

Taponamiento cardiaco en el lupus eritematoso diseminado.

C. AGUIRRE ERRASTI; P. GONZALEZ DE ZARATE APIÑANIZ; I. ALBEROLA GOMEZ-ESCOLAR; J. BUADES REYNES; E. VALERDI ALVAREZ, y J. MERINO ANGULO.

Servicio de Medicina Interna.
Departamento de Medicina Interna.
Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social «Enrique Sotomayor», Bilbao.

(Recibido, 1 de abril de 1976.)

INTRODUCCION

La afectación cardiovascular en el lupus eritematoso diseminado (L. E. D.) fue descrita inicialmente por KAPOSÍ¹, en el año 1872, al objetivar alteraciones cardíacas y disnea en un paciente con dicho proceso. Es en 1928 cuando LIBMAN y SACKS² publican la descripción de una endocarditis verrucosa no bacteriana, que separan de la reumática y de la bacteriana. Aunque estos autores encuentran lesiones cutáneas en dos de sus cuatro pacientes, el significado de dichas lesiones no fue apreciado hasta años más tarde, en que GROSS³ establece claramente la relación entre la endocarditis de LIBMAN y SACKS y el L. E. D. A partir de entonces y progresivamente se ha conocido la frecuencia de la afectación cardíaca, variando entre un 55 % y un 58 % de los pacientes estudiados por HEJTMANCIK⁴, HARVEY⁵ y ROBLES-GIL⁶ y de un 70 % a un 80 % de los enfermos de JESSAR⁷, SHEARN⁸ y ARMAS-CRUZ⁹.

Los estudios clínicos y necrópsicos⁴ han permitido conocer la afectación de las diferentes estructuras cardíacas. Entre éstas la lesión del pericardio (4,8) es muy frecuente, variando su importancia desde un cuadro muy poco sintomático a la constricción pericárdica¹⁰. Una manifestación de esta afectación del pericardio lo constituye el derrame masivo con un cuadro de taponamiento cardiaco, hecho muy poco frecuente en el L. E. D.

CASO CLINICO

Paciente E. G. P., hembra de 41 años, que ingresa en el Servicio de Medicina Interna refiriendo que encontrándose previamente bien comenzó, cinco meses antes de su ingreso y a los quince días de un parto a término con feto vivo, con artralgias en codos y dedos de la mano y parestesias en ambas extremidades superiores e inferiores. En esta situación, dos semanas antes de su ingreso, presenta empeoramiento de su estado general con dolor en base de ambos hemitórax, motivo por el que ingresa.

Antecedentes personales y familiares, sin interés. No tomaba ningún tipo de medicamentos.

La exploración física mostraba una enferma febril de 38° C. con una sensación de gravedad, en buen estado de nutrición, con palidez de piel y mucosas. No plétora yugular, ni adenopatías. Auscultación pulmonar, disminución de la ventilación en ambas bases. Auscultación cardíaca, normal. Pulso central y periférico a 100 por minuto, rítmico. Tensión arterial, 130/70. No hígado, ni bazo, ni masas palpables. Pulso conservados. Exploración neurológica, normal. No lesiones cutáneas.

En el momento del ingreso se practicó una radiografía de tórax, que fue normal. El electrocardiograma mostraba una taquicardia sinusal sin trastornos de la repolarización (fig. 1). El análisis de sangre correspondía a 5.600 leucocitos con fórmula normal. Hto. 25 %. Hb, 8,3 g. %. Reticulocitos, 6 %. Plaquetas, 280.000.

En los dos días siguientes a su ingreso, mientras se comenzaba su estudio, continuó con mal estado general y fiebre de 37,5° C. y 38,5° C. En esta situación, y de manera brusca, comenzó con dolor en hipocondrio derecho, objetivándose a la exploración una hepatomegalia de 4 cm. por debajo del reborde costal, blanda, dolorosa, acompañada de aumento de presión venosa yugular y pulso paradójico.

demuestran en general una pericarditis fibrinosa no específica, pudiéndose encontrar en ocasiones cuerpos de hematoxilina y degeneración fibrinoide¹⁵.

La conducta terapéutica del taponamiento cardiaco viene establecida por la respuesta a los corticosteroides, en los casos en el que el diagnóstico esté confirmado, y por la gravedad de la alteración hemodinámica. Sobre el empleo de los corticosteroides de debe de considerar su falta de eficacia en algunos casos e incluso en la producción de un derrame masivo durante la terapéutica esteroide^{5, 8, 18}. La indicación de pericardiocentesis se establece por el fracaso de los corticosteroides y por la necesidad de corregir rápidamente los signos y síntomas del taponamiento. Debe ser realizada con precaución, ya que no está exenta de riesgos, habiéndose descrito casos mortales por perforación de ventrículo y arteria coronaria^{17, 18}.

RESUMEN

Dentro de las alteraciones cardiacas del lupus eritematoso diseminado la afectación del pericardio es frecuente. Sin embargo, la producción de un derrame masivo con signos de taponamiento cardiaco es hecho infrecuente y poco descrito. Se estudia un enfermo con estas características y se hace una revisión del problema.

