

PERICARDITIS CON DERRAME, ASOCIADA AL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA "SIDA".

* Dr. Elpidio Peña Arroyo

* Dr. Nelson J. Lantigua Perez

* Dr. Guillermo E. De Los Santos Forbes

* Dra Eunice Pimentel Fragoso

* Dr. Rigoberto Cepeda

* Dr. José A. Román

Resumen

Reportamos el caso de un paciente masculino de 22 años con pericarditis y derrame pericárdico siendo la causa del mismo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Se hace una revisión y discusión del tema.

Pericarditis con derrame

SIDA

Abstract

We report the case of a 22 years old male with pericarditis and effusion, caused by the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). We review and discuss the topic.

Pericarditis with effusion

AIDS

INTRODUCCION

Nuestro país sufre de una alta incidencia de SIDA, que fue reportada en un 2% en el año 1991. Es, entonces de esperar, que aparezcan con mayor frecuencia las complicaciones más diversas, producidas directamente por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o indirectamente por el estado de inmunodepresión al que lleva su infección.

En los primeros años, las complicaciones del SIDA que llamaron la atención fueron infecciones oportunistas y el desarrollo de tumores; posteriormente, al aumentar el número de casos y al hacerse un manejo más rápido y agresivo de aquellas complica-

ciones, comenzaron a aparecer otras manifestaciones debido al compromiso de diferentes órganos.

CASO CLINICO

Se trata del paciente B C, masculino de 22 años de edad, natural y residente en Monte Plata, mulato, chofer, soltero en unión libre, católico, quien vino a este Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el mes de Julio de 1990 por presentar:

Epigastralgia
Fiebre
Fatiga
Pérdida de peso

* Del Servicio de Cardiología, Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) Dr. Salvador B. Gautier, Santo Domingo, R. D.

Refirió que desde hacía unos 30 días venía presentando dolor epigástrico tipo pirosis, el cual a veces se le irradiaba a todo el abdomen, exacerbado con las ingestas y que en ocasiones le despertaba, para lo cual había tomado antiácido, teniendo en ocasiones mejorías ; asimismo refirió disminución de

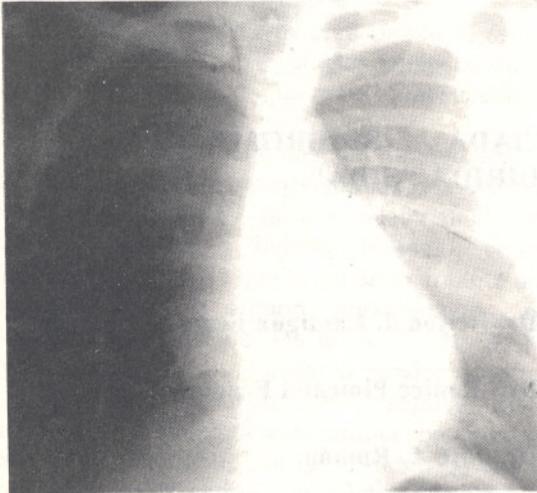


FIGURA No. 1.- RADIOGRAFIA DE TORAX DONDE SE OBSERVA CARDIOMEGALIA A EXPENSAS DE TODAS LAS CAVIDADES, SIN CAMBIOS EN EL PATRON VASCULAR DE LOS CAMPOS PULMONARES.

peso de aproximadamente 30 lb, de igual evolución; acusó fiebre desde hacía 8 días de predominio vespertino, con sudoración intermitente; dijo además presentar fatiga y disnea a moderados esfuerzos desde una semana atrás. No tenía antecedentes de hábitos tóxicos ni personales de importancia. Había tenido dos esposas. Su padre estaba vivo y era hipertenso; su madre falleció de ACV.

En la revisión por sistemas refirió anorexia, dolor de espalda, evacuaciones diarreicas hasta hacía unos 5 días, durante tres semanas.

Al examen físico lucía un paciente crónicamente enfermo, consciente y orientado en las tres esferas; no lucía con dificultad respiratoria importante. Sus signos vitales eran en ese momento: P A 100/70 mm Hg, F C 88 lat/min, F R 22 resp/ min.

