

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH". CAMAGÜEY

Pericarditis. Informe de 20 casos

Por los Dres.:

RAFAEL PILA PEREZ*, EDUARDO A. GONZALEZ GARRIDO*, MANUEL FERNANDEZ***,

ARTURO DE LA HERRAN HERRERA* y ORESTES HERNANDEZ PRADA***

Pila Pérez, R. y otros. *Pericarditis. Informe de 20 casos*. Rev Cub Med 20: 4, 1981.

Se presentan 20 pacientes a quienes se diagnosticó pericarditis en nuestro hospital, en el período comprendido de 1973 a 1978. De estos 20 casos, 13 eran agudas y 7 crónicas. Fallecieron 5, y 15 fueron dados de alta hospitalaria. Esta entidad resultó ser más frecuente en nuestra serie entre los 15 y 29 años de edad, así como también fue notable la incidencia en el sexo masculino y la raza blanca. El roce pericárdico, el color torácico y la disnea fueron síntomas y signos que orientaron en el diagnóstico de esta enfermedad. Se pone de manifiesto el origen, complicaciones y la importancia de los exámenes de laboratorio, electrocardiográficos y radiológicos en el diagnóstico de pericarditis, ya sean agudas o crónicas. Se revisa la literatura nacional y extranjera y se comparan nuestros resultados con los de otros autores.

INTRODUCCION

La pericarditis es la inflamación de las membranas que rodean al corazón, esto es, del pericardio visceral, del parietal, o de ambos. Casi siempre constituye parte o complicación de otra enfermedad. Puede resultar de infección bacteriana o ser manifestación de una enfermedad general como la fiebre reumática. La pericarditis puede representar la única lesión cardíaca, o desarrollarse combinada con miocarditis, con endocarditis o con ambas.

* Especialista de I grado en medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey.

** Residente de II año de medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey.

*** Residente de III año de medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel Ar.cunce Domenech". Camagüey.

Desde el punto de vista diagnóstico, el término pericarditis resulta incompleto; siempre que sea posible, debe determinarse cuál es el agente o la enfermedad causales.¹

El objetivo de nuestro trabajo es la presentación de las características clínicas e incidencia de esta entidad en nuestro medio.

MATERIAL Y METODO

Se revisan los expedientes clínicos de 20 pacientes diagnosticados como pericarditis en nuestro hospital, en el período comprendido de 1973 a 1978. El diagnóstico se fundamentó en el cuadro clínico, exámenes de laboratorio, radiológicos (figura 1) y electrocardiográficos (figura 2), así como en el estudio histopatológico (figuras 3 y 4) en los pacientes fallecidos.

De estos expedientes clínicos hemos revisado la edad, sexo, raza, síntomas y

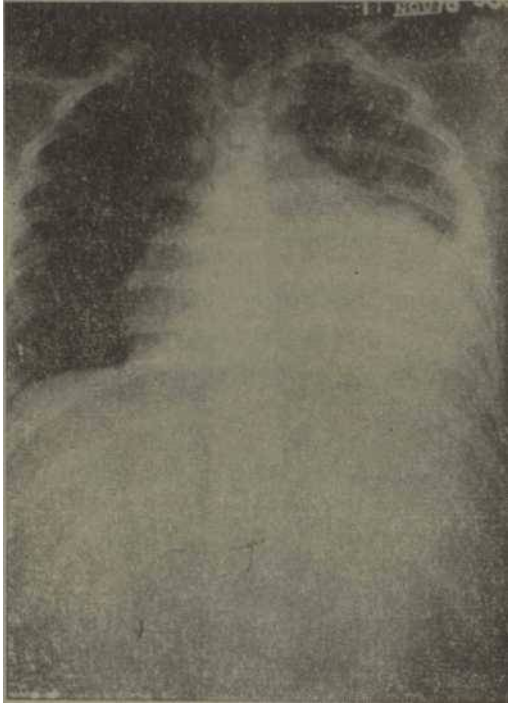


Figura 1. Obsérvese cardiomegalia global con estrechamiento del pedículo en un paciente con pericarditis inespecífica.

