

## TEMAS DE ACTUALIDAD

### LA PERICARDITIS EN LAS INFECCIONES DE TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR

por los doctores

B. MOIA y E. OTERO

Fuera de los factores clásicos de pericarditis aguda: reumatismo, tuberculosis, infecciones piogénicas, infarto de miocardio, uremia y traumatismos, los tratados de cardiología en general y los de afecciones del pericardio en particular no hacen referencia o sólo comentan accidentalmente observaciones que pueden corresponder a este interesante tipo de compromiso pericárdico agudo. Así, Levine<sup>1</sup> dedica algunas líneas a ciertos casos de pericarditis que pueden denominarse idiopáticas, y que presentan el cuadro de una infección aguda posiblemente provocada por virus; White<sup>2</sup> cita como causa de pericarditis a la influenza y las tonsilitis; Porter<sup>3</sup> incluye al bacillus influenzae; Waldorp y Genijovich<sup>4</sup> consideran rara su observación en el curso de la gripe y señalan, además, que las denominadas pericarditis esenciales o criptogenéticas que sobrevienen en el curso de las tonsilitis o amigdalitis reumáticas deben incluirse dentro del grupo de las reumáticas, y finalmente en el "Criterio para el diagnóstico de las enfermedades del corazón"<sup>5</sup> no se hace mención alguna de esta forma clínica de pericarditis aguda.

Es probable que este tipo de agresión pericárdica se observe ahora con mayor frecuencia que anteriormente, no sólo porque se le reconoce mejor, sino porque hay aumento absoluto de su incidencia y ello es quizás la causa del poco conocimiento que de la misma han tenido hasta la fecha la mayoría de los cardiólogos.

En nuestro medio han empezado ya a diagnosticarse casos de esta índole y es por tal razón que hemos creído conveniente sintetizar el estado actual de la cuestión, con la esperanza de que al difundir estos conocimientos, la afección pase menos a menudo inadvertida.

De acuerdo con Nathan y Dathe<sup>6</sup>, que presentan ocho observaciones registradas en el ejército durante los años 1943 y 1944, el común denominador de todas ellas es la coincidencia de la pericarditis con una afección del tracto respiratorio superior (coriza,

angina, naso-faringitis, tos) sobrevenida, por lo general seis a diez días antes de la aparición de la primera manifestación clínica de compromiso pericárdico (dolor) o evolucionando solapadamente desde tiempo atrás sin haber llegado a la curación total. En dos casos no hubo, sin embargo, antecedentes netos y sí sólo tos. Un enfermo había sido amigdalectomizado tiempo atrás.

En esta serie, la edad varió desde los 21 hasta los 36 años, pero puede observarse en pacientes de edad más avanzada (en nuestra última observación personal el paciente tenía 62 años). El síntoma dominante es el dolor precordial, tan intenso que muchas veces ha llevado al diagnóstico erróneo de infarto de miocardio. Se acentúa, por lo general con la tos, inspiraciones profundas y movimientos del cuerpo, se alivia con la posición sentada y el cuerpo inclinado hacia adelante y puede durar varios días. Por lo tanto, toda vez que en el curso o en la convalecencia de un proceso agudo de las vías respiratorias superiores aparece un intenso dolor precordial de este tipo se tiene la obligación de investigar cuidadosamente la posibilidad de una pericarditis aguda.

El signo de mayor valor es el frote pericárdico que puede persistir durante muchos días y todavía meses después de iniciado el proceso, aun en presencia de derrame pericárdico manifiesto. La cantidad de líquido acumulada no es, por lo común muy abundante, de modo que los agrandamientos cardíacos no alcanzan habitualmente la magnitud observada en otros tipos de afección pericárdica, en especial la tuberculosis. Al final, después de dos a tres meses de evolución y aún antes, se observa una normalización total o casi total de la imagen radiológica, se haya extraído o no terapéuticamente el derrame. Las dimensiones del diámetro transversal oscilaron en estos 8 casos entre 12.3 y 19.5 cms.

En las 5 observaciones en que se hizo punción pericárdica, se encontró un líquido sero-hemorrágico en 4 y claro en uno; fuera de los eritrocitos, existen, por lo general, escasos elementos figurados y los cultivos e inyecciones al cobayo resultaron siempre estériles.

Los fenómenos infecciosos generales no suelen ser habitualmente muy llamativos. La fiebre puede ser alta en los primeros días pero declina luego rápidamente pudiendo persistir febrícula durante varios meses. La cifra máxima de eritrosedimentación no excedió en los casos de estos autores de 25 mm en la primer hora, lo que es ya un

buen elemento diferencial con la pericarditis reumática. La leucocitosis varió de 6.000 a 22.600.

