

# Pericarditis

## Estudio Anatomoclínico de 6700 Autopsias

Jesús Israel Sarkis\*

Oscar Ortiz Ortiz\*\*

Rodrigo Cordero Zúñiga\*\*\*

### INTRODUCCION

El pericardio se afecta habitualmente como consecuencia de enfermedades sistémicas o de vecindad (trauma, infección, infarto, aneurisma disecante, tumor, trastorno metabólico, colagenopatías) y sólo excepcionalmente en forma primaria (quistes o tumores), y su expresión clínica o bien está oculta dentro del cuadro de la entidad primaria o puede constituir la parte más llamativa de la enfermedad. Por otra parte esta serosa, como todas, cualquiera que sea el factor etiológico que la afecte, responde desde un punto de vista anatomopatológico en forma limitada produciendo exudados, serosas, purulentos, hemorrágicos, o serofibrinosos, y tardíamente, puede terminar en fibrosis con/sin calcificación, todo lo cual puede determinar constricción, (TB, trauma, colesterol) o adherencia a estructuras vecinas (pericarditis adhesiva en fiebre reumática). El hecho de que esta serosa se afecte en la mayoría de los casos en forma secundaria permite que sus caracteres clínicos se engloben dentro de las manifestaciones clínicas de la enfermedad principal, lo que dificulta su diagnóstico, o bien, ya comprobado, requieran procedimientos múltiples para clasificarla etiológicamente. En una investigación de 10 años en la Clínica Mayo, se encontró que la forma aguda no específica era la más frecuente forma de la enfermedad y consideraron que este Dx representa un grupo de afecciones que incluyen las producidas por virus, hipersensibilidad o proceso autoinmune. Con objeto de conocer los factores etiológicos y algunas otras características de las enfermedades del pericardio en nuestro medio, hemos realizado este estudio, el cual sólo comprende material de autopsia, lo que elimina aquellas formas de pericarditis no graves, como la pericarditis no específica, una de las formas más frecuentes.

---

\* Jefe de Clínica del Servicio de Medicina N° 1 del Hospital San Juan de Dios.

\*\* Jefe del Servicio de Medicina N° 1 del Hospital San Juan de Dios.

\*\*\* Jefe de la Sección de Medicina del Hospital San Juan de Dios.

---

## MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 6700 Protocolos de Autopsia del Hospital San Juan de Dios de 1951 a la fecha (agosto del 62). Se analizaron los casos de acuerdo a edad, etiología, formas de presentación e importancia que tuviera en el cuadro clínico del paciente. Las pericarditis sépticas, tuberculosas y por reumatismo poliarticular agudo, se estudiaron con especial énfasis en la posibilidad de que hubiese un cambio de frecuencia en su presentación a través de estos 11 años. Todos los datos fueron llevados a una fórmula preparada ad-hoc y trasladados mediante un Código a tarjetas perforadas para su recuento.

## RESULTADOS

Se encontraron 203 casos de pericarditis, lo que da una frecuencia general de 3.3%. De acuerdo al tiempo de evolución fueron clasificadas como agudas, sub-agudas y crónicas. Dentro del grupo de las crónicas se incluyó un sub-grupo de secuelas (manchas lechosas, o fusión de ambas hojas sin fenómeno inflamatorio actual). El cuadro I muestra la distribución.

*Cuadro I*

FORMA	Nº	%
Agudas	101	49.9
Sub-agudas	66	32.5
Crónicas	16	5.6
Secuelas	20	10.0
Total	203	100.0

La mitad de los casos fueron agudas y la sigue en frecuencia las sub-agudas dando en conjunto un 82.4%. El 10% fueron simples secuelas.

De acuerdo a la edad se hicieron 4 grupos. El cuadro II muestra la distribución:

*Cuadro II*

EDAD	Nº	%
Menos de 5 años	19	8.3
De 5 a 20 años	32	15.7
De 20.1 a 50 años	82	40.4
De más de 50 años	74	35.6
TOTAL	203	100.0

El cuadro II muestra que la mayoría de los casos ocurren después de los 20 años, 76%, pero el tamaño de los grupos de edad es muy variable para que tenga significación el dato por sí solo. De acuerdo al tipo de exudado y del aspecto macroscópico de pericardio se clasificaron en 4 grupos: purulenta, hemorrágica, serofibrinosa, y adhesiva, incluyendo en este grupo todas las formas crónicas. El cuadro III muestra la distribución.

