

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

**PERICARDITIS CONSTRICTIVA. INFORME
DE UN CASO**

Dr. Luis F. Sevilla Feijoo¹, Dr. Angilberto Sánchez Martínez², Dr. Luis F. Sevilla Mederos³, Dra. Dianne Cano Írsola⁴, Dra. Sonia Prieto Jiménez⁴, Dra. Caridad Bernardo Fernández⁵, Dr. Abel Lara Negret.⁶

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino, de piel blanca, de 39 años de edad, con ascitis hallada por medio de ultrasonido. Al incremento de la ascitis y complicación cardiorrespiratoria, se remite, con el diagnóstico de pericarditis constrictiva, al Hospital Militar "Carlos J. Finlay". Es valorado en el Instituto de Cardiología y en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras, donde permaneció tres meses. Se le realizó pericardiostomía. Se concluyó como pericarditis constrictiva de origen tuberculoso.

Palabras clave: ASCITIS/ ultrasonografía; PERICARDITIS CONSTRICTIVA/etiología.

INTRODUCCION

La ascitis (término de origen griego: *ayxques*, que significa bolsa o saco) describe la acumulación anormal de líquido dentro de la cavidad peritoneal. El adjetivo "ascítico" se usa para describir el líquido.

La ascitis se menciona en los primeros escritos médicos conocidos: Hipócrates cita la relación existente entre los procesos hepáticos y la hidropesía. Celso detalla el método para hacer la paracentesis. Erasístrato de Alejandría plantea la hipótesis de que la ascitis se debe a una dureza del hígado, y comenta que la sangre no puede llegar al hígado por estrechez de sus vasos.

¹ *Especialista de II Grado en Medicina Interna. Asistente.*

² *Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente*

³ *Especialista de I Grado en Gastroenterología.*

⁴ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

⁵ *Especialista de II Grado en Cardiología. Profesor Auxiliar.*

⁶ *Residente de Cardiología.*

INFORME DEL CASO

Se trata de un paciente de 39 años, que acude a nuestro centro con molestia abdominal soportable, trastornos digestivos, sin acidez, ni reflujo gástrico y con antecedentes de hepatitis viral.

Antecedentes patológicos familiares.
Padre alcohólico, madre diabética

EXAMEN FISICO

No se comprueban alteraciones cardiorrespiratorias.
Tensión arterial: 120 - 80; pulso 80, no se aprecia ingurgitación yugular, ni eritema palmar; no se halla circulación colateral abdominal, ni edema en miembros inferiores; sólo molestia abdominal soportable; se comprueba, en un segundo ultrasonido, una ligera ascitis.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Hemoglobina: cifras normales.
Eritrosedimentación: normal
Glicemia: normal
Creatinina: normal
Orina: normal
Transaminasa oxaloacética: normal
Transaminasa pirúvica: 22 U
Fosfatasa alcalina: 11.8 U
Colesterol: normal
Célula LE: negativa
Factor reumatoideo: negativo
Coagulograma: normal
VIH: negativo
Antígeno B: negativo
Antígeno C: negativo
Dosificación de gonadotropina: 0.10 U
Inmunocomplejo circulante: 0.25
Filtrado glomerular: normal
Electroforesis de proteína: normal
Ultrasonido (al momento del ingreso): escasa cantidad de líquido en fosa ilíaca derecha
Ultrasonido evolutivo: páncreas ecográficamente normal, hígado de textura conservada que rebasa, aproximadamente 3cm el reborde costal; vesícula de tamaño normal; vías biliares no dilatadas; riñones y bazo ecográficamente normales.

Existe escasa cantidad de líquido en hipocondrio derecho, así como gran cantidad en fosa ilíaca derecha.

Derrame pulmonar bilateral

El líquido ascítico extraído era de color cetrino claro; se realizó punción y se extrajeron 250 cc de líquido color ámbar, con elementos en suspensión, el cual se envía al Departamento de Anatomía Patológica, que obtiene resultado bacteriológico positivo. Del primer líquido no se logró un diagnóstico.

Hígado: Tamaño normal, color rojo, superficie lisa, en general, con algunas depresiones en el lóbulo izquierdo, tinte anaranjado en lóbulo izquierdo y algunas zonas de coloración algo oscura, borde romo, consistencia aumentada.