Como datos positivos, observamos en el cuello una IVY de 2 cm por encima del angulo de Louis; un RHY de 4 cm, signo de Kussmaul pos. Microadenopatías cervicales derecha e izquierda. A nivel de tórax se palpaba un frémito sístolo-diastólico en el BPEI bajo. A nivel del corazón auscultamos unos ruidos cardiacos regulares con un segundo ruido pulmonar aumentado de intensidad; un frote pericárdico sístolo-diastólico en BPEI bajo a nivel de mesoapex. Los pulmones estaban normales a la auscultación. A nivel abdominal presentaba solo matidez a la percusión en epigastrio, con dolor a la palpación de dicha área. El resto del E F fue negativo.

La analítica de ingreso solo reportó anemia leve con un Ht en 34% y una Hb en 11.6 G/dL.

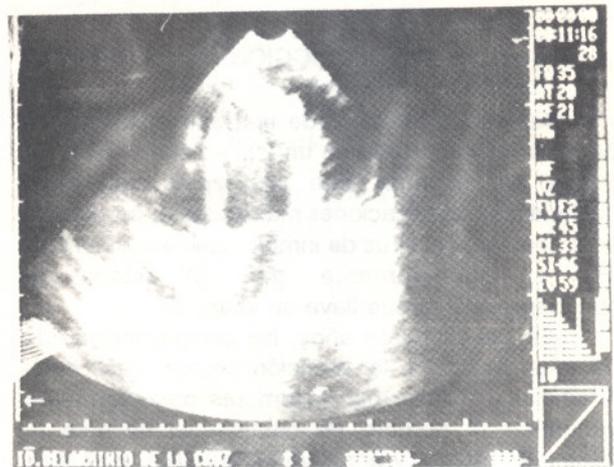
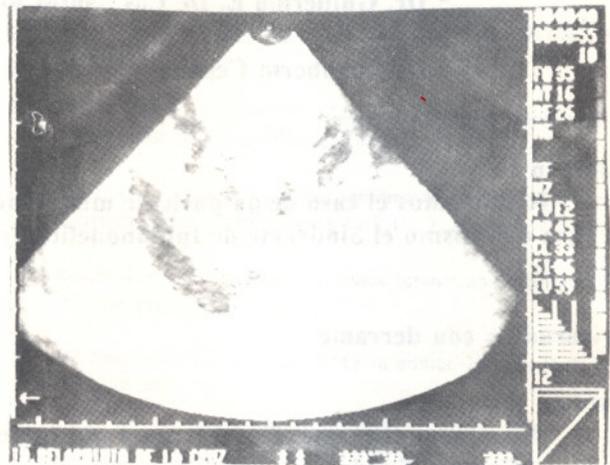
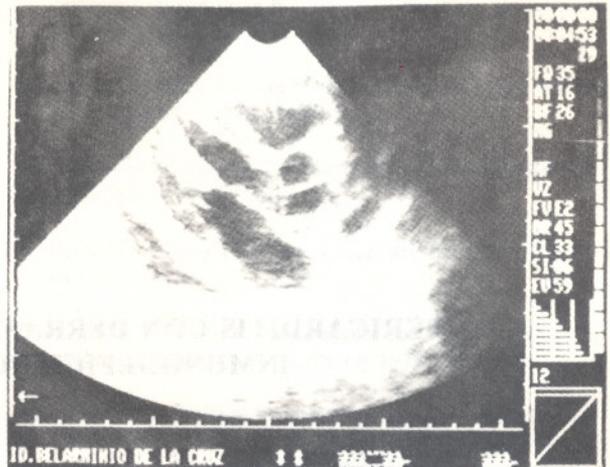


FIGURA No.2.-EN ESTOS TRES CORTES ECOCARDIOGRAFICOS EN ECOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL, PODEMOS OBSERVAR PERICARDITIS FIBRINOSA IMPORTANTE, CON DERRAME POSTERIOR DE UNOS 400 CC.