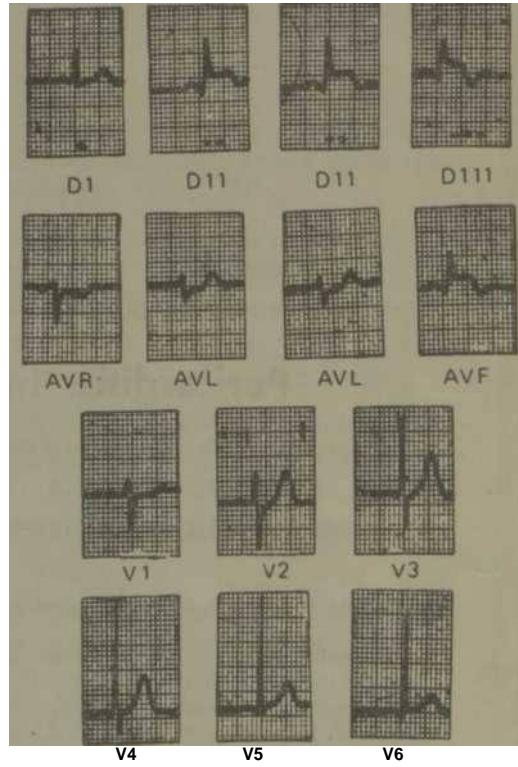


Figura 2. Electrocardiograma compatible con pericarditis aguda en un paciente de 30 años, con un infarto del miocardio.

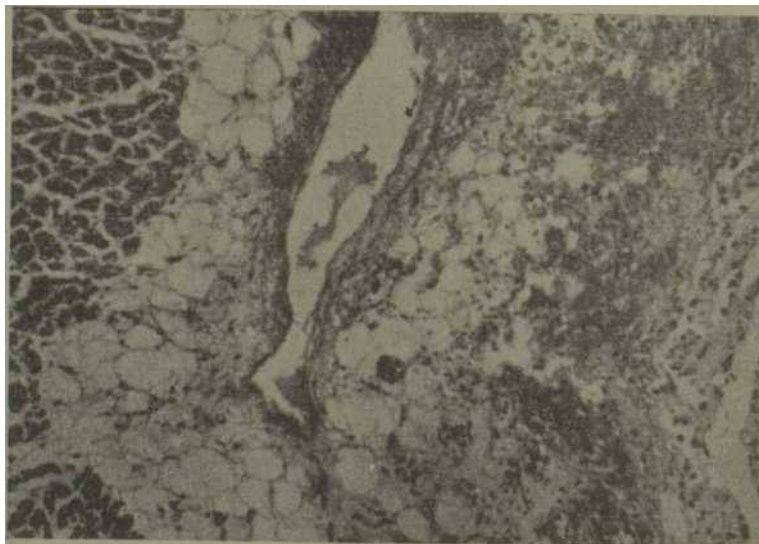


Figura 3. Pericarditis fibrinosa. Se observa en epicardio tejido de granulación e infiltrado inflamatorio crónico y fibrina.



Figura 4. Hemopericardio. Pericarditis fibrinosa masiva.

signos, complicaciones, etiología, exámenes de laboratorio, electrocardiografía y estudios radiológicos.

RESULTADOS

Edad, sexo, raza y procedencia (cuadro 1)

La edad que predominó en nuestra serie fue la comprendida entre los 15 y 29 años con 10 casos (50%), seguida por el grupo de los 60 a 64 años con 5 casos (25%).

El sexo masculino tuvo un predominio casi absoluto en la muestra estudiada, ya que 18 (90%) de nuestros enfermos correspondieron al mismo y solamente 2 (10%) eran del sexo femenino.

En cuanto a la raza, la blanca tuvo una alta incidencia con 18 enfermos (90%), e igualmente de los 20 casos, 18 (90%) eran de procedencia urbana.