Biopsia hepática: El cilindro hepático muestra discreta tumefacción celular y metamorfosis grasa, microvascular. No existe evidencia de fibrosis.

Tomografía axial computarizada: Corte tomográfico, se comprueba líquido en ambas cavidades pleurales y pericardio a predominio derecho y líquido ascítico en abdomen. Hígado de densidad normal, páncreas normal, bazo de tamaño normal.

Gastroduodenoscopia: Se observa gastritis antral.

Ecocardiograma: sin alteraciones al ingreso; posteriormente, se observa derrame.

DISCUSION

Se invocan varios mecanismos etiológicos. Entre ellos, aunque la mayoría de los pacientes con ascitis tienen cirrosis hepática (80%) y las dos causas más comunes son el alcohol y la hepatitis C, y en muchos pacientes se observan ambas, en alrededor del 20 % de los pacientes con ascitis hay una causa no hepática; la ascitis, con frecuencia, se desarrolla como descompensación de la hepatopatía alcohólica.

1. Ascitis mecánica

Hipertensión venosa generalizada: asistolia, pericarditis constrictiva y cor pulmonale crónico, hipertensión venosa localizada o portal. Suprahepática (síndrome de Budd - Shiari).

Cirrosis hepática.

Infrahepática

2. Ascitis humoral o por déficit de proteína

Falta de ingestión: síndrome carencial, caquexia

Falta de absorción: síndrome de mala absorción

Falta de formación: hepatopatía

Excreción aumentada: síndrome nefrótico y síndrome de mala absorción. Ascitis inflamatoria, tuberculosis reumática y aguda séptica.

3. Ascitis tumoral: carcinosis primaria y metastásica.

4. Otros tipos: mixedemas.

Enfermedad del sistema linfático, linfoma, trauma del conducto torácico, síndrome de Meige.

Después del estudio y el aumento progresivo de la ascitis con derrame pleural, pericárdico y gran edema, se aplica tratamiento antituberculoso, sin mejoría evidente. Se remite al Hospital Militar "Carlos J. Finlay" en Ciudad de La Habana, con el diagnóstico de pericarditis constrictiva. Previamente se descarta la cirrosis hepática y se analizan todas las posibilidades etiológicas antes expuestas. Se llega a la conclusión de pericarditis constrictiva de causa tuberculosa. Se realiza pericardiotomía, con mejoría evolutiva y seguimiento por consulta externa, sin alteraciones evidentes.

CONSIDERACIONES FINALES

La pericarditis constrictiva puede ser la complicación de una forma de tuberculosis, como es el caso que nos ocupa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sleisenger - Fordtram. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Tomo II, 6ta edición. Editorial Médica Panamericana 2000.
2. Runyon BA. Ascites and spontaneous bacterial peritonitis. En: M. Feldman, BF Scharschmidt, MH Sleisenger & Fordtram's *Gastrointestinal and Liver Disease. Pathophysiology/Diagnosis/Management*. 6a. ed. Vol 2 Philadelphia; WB Saunders Co. 1998: 1310-13.
3. Shiff L, Shiff ER. *Diseases of the Liver*. 7th Ed. Philadelphia: Lippincott, 1993:1036-38.
4. Novelilla MT, Soriano Gana J, *et al*. Prophylaxis of the first spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients. *Hepatology* 1994; 20:115a.
5. Shaldon SS. The Etiology and management of ascites in patients with hepatic cirrhosis. A Review. *Gut* 1963; 4:95.

6. Goldberg BB, Goodman G. Evaluation of ascites by ultrasound. *Radiology* 1970; 96:15.
7. Runyon B. Cardiac ascites: A characterization. *J Clin Gastroenterol* 1998;10(4): 410-2.
8. Llanio Navarro R. *Propedéutica Clínica y Fisiopatología*. La Habana: Pueblo y Educación; 1991: 634.
9. Cecil-Loeb. *Tratado de Medicina Interna*. 19 ed. Vol I México: Editorial Interamericana, 1994:852-6.
10. Merck. *El Manual*, 10ma. ed. Editorial Harcourt. Edición en español, 1999.