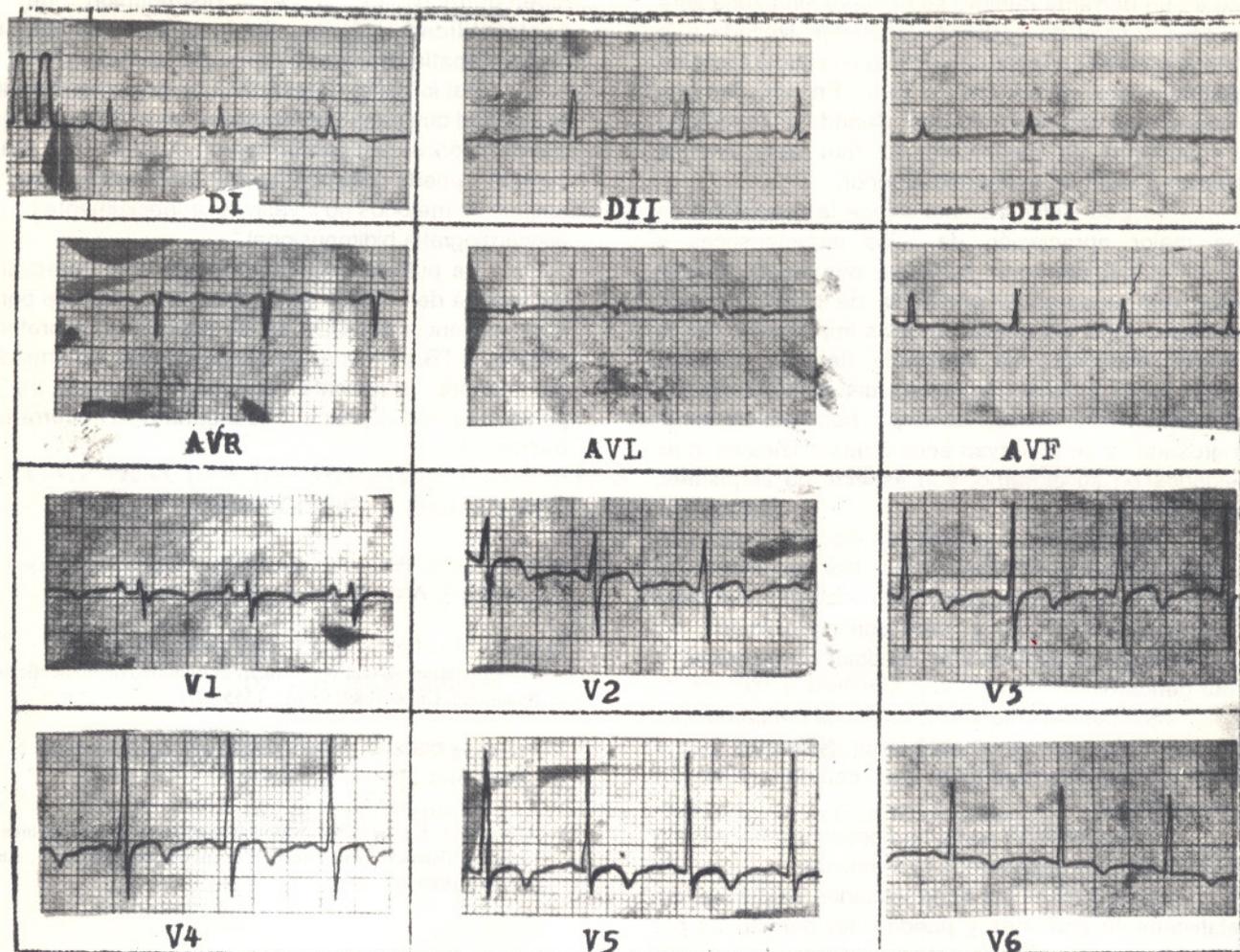


FIGURA No. 3.- ELECTROCARDIOGRAMA DE SUPERFICIE QUE MUESTRA TRASTORNOS DIFUSOS DE LA REPOLARIZACION EN PRACTICAMENTE TODAS LAS DERIVACIONES, ASI COMO DATOS DE ALTERNANCIA ELECTRICA EN D-III Y VI.

Al día siguiente de estar ingresado se le realizó ecocardiograma bidimensional, el cual reportó pericarditis fibrinosa importante, con derrame pericárdico posterior de unos 400 cc. Otras analíticas realizadas se reportaron como normales.

En los primeros días de su ingreso, su evolución fue satisfactoria y solo se quejaba de dolor torácico anterior. Al sexto día de ingreso se reportó un Ht en 32%, con una Hb en 11.0 G/dL, con 7,200 G B/mm³, con 70% de neutrófilos y 22% de Leucocitos. Una ERS de 100 mm la 1ra hora, un PPD neg, así como 4 baciloscopías. Una radiografía de torax P A se reportó con una cardiomegalia grado III.