*Cuadro III*

TIPO	Nº	%
Purulenta	43	21.1
Hemorrágica	19	8.3
Serofibrinosa	54	26.6
Adhesiva	87	45.0
TOTAL	203	100.0

El cuadro III muestra que casi la mitad fueron adhesivas o crónicas, 45%, le siguen con frecuencia similar las serofibrinosas, 26.6% y las purulentas, 21.1%. Solo en el 8.3% fue clasificada de hemorrágica. La etiología en algunos casos fue mixta, y en estos se estudió cual factor parecía más importante, que fue el que se tomó en cuenta. El cuadro IV muestra la distribución de acuerdo a etiología predominante:

*Cuadro IV*

ETIOLOGIA	Nº	%
Neumopatía aguda	62	30.5
Reumatismo	23	11.3
Uremia	22	10.8
TB	19	8.3
Infarto	19	8.3
Trauma	10	4.9
Lupus	1	0.5
Constrictiva	6	2.9
Tumores	40	19.8
Otras	16	7.9
TOTAL	203	100.0

El cuadro IV muestra que la causa más frecuente es la secundaria a neumopatía aguda, 30.5%, y la siguen en frecuencia los tumores,

19.8% y con una frecuencia similar están uremia, tuberculosis e infarto. En seis casos la pericarditis fue de tipo constrictivo, 2.9% y solo se encontró un caso de pericarditis lúpica. Uno se pregunta si el uso de nuestros antibióticos y quimoterápicos, y las nuevas sepas microbianas han cambiado el panorama con que se presentan los diversos tipos de pericarditis, piógenas, reumáticas y tuberculosas, en particular. El gráfico 1, muestra lo que pasó a este respecto en el curso de los 11 años de estudio.

El gráfico es muy demostrativo en que las formas piógenas descienden violentamente hasta el año 54, se mantienen estacionarias hasta el año 58 en que empiezan a ascender rápidamente, ascenso que no se interrumpe hasta la fecha. La enfermedad reumática mantuvo un nivel más o menos paralelo durante todo el tiempo de estudio, a pesar de un discreto aumento en el año 53. Las pericarditis tuberculosas tuvieron su frecuencia mayor en 1955, y desde entonces han seguido declinando hasta la fecha. El cuadro IV demostró que los tumores son la segunda causa frecuente de pericarditis. El cuadro V muestra la lista de los tumores que se encontraron en autopsia.

Cuadro V

TIPO DE TUMOR	Nº	%
Linfomas en general	13	35.5
Ca de pulmón	11	27.5
Ca de estómago	3	7.5
Hepatoma	2	5.0
Leucemia	2	5.0
Ca tiroides	2	5.0
Ca testicular	1	2.5
Neuroblastoma	1	2.5
Ca de cervix	1	2.5
Mesotelioma del pericardio	1	2.5
Hemangioendotelioma mediastínico	1	2.5
Condrosarcoma	1	2.5
Ca de mama	1	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

El cuadro V demuestra que la inmensa mayoría son debidas a un linfoma o a un cáncer pulmonar primario. Las otras causas son relativamente raras. Debe destacarse, por su rareza, un caso de meso-

teloma primario del pericardio que murió por taponamiento cardíaco. Una pregunta necesaria es saber qué importancia tuvo la pericarditis en el cuadro clínico del paciente. El cuadro VI muestra nuestros hallazgos:

Cuadro VI

GRADO	Nº	%
Importante	27	13.3
Contribuyente	27	13.3
Sin importancia	149	73.3
TOTAL	203	100.0

El cuadro VI muestra que las  $\frac{3}{4}$  partes de los casos, 73.3%, la pericarditis no contribuyó en manera alguna a la enfermedad del paciente. En el 26.7% fue contribuyente o el factor principal de la enfermedad que llevó al paciente a la autopsia.