CUADRO I
PERICARDITIS. 1973-1978

Edad, sexo y raza	N° de casos	%
<i>Edad</i>		
15-29	10	50
30-44	2	10
45-59	3	15
60-74	5	25
<i>Sexo</i>		
Masculino	18	90
Femenino	2	10
<i>Raza</i>		
Blanca	18	90
Negra	2	10

Hospital provincial docente "Manuel Asuncion Domenech". Camagüey.

Síntomas y signos (cuadro II)

El dolor precordial se manifestó en 14 pacientes (70%), éste fue el síntoma encontrado con mayor frecuencia, seguido por la disnea que fue informada en 7 pacientes (35%).

Los signos fueron variados, destacándose el roce pericárdico en 12 casos (60%) como el más importante de nuestra casuística; los ruidos cardíacos apagados en 10 casos (50%), ocuparon el segundo lugar y la hepatomegalia y la fiebre el tercero, Informándose ambos en 8 casos (40%) respectivamente. Se auscultaron estertores crepitantes en 6 pacientes (30%), y éste también es un signo que debe ser destacado.

Complicaciones (cuadro III)

De los 20 pacientes de nuestra casuística, 7 (35%) sufrieron complicaciones; la neumonía, con 4 casos (20%), fue la más frecuente. De estos 20 pacientes, hasta el momento actual, 5 (25%) han fallecido.

CUADRO II
PERICARDITIS. 1973-1978

Síntomas y signos	N° de casos	%
<i>Síntomas</i>		
Dolor precordial	14	70
Disnea	7	35
Expectoración	6	30
Tos	5	25
Escalofríos	4	20
Cefalea	4	20
<i>Signos</i>		
Roce pericárdico	12	60
Ruidos cardíacos apagados	10	50
Hepatomegalia	8	40
Fiebre	8	40
Estertores crepitantes	6	30
Edemas	5	25
Arritmias	4	20
Taquicardia	2	10
Esplenomegalia	2	10
Ictero	1	5
Rigidez en la nuca	1	5

Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey.

CUADRO III PERICARDITIS. 1973-1978		
Complicaciones	N° de casos	%
Neumonía	4	20
Sepsis generalizada	1	5
Insuficiencia renal aguda	1	5
Meningoencefalitis bacteriana	1	5

Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey.

Etiología (cuadro IV)

La pericarditis, ecológicamente es producida por diversas entidades; en nuestros casos, la uremia ocupó el primer lugar con 5 (25%), mientras que con 3 (15%) cada una, le siguieron la aguda inespecífica, la epistenocárdica, la viral y la post vacuna (antivariólica). El lupus eritematoso sistémico fue causa de dos casos (10%) y la fiebre reumática de 1 caso (5%) solamente.

Evolutivamente, 13 enfermos (65%) adoptaron la forma aguda y 7 (35%) presentaron una evolución crónica, correspondiendo estos últimos a los que fueron afectados por la uremia y el lupus eritematoso sistémico.

Exámenes de laboratorio (cuadro V)

La hemoglobina se encontró en cifras superiores a 10 g/100 ml en 12 enfermos (60%) e inferiores en 8 (40%). Se halló leucocitosis por encima de los 10 000 por mm³ en 7 pacientes (35%), y el conteo de los leucocitos fue normal en 13 (65%). En 10 casos (50%), la eritrosedimentación fue *patológica* y la bilirrubina y la urea se comportaron igualmente *patológicas* en 4 (20%) casos respectivamente. En 2 enfermos (10%) se demostró la presencia de células LE

CUADRO IV
PERICARDITIS. 1973-1978

Etiología	N° de casos	%
Urémica	5	25
Aguda inespecífica	3	15
Epistenocárdica	3	15
Viral	3	15
Post vacunal	3	15
Lúpica	2	10
Fiebre reumática	1	5

Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey.

en sangre periférica; es de destacar que en ellos no existía el antecedente de lupus eritematoso sistémico; sin embargo, eran pacientes que presentaban manifestaciones de enfermedad sistémica de varios meses. Los cultivos, y en específico el hemocultivo, mostraron positividad en 6 casos (30%), lo que posiblemente guarda relación con complicaciones sufridas por estos enfermos. El neumococo y el estafilococo, ambos encontrados en 3 pacientes (15%), fueron los gérmenes informados.

