas d'une patiente qui a présenté péricardite avec épanchement, à origine non précisée, laquelle a été soumise à ponction évacuatrice du péricarde, avec l'évacuation, de la considérable quantité de 2 600 ml de liquide dans une seule extraction. Les résultats les plus intéressants des études radiographiques, électrocardiographiques et de laboratoire sont signalés. Il est à remarquer que les méthodes qui n'impliquent pas de saignement (telles que l'écho-cardiographie, l'étude de la scintillation par isotopes ou la radlokymographie) ne sont pas à notre portée, mais il nous semble qu'elles n'auraient pas pu substituer, et même pas aider plus que les méthodes diagnostiques utilisées dans ces cas. Nous soulignons encore une fois l'importance et le besoin d'évaluer et d'essayer d'éclaircir la possibilité de péricardite avec épanchement ou sans épanchement dans certains syndromes d'insuffisance cardiaque à prédominance droite.

## PE31QME

ÍMjme Iepea, 3. ap. IepimapOTT c H3JDiHHneM. IlpejicTaBJieHHe OÄHOro CJlJniaH. Bev Cu"b Med 19 : 5, 1980.

В HacTOKiueä paóTe npencTaBJineTCfl cJiy^aíi ojmoñi namieHTKH, npeç CTaBKBmeñ nepHKapjoiT c H3J0WHHe>t, He yroweHHoro npoHCxosmeHHH 3toh nanjieHTKH óbuia npoBenena o^Eiinaiomam nyHKujw nepuKpjotH c y^a jieHHeM SHa^TejiBHOro KOjnpaectBa b 2600 mji. xhäkocth tojilko - npn OJXHOM H3BJieTCHKH. B HacTOflueM paóTe npencTaBJinoTCH pe3yjiç TaTH, nojiyneHHHe npw npoBeneraiH pannorpapreeKH, sjieKTpoKap - ÄHoppa\$ñ^eckHX h jiaóopaTopHux hcc JieflOBamm, noTopue mu cqMTaeM HHTepecHUMH. HeOÖXOjtHM0 h3jiohmtb b KpaTixe, ^to npm/ieHeHHe ðec- KpOBHHX MeTOÄOB, TaKHx KaK 3KOKapÄHoppa4flIH, HCCJiejlOBaHHe cepe juieo c K30T0naMH *um* paioioxHMoppa\$ini, nasce b cjiy^ae He HMemw- HX B HameM OTjaejiemra, He Morjra óu 3ai/MHMTi>no HarneMy MHeHHio *m* noMOMB HaM B 3TOM cjiy^ae HacTOJiBKO HacKOJEbKO cnocoóCTBOBajra HaM npHt/ieHéHHue b stom HaMH juiarHOCTHHeckHe MeTojin. Eme pa3 noffsejD KIIBaeTCH BaXHOCTB H HeOÖXOÄHMOCTB B3BeCOTB H IIOCTapaTbCfl OÖtHC HHTB B03M02CH0CTB liepHKapÄHTa C H3JIMKHHeM HJIH Óe3 H3JDLHHH npH HeKOTopnx cHHyopMax npeÄOMHHHpyxmeS npasoM cepjxe^HOü HejiocTa - TO^HOCTH.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Spodick, D.H.* Medical history of the pericardium. Am J Cardiol. 26: 447, 1970.
2. *Pories, W.J.; V.A. Gaudiani.* Taponamiento cardiaco. Editorial Interamericana. Clin Quir Norteam pp. 573, 1975.
3. *Friedberg, C.K.* Enfermedades del corazón. Editorial Organismo Instituto del Libro. Pp. 845.
4. *Jaffe, Ft.; H. Kallman.* Pericardectomy for massive recurrent pericardial effusion. Ann Int Med 51: pp. 363, 1959.
5. *Merikas, G. et al.* Massive cardiac tamponade in uremic pericarditis with complete recovery. New Engl J Med 266: 1089, 1962.
6. *Rotellar, C. y colaboradores.* Pericarditis urémica. Rev Esp 122: No. 3, pp. 181, 1971.
7. *Lukash, W.M.* Massive pericardial effusion due to meningococcal pericarditis. JAMA 185: 1963.
8. *Griffin, S.G.; W.G.A. Swam.* Massive pericardial effusion with cholesterol crystals treated by pericardiectomy. Br Heart J 25: 825. 1963.
9. *Dix, J.H.; I. Gwikaynak.* Histoplasmosis with massive pericardial effusion and systemic involvement JAMA 182: 687, 1962.
10. *Schefers, G.W.H.* Tuberculous pericarditis. Am J Cardiol 9: 248, 1962.
11. *Cecil-Loeb.* Pericarditis. Ediciones Rev, 1968. Pp. 703.
12. *Bergen S.S. Jr.* Pericardial effusion, a manifestation of systemic lupus erythematosus, Circ 22: 144, 1960.
13. Grupo Nac. de Med. Interna, Pericarditis aguda. Normas de Med. Interna. Editorial Científico Tée., 1976.
14. *Farreras, P.* Medicina Interna. Ediciones Rev., pp. 478, 1967.
15. *Schwartz, M.J. et al.* Pericardial biopsy. Arch Int Med 112: 917, 1963.

Recibido: septiembre 10, 1977.

Aprobado: noviembre 15, 1978.

Dr. *Ernesto Felipe Perea* Hospital clinicoquirúrgico "10 de Octubre"  
10 de Octubre No. 130 Ciudad de La Habana.