#### DISCUSION:

En nuestro material de autopsia se encontró lesión pericárdica en el 3.3%, lo que es inferior a la frecuencia reportada en la literatura (4.2% y 5.4%). Esto podría explicarse por el uso de antibióticos y quimoterápicos en nuestra casuística. No se encontraron casos de pericarditis aguda no específica, una de las formas más frecuentes, posiblemente por la benignidad de esta condición, la mayoría de las veces. En nuestro material, la mayoría de los casos la serosa participa de un proceso general, habitualmente grave. La causa más frecuente es la secundaria a neumopatía aguda, dentro del cual el proceso pericárdico tiene un significado secundario, desde un punto de vista clínico, pero cuya presencia atestigua la gravedad de la enfermedad primaria y le imprime un pronóstico sombrío. El dato más importante de análisis en pericarditis piógena es que su frecuencia cayó por un período de varios años, para volver a remontarse a partir del año 58 a la fecha. Esto nos recuerda un estudio similar sobre neumonía que sigue una curva parecida a la que observamos en pericarditis. Tal como se demostró en el gráfico 1, este ascenso desde el año 58 sugiere que hayan sido producidas por gérmenes resistentes a los antibióticos en uso, aunque no tengamos un estudio bacteriológico que nos confirme esta suposición. La forma tuberculosa descendió del 55 a la fecha, lo que es paralelo al descenso de esta enfermedad en nuestro país. Es de notar que las formas reumáticas, en el material de autopsia mantiene una misma frecuencia durante los 11 años en estudio, lo que sugiere la necesidad de la implantación de una campaña preventiva de la enfermedad. Este hallazgo, también enfatiza, que la pericarditis R es acompañante de las formas más graves de la enfermedad. La segunda causa más frecuente es la secundaria a tumo-

res malignos, en nuestros casos. La mayoría de ellos evoluciona sin cuadro clínico propio. Es de notar que en nuestro material la causa más frecuente fue la linfomatosa, contrariamente a lo que ocurre en Norteamérica, donde el Ca de pulmón y mama son las más frecuentes.

La pericarditis constrictiva es tan rara en nuestro medio como en todas partes. Se encontró menos de 1 caso por 1.000 autopsias, y White, quien estaba particularmente interesado, recolectó de numerosos sitios, en 26 años, sólo 78 casos.

#### RESUMEN:

- 1.—Se revisaron 6.700 autopsias y se encontró una frecuencia de pericarditis de 3.3% (203 casos).
- 2.—La mayoría tuvieron una evolución aguda o sub-aguda (49.9 y 32.5 respectivamente).
- 3.—Puede decirse que no hubo diferencia en la frecuencia en que se presentó en las diferentes edades.
- 4.—La causa más frecuente fue la debida a neumopatía aguda (30.5%) y la siguió en frecuencia la secundaria a tumores (19.8%).
- 5.—Con frecuencia similar se presentaron uremia, tuberculosis e infarto.
- 6.—Los linfomas y el cáncer de pulmón fueron las causas más frecuentes dentro del grupo de las pericarditis tumorales.
- 7.—Sólo encontramos seis casos de pericarditis constrictiva.

#### BIBLIOGRAFIA:

- 1.—BACHMAN, K. P.; FOSTER, C. G. & Cols: Ann. Inter. Med. 40:811, 1954.
  - 2.—BESTTERMAN, E. M. M. & THOMAS, G. T.: Brit Heart J. 15:113, 1953.
  - 3.—KAYE S. L.: Lancet: 1:1039, 1949.
  - 4.—REEVES, R. L.: Am. J. Med. Sc. 225:34, 1953.
  - 5.—STOFFER, D. D.: Ann. Int. Med. 12:407, 1958.
  - 6.—TOMLIN, C E.; LOGUE, R. B., y HURST, J. W. JAMA 149:1215; 1952.
  - 7.—WAKER, W. y MERRIL, J. P. JAMA 156:764, 1954.
  - 8.—WOOD, J. A.: Am Heart J. 42:737, 1951.
-