Otros exámenes (cuadro VI)

Llamó la atención que la transaminasa glutámica oxalacética se comportó *patológica* en 6 pacientes (30%) y la deshidrogenasa láctica en 5 (25%). El título de antiestreptolisina O fue superior a 250 U/Tood en 1 solo caso (5%). El electrocardiograma fue compatible con pericarditis en 16 enfermos (80%) mientras que en 4 casos (20%) mostró alteraciones que sugerían infarto del miocardio o cardiopatía isquémica. La cardiomegalia global predominó en los hallazgos radiológicos con 18 casos (90%), seguida de estasis pulmonar y de la neumonía con 8 (40%) y 4 (20%) casos respectivamente.

CUADRO V

PERICARDITIS. 1973-1978		
Exámenes de laboratorio	Patológicos	%
Hemoglobina < 10 g/100 ml	8	40
Leucocitos > 10 000 por mm ³	7	35
Eritrosedimentación > 45 mm en 1 hora	10	50
Bilirrubina > 2,5 mg/100 ml	4	20
Urea > 40 mg/100 ml	5	25
Células LE positivas	2	10

Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey.

CUADRO VI

PERICARDITIS. 1973-1978

Otros exámenes	Patológicos	%
T. G. O.	6	30
L. D. H.	5	25
Antiestreptolisina O	1	5
Electrocardiograma	Nº de casos	%
Compatible con pericarditis	16	80
Compatible con infarto del miocardio	3	15
Compatible con cardiopatía isquémica	1	5
Rayos X de tórax y telecardiograma		
	Nº de casos	%
Cardiomegalia	18	90
Estasis pulmonar	8	40
Neumonía	4	20
Derrame pleural »	2	10

Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey.

DISCUSION

La frecuencia de la pericarditis de todos los tipos se ha estimado entre el 4 y el 12% y la de la pericarditis aguda entre el 2% y el 7% de todas las autopsias realizadas;² sin embargo, en clínica, la frecuencia observada es mucho menor, ya que hay casos que no producen síntomas significativos y gran número de los pacientes que los presentan no son diagnosticados.¹

En nuestros casos predominó el grupo de edades comprendidas entre los 15 y 29 años con 10 pacientes, lo que representa el 50% de la muestra estudiada; en general los pacientes muestran edades que van desde los 15 a los 74 años. La relación entre hombres y mujeres fue de 9:1. *Martín*³ en su casuística informa una incidencia que fluctúa entre los 22 y 61 años y una pro-

porción entre hombres y mujeres de 8,5:1, hallazgos estos que son similares a los nuestros. En la serie que estudiamos hubo un amplio predominio de la raza blanca sobre la negra, lo que también es señalado por *Martín*³

En cuanto a los síntomas, autores como *Martín* indican que el dolor precordial estuvo presente en el 100% de sus casos; en los pacientes estudiados por nosotros este síntoma fue hallado en el 70% de los mismos. Este dolor puede manifestarse desde varias horas, días y a veces hasta semanas antes del ingreso en el centro hospitalario. Las manifestaciones del aparato respiratorio las encontramos en 6 enfermos, lo cual se corresponde con los resultados de otros autores. Tanto en nuestra serie como en la de *Martín*,³ se informa la presencia del roce pericárdico en 12 pacientes. Como ocurrió en nuestra muestra, el roce pericárdico suele auscultarse en el foco pulmonar o junto a la parte baja izquierda del esternón. El aumento del área de matidez cardíaca es un signo clásico de la pericarditis, nosotros constatamos la cardiomegalia por estudios radiológicos. Casi siempre esta matidez es hacia el borde izquierdo en los espacios segundo y tercero, pero puede estar aumentada hacia la derecha del esternón en el quinto espacio intercostal (signo de Rotch),¹ como ocurrió en un caso nuestro.

Dentro de las arritmias, la única que incidió en nuestros casos fue la fibrilación auricular, la cual fue demostrada electrocardiográficamente en 4 pacientes. *James*⁴ señala una gran relación entre las arritmias auriculares y las pericarditis.