Al octavo día de ingreso empezó a presentar evacuaciones diarreicas en número de 5-6 por día. Un EKG de inicio se reportó como normal y otro a las 3 semanas reportó trastornos de la repolarización de manera difusa en todas las derivaciones.

El paciente continuó con las evacuaciones diarreicas y un VIH reportado cuatro días antes de su

alta a petición, fue positivo. Durante su estadía se manejó con Acetaminofén, Dipirona, Indometacina, soluciones mixtas al 0.9%, antiácidos, Ranitidina, complejo B inyectable y proteínas en polvo.

Luego de casi un mes de ingresado, el paciente pide su de alta sin saberse nada del mismo hasta la fecha.

DISCUSION

La ecocardiografía nos permite la evaluación morfológica de las paredes y cavidades cardiacas, la función ventricular y el estado de las válvulas. Además, una buena evaluación de la presencia de derrame pericárdico, orientándonos sobre su magnitud y la presencia o no de fibrina y engrosamiento pericárdico. Puede detectar derrames de hasta 15 cc.

Con eco Modo M se puede hacer una estimación bastante aproximada de los derrames, ya

que en un derrame mínimo se observa una zona libre de ecos a nivel de pericardio posterior, limitada a la sístole; cuando es ligero se ve tanto en sístole como en diástole, pero menor de 5 mm. En un derrame moderado es cercano a 10 mm. Cuando es moderado a importante es mayor de 10 mm apreciándose también a nivel de pericardio anterior.

El Eco Bidimensional ofrece la posibilidad de una mejor apreciación de las características y magnitud del derrame. Además, nos puede arrojar datos que sugieran la presencia de tamponamiento cardíaco, entre los cuales el más importante es el colapso diastólico del ventrículo derecho, también puede haber colapso de la aurícula derecha. En los pacientes tuberculosos, las hojas pericárdicas están engrosadas y se observan ecos gruesos lineales, más delgados en su extremo, con aspecto de serpientes, por la fibrina.

Se reportó un estudio de pacientes SIDA, quienes habían desarrollado pericarditis, encontrándose que el 50%, era debido a VIH; la pericarditis era tanto seca como con derrame, pero con poco líquido; las manifestaciones clínicas eran de dolor retroesternal y frote pericárdico.¹

Se han descrito varios casos de pericarditis por *Mycobacterium avium-intracelular* en pacientes con SIDA. También se reportó un caso con pericarditis por Herpes Simple.²⁻³

Generalmente no se ha encontrado la invasión del corazón por organismos oportunistas.⁴

En los niños las anomalías cardíacas son relativamente comunes y pueden ser detectadas por métodos invasivos. Entre estas tenemos

hipercontractilidad (63%), disminución de la contractilidad (26%) incluyendo casos de miocardiopatía dilatada; derrame pericárdico (26%).

Por lo tanto, el desarrollo de pericarditis es una posibilidad que debe contemplarse en el SIDA, aunque de muy poca frecuencia, pero cuando hay datos clínicos, puede diagnosticarse fácilmente con el empleo de métodos no invasivos, especialmente con la ecocardiografía bidimensional.⁴

Se publica este caso debido a lo infrecuente del reporte del mismo en nuestro país, aunque por la gran incidencia del SIDA es de esperarse, sobretodo, porque la TB pulmonar se asocia a esta enfermedad de manera importante en nuestro medio, y la pericarditis con derrame secundaria a TB ocurre con frecuencia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Malu-K et al. Pericarditis and Acquired Immunodeficiency Syndrome. Arch Mal Coeur 1988; 81 (2): 207-11
- 2.- Woods G L, Goldsmith J C. Fatal pericarditis due to *Mycobacterium Avium-intracelulare* in Acquired Immunodeficiency Syndrome. Chest 1989; 95 (6): 1355-57
- 3.- Freedberg R S et al. Herpes Simple pericarditis in AIDS. N Y State J Med. 1987; 87 (5): 304-06
- 4.- Lipsuhlitz S E et al. Cardiovascular manifestations of Human Immunodeficiency Virus infection in infants and children. Am J. Cardiol 1989; 63:1489-97