BIBLIOGRAFIA

1. KAPOSÍ, M.—Neue Beiträge zur Kenntnis des Lupus Erythematosus.—Arch. Dermat. U. Syph., 4, 36, 1872.
2. LIBMAN, C., y SACKS, B.—A Hitherto Undescribed Form of valvular and mural Endocarditis.—Arch. Int. Med., 33, 701, 1924.
3. GROSS, L.—The cardiac lesions in LIBMAN-SACKS disease with a consideration of its relationship to acute Diffuse Lupus Erythematosus.—Amer. J. Path., 16, 375, 1940.
4. HEJTMANCIK, M. R.; WRIGHT, J. C.; QUINT, R., y JENNINGS, F. C.—The cardiovascular manifestations of systemic lupus erythematosus.—Amer. Heart J., 68, 119, 1964.
5. HARVEY, A. M.; SHULMAN, L. E.; TUMULTY, P. A.; CARLUY, C. C., y SCHOENRICH, E. M.—Systemic lupus erythematosus. Review of the literature and clinical analysis of 138 cases.—Medicine, 33, 452, 1959.
6. ROBLES-GIL, J.; MINTZ, G.; GORODESKY, M., y KATON, G.—Cardiopathy of the connective tissue diseases. Study of 120 cases of lupus and 50 cases of progressive sclerosis.—Abstract IV World Congress of Cardiology, p. 25, 1961.
7. JESSAR, R. A.; LAMONT; HAVERS, N., y RAGAN, C.—Natural history of lupus erythematosus disseminatus.—Ann. Int. Med., 38, 717, 1953.
8. SHEARN, M. A.—The heart in systemic lupus erythematosus.—Amer. Heart J., 58, 452, 1959.
9. ARMAS-CRUZ, R.; HARNECKER, J.; DUGACH, G.; JALIL, Y., y GONZALEZ, F.—Clinical diagnosis of systemic lupus erythematosus.—Amer. J. Med., 25, 409, 1948.
10. YURCHAK, P. M.; LEVINE, S. A., y GORLIN, R.—Constrictive pericarditis complicating disseminated lupus erythematosus.—Circulation, 31, 113, 1965.
11. KEEFER, C. S., y FELTY, A. R.—Acute disseminated lupus erythematosus.—Report of three fatal cases.—Bull. Johns Hopk. Hosp., 35, 234, 1924.
12. DUBOIS, E. L., y TUFFANELLI, D. L.—Clinical manifestations of systemic lupus erythematosus.—J. Amer. Med. Ass., 190, 104, 1964.
13. COOK, C. D.; WEDWOOD, R. J. P., y GRAIG, J. M.—Systemic lupus erythematosus. Description of 37 cases in children and a discussion of endocrine therapy in 32 of the cases.—Pediatrics, 26, 570, 1960.
14. JACOBS, J. C.—Systemic lupus erythematosus in childhood.—Pediatrics, 32, 257, 1963.
15. BRIDGEN, N.; BYWATERS, E. G. L.; LESSUF, M. H., y ROSS, I. P.—The heart in systemic lupus erythematosus.—Brit. Heart J., 22, 1960.
16. TANBENHAUS, M.; EISENSTEIN, B., y PICK, A.—Cardiovascular manifestation of collagen diseases. Circulation, 12, 903, 1955.
17. DUBOIS, E.—Lupus erythematosus.—Second Edition. Los Angeles, 1974, pág. 267.
18. KONG, T. Q.; KELLUM, R. E., y HASERICK, J. R.—Clinical diagnosis of cardiac involvement in SLE.—Circulation, 26, 7, 1962.
19. ESTES, D., y CHRISTIAN, C. L.—The natural history of SLE.—Medicine, 50, 85, 1971.
20. BERGEN, S. S., Jr.—Pericardial effusion a manifestation of SLE.—Circulation, 22, 144, 1960.
21. LERER, R. J.—Cardiac tamponade as an initial finding.—Amer. J. Dis. Child., 124, 436, 1972.
22. GREENBERG, J. H., y LUTCHER, C. L.—Drug induced systemic lupus erythematosus.—J. Med., 222, 1919, 1972.
23. DONALD, C. J., y FORKER, A. D.—Cardiac tamponade in procainamide induced lupus erythematosus. Chest., 61, 685, 1972.
24. CAREY, R. M.; COLEMAN, M., FEDER, A.—Pericardial tamponade: A major presenting manifestation of hydralazine-Induced Lupus syndrome.—Amer. J. Med., 54, 84, 1973.
25. SEAMAN, A. J., y CHRISTERSON, J. N.—Demonstration of L.E. cells in pericardial fluid.—J. Am. Med. Ass., 149, 145, 1959.
26. GOLDUNBERG, D.—Pericardial-Fluid complement.—Ann. Int. Med., 78, 786, 1973.
27. HUNTER, G. G.; MULLEN, B. J., y MCDUFFIE, F. C.—Complement in pericardial fluid of lupus erythematosus.—Ann. Int. Med., 80, 453, 1974.