El hígado, al igual que el bazo, está aumentado por congestión pasiva crónica que se origina por la estasis secundaria a las adherencias pericárdicas.¹ El hígado presenta el típico aspecto *moscado* de la insuficiencia cardíaca.¹ En nuestra serie informamos 8 enfermos con hepatomegalia y 2 con esplenomegalia. La fiebre, los escalofríos, los es

tertores crepitantes y la cefalea se presentan en grado diverso según la causa de las complicaciones," como fue demostrado en nuestra casuística.

En la pericarditis es difícil hablar de complicaciones, por las dificultades que en ocasiones se confronta en demostrar si la complicación es una neumonía o si en realidad una neumonía neumocócica es la que ha originado la pericarditis; en nuestros casos, las complicaciones surgieron después de haberse fundamentado el diagnóstico de pericarditis, y fueron las infecciones en general, la complicación más frecuente.

En 96 casos de pericarditis en un hospital general,⁶ la causa más frecuente fue la fiebre reumática, seguida de la infección bacteriana, la aguda inespecífica y la uremia.

En la serie de *Sodeman*,⁶ en 240 pacientes estudiados, la de mayor frecuencia fue la aguda inespecífica, seguida de las piógenas y la epistenoicárdica; sin embargo, *Friedberg*⁷ señala que las formas más frecuentes de pericarditis son las que siguen al infarto del miocardio, mientras que en la forma crónica, la tuberculosis es la causa que más se encuentra entre los casos en que el origen es demostrable; en las formas crónicas, la causa es desconocida en un alto porcentaje de los casos.⁷ En la serie que presentamos señalamos que en la forma aguda predominaron la inespecífica, la post infarto, la vacunal y la viral y en la crónica, la urémica.

La pericarditis urémica se observa ahora con mayor frecuencia a causa del tratamiento prolongado de los pacientes urémicos con métodos dialíticos.⁸ El lupus eritematoso produce pericarditis en menos del 5% de los casos, puede detectarse pericarditis mucho antes de las manifestaciones clínicas del lupus,^{8,9} lo cual es señalado por nosotros en 2 casos. Es de destacar que *Cangemi*¹⁰ ya había señalado la pericarditis como complicación de la vacuna empleada profilácticamente contra la viruela, lo cual comprobamos en 3 casos de la serie estudiada.

En los exámenes de laboratorio hallamos leucocitosis en 7 pacientes y anemia en 12. La eritrosedimentación estaba alterada en 10 enfermos, mientras que *Martin*³ la informa alterada en 13 de sus 19 casos, encuentra leucocitosis en 9 y la anemia sólo la demuestra en 6 pacientes. La anemia es explicada en la pericarditis crónica teniendo en cuenta su origen: uremia, lupus eritematoso, tuberculosis, etc. La transaminasa glutámico oxalacética fue realizada en forma seriada durante 3 días a nuestros enfermos y sus resultados fueron *patológicos* en 6 casos solamente, lo que se corresponde con los hallazgos de *Martin*³ que ofrece cifras anormales de esta enzima en 5 de sus 19 casos.

En la casuística que presentamos sólo 1 paciente mostró cifras de antiestreptolisina O superior a 250 U/Tood. Sin embargo, el citado autor³ encontró resultados análogos en 4 enfermos, ya que 9 pacientes de su serie presentaban fiebre reumática.

Creemos necesario señalar que no pudimos determinar el virus causal de la enfermedad en nuestros pacientes, y fueron catalogados por exclusión, ya que son conocidas las dificultades técnicas para demostrar el origen viral.¹¹ No obstante, se ha señalado por *Koontz*¹² que los coxsackies del grupo B son los responsables de la mayor frecuencia de esta entidad.

*Sodeman*² halló que el 92% de sus casos tenían trazos electrocardiográficos anormales y que el 66% era compatible con pericarditis; nosotros encontramos anormalidad electrocardiográfica en el 100% de los casos y el 80% fue específico de pericarditis. *Bellet y Mc Millan*¹³ observaron anomalías distintivas en el 80% de sus enfermos.