Las alteraciones electrocardiográficas revisten el tipo clásico y no merecen discusión en particular.

En todos los casos se observó curación espontánea sin secuelas y con restitución total de la sombra radiológica. No se puede afirmar, sin embargo, si con el correr del tiempo estas pericarditis agudas no pueden dejar como secuela adherencias pericárdicas capaces de llevar a la pericarditis constrictiva.

Barnes y Burchell<sup>7</sup> se habían ocupado ya en 1942 del asunto al describir 14 casos de pericarditis aguda, de etiología desconocida, y discutir el diagnóstico con el infarto de miocardio, simulado muchas veces por las características del cuadro clínico, en especial del dolor precordial. De la lectura de los mismos se desprende la extraordinaria similitud con los descritos por Nathan y Dathe y aunque estos últimos autores no citan dicha publicación, vale la pena reproducir el siguiente párrafo: "Como se ha mencionado previamente, había una historia de alguna infección aguda, usualmente en la parte superior del tracto respiratorio, precediendo al ataque de dolor precordial, en el 57 % de los casos. Del primer grupo de nueve casos, en el cual el diagnóstico parece establecido, la infección precedente se presentó en todos menos uno. Tal frecuencia de infecciones agudas precedentes no se observa entre los pacientes que sufren de ataques de trombosis coronaria."

Contribuyen, además, al diagnóstico diferencial con el infarto de miocardio la existencia de agrandamiento cardíaco manifiesto, la persistencia del frote pericárdico, y finalmente, las características electrocardiográficas.

No cabe duda que hecho el diagnóstico de pericarditis, lo difícil es eliminar la posible etiología tuberculosa, ya que la reumática se puede, por lo general, descartar sin dificultades. Hay, en efecto, pericarditis tuberculosas que evolucionan rápidamente y no dejan huellas dos a tres meses después, aunque quien sabe si muchas de las atribuidas a esta etiología<sup>8</sup>, no son en realidad pericarditis agudas no tuberculosas del tipo en estudio. Por lo pronto, las investigaciones realizadas con el líquido pericárdico de punción, alejan en los casos de Nathan y Dathe la etiología tuberculosa.

En síntesis, siguiendo a infecciones comunes del tracto respira-

torio superior y sin compromiso pleuropulmonar previo, pueden aparecer pericarditis con derrame estéril y no purulento, habitualmente hemorrágico, que evolucionan favorablemente sin dejar secuelas aparentes. Su presencia debe ser sospechada toda vez que en la convalecencia de una infección aguda del tracto respiratorio superior, aparece un dolor precordial, aunque sea ligero, que despierta la atención del enfermo por las molestias que origina. En estas condiciones se impone la investigación radiológica y electrocardiográfica, así como la búsqueda cuidadosa del frote pericárdico.

De la lectura de los casos publicados y de nuestras observaciones, parece desprenderse que la afección evoluciona espontáneamente y no es mayormente influenciada ni por los derivados sulfamídicos, ni por la penicilina. Cabe, en ese sentido, señalar que en las observaciones de Nathan y Dathe, la complicación pericárdica apareció aun cuando el enfermo estuviera ingiriendo sulfamídicos, a raíz del proceso previo de las vías respiratorias superiores.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Levine S. A.* — "Cardiopatología Clínica", trad. de la 3ª ed. inglesa, Salvat Ed., Barcelona, 1946, 87.
2. *White P. D.* — "Heart Disease", The MacMillan. New York, 3ª ed., 1944, 642.
3. *Porter W. B.*, en *Stroud W. D.* — "The diagnosis and treatment of cardiovascular disease", F. A. Davis, Filadelfia, 1940, I, 288.
4. *Waldorp C. P.* y *Genijovich S.* — "Enfermedades del pericardio", A. López, Buenos Aires, 1934, 146.
5. "Nomenclatura y criterio para el diagnóstico de las enfermedades del corazón". trad. de la 4ª ed. Soc. Arg. Cardiología. 1946, 203.
6. *Nathan D. A.* y *Dathe R. A.* — "Am. Heart J.", 1946, 31, 115.
7. *Barnes A. R.* y *Burchell H. B.* — "Am. Heart J.", 1942, 23, 247.
8. *Joselevich M.* y *Zwaig P. G.* — "Día Médico", 1946, 18, 188.