Es necesario hacer un estudio de estos electrocardiogramas, ya que hay una gran similitud con los cambios observados en el infarto del miocardio^{10,13} bien indica que las alteraciones observadas dependen de lesiones subepicárdicas del miocardio.¹

En los estudios radiográficos que realizamos la sombra cardíaca estuvo alterada en el 90% de los casos; *Sodeman*²⁻¹⁴ informa alteraciones radiológicas del corazón en el 60% de su muestra, esto posiblemente se explica porque este autor hace estudios en 38 pacientes con pericarditis aguda, mientras que nosotros tenemos pacientes con cuadros agudos y crónicos.

CONCLUSIONES

1. En la serie que estudiamos predominó el grupo de edades de 15 a 29 años con 10 casos, el 50%, y el sexo masculino y la raza blanca, ambos con 18 casos cada uno, lo que representó el 90% del total de pacientes.
2. El dolor precordial y la disnea fueron los síntomas más frecuentemente encontrados, el primero en 14 pacientes, para el 70% y el segundo en 7 para el 35% de nuestra casuística.
3. Las sepsis con 6 enfermos, el 30%, generalizadas o localizadas, fueron las complicaciones que más frecuentemente se presentaron.
4. La causa urémica, con 5 casos (25%) predominó, mientras que la inespecífica, la viral, la post infarto y la post vacunal ocuparon el segundo lugar con 3 casos respectivamente, representando cada una el 15% de los casos.
5. Encontramos anemia en 12 enfermos, 60%; leucocitosis en 7,35%; y eritrosedimentación acelerada en 9 pacientes, 50%. Los cultivos fueron positivos en 6 casos.
6. El estudio enzimático puso de manifiesto alteraciones de la transaminasa glutámico oxalacética en 6 enfermos y de la deshidrogenasa láctica en 5; esto es, el 30% y el 25% respectivamente de los casos estudiados.
7. El electrocardiograma fue compatible con pericarditis en 16 pacientes, el 80%, mientras que la radiografía del

BIBLIOGRAFIA

1. *Friedberg, C.K. Enfermedades del corazón. Pericarditis aguda. T. II. P. 845. Editorial Instituto Cubano del Libro, 1972.*
2. *Sodeman, W.A. Acute pericarditis. Its role in diagnostic interpretation. Chest 57 (5): 470, 1970.*
3. *Martin, A. Acute non-specific pericarditis. A description of nineteen cases. Br Med J 2: 279, 1966.*
4. *James, T.N. Pericarditis and the sinus node. Arch Intern Med 110: 305, 1962.*
5. *Liv, E.J. et al. Iatrogenic acute cardiac tamponade. JAMA 176: 8, 1961.*
6. *Sodeman, W.A. Pericarditis. Am J Med Sci 235: 672, 1958.*
7. *Gimlette, T.D.M. Constrictive pericarditis. Br Heart J 21: 9, 1959.*
8. *Hogan, P.H. Pericarditis. Tratado de Medicina Interna. Decimocuarta ed. T. II. P. 1241. Cecil-Loeb. Editorial Interamericana. 1975.*
9. *Dubois, E.L. et al. Clinical manifestation of systemic lupus erythematosus. JAMA 190: 104, 1964.*
10. *Cangemi, V. F. Acute pericarditis after smallpox vaccination. N Engl J Med 258: 1257, 1958.*
11. *Soutar, C.A. Unusual case of viral pericarditis. Lancet I (7697): 498, 1971.*
12. *Koontz, C.H. et al. The role of Coxsackie group B virus infections in sporadic myocarditis. Am Heart J 82: 750-8, 1971.*
13. *Bellet y Me Millan. Citado por Friedberg.¹*
14. *Mugica, J. et al. Intérêt diagnostique de la biopsie péricardique a thorax fermé. Nouv Presse Med 5: 695, 11, 1976.*

Recibido: noviembre 16, 1979. Aprobado:
mayo 30, 1980.

Dr. *Rafael Pila Pérez*
Hospital provincial docente "Manuel Ascunce
Domenech" Camagüey.