

## CONCLUSIONES PREVIAS A UNA REVISION EN CURSO DE PERICARDITIS INGRESADA EN LA CLINICA B

Dr. A. AMATLLER TRIAS

HAN sido revisados hasta la fecha 57 casos, 33 de los cuales de origen tuberculoso; 20, reumático; 2, séptico; uno de origen traumático y otro angiomatoso.

En los casos de pericarditis tuberculosa hemos constatado:

1.º La presencia de *dolores articulares*, en 10 casos.

2.º La *auscultación de un ritmo en tres tiempos*, en todos los casos de pericarditis adhesiva o constrictiva (4 casos).

3.º El pinzamiento de la presión arterial, en 17 casos.

4.º Presencia de *esplenomegalia*, en 10 casos.

5.º Demostración de *ascitis*, en 6 casos.

6.º Derrame pleural con caracteres de trasudado, en 3 casos.

7.º El Mantoux positivo fué registrado en 13 casos.

El estudio radiológico reveló:  
Que la imagen del corazón fué

normal en tamaño y forma, en 2 casos.

Una *imagen en chimenea* (mediastino anterior y superior), en todos los casos de pericarditis constrictiva (4 casos).

Calcificación pericárdica, en un caso.

Un aumento de la imagen cardíaca, con desaparición de sus arcos, en 9 casos.

Una imagen cardíaca en botijo, en 5 casos.

Una imagen cardíaca normal, pero con desaparición de sus arcos, en 4 casos.

Agrandamiento de la imagen cardíaca con conservación de sus arcos, en 3 casos.

Su estudio electrocardiográfico reveló:

Presencia de un bajo voltaje, en 7 casos.

Onda T negativa en derivaciones standart, unipolares, de extremidades y precordiales, en 17 casos.

Descenso de ST en las antedichas derivaciones, en 5 casos.

Fibrilación auricular, en 2 casos.

Hipertrofia ventricular derecha, en un caso.

Bloqueo de rama derecha, en 2

casos (fibrosis difusa pulmonar concomitante).

Extrasistolia, un caso.

Bloqueo aurículoventricular, un caso (no digitálico).

Del estudio humoral y hemático se establecieron los grupos:

Velocidad de sedimentación globular (V.S.G.) y cuadro proteico normal, un caso (p. constrictiva).

V.S.G. ligeramente acelerada, e s c a s a s alteraciones proteicas, Weltman alargado y colesterol positivo, 3 casos (adhesiva o constrictiva).

V.S.G. acortada, proteínas normales, Welt. alargado, 2 casos (una hematógena con frote pericárdico y una constrictiva).

V.S.G. muy acelerada, intensas alteraciones proteicas y gelificaciones positivas, Welt. acortado o cero, en los casos de poliserositis con pericarditis.

Hay casos de V.S.G. acelerada y Welt. de 9, con intensa fibrosis pulmonar, que al aparecer el derrame pericárdico el Welt. se acorta; otros con el Welt. acortado y que durante el proceso de curación se normaliza y luego se alarga.

Pericarditis reumática: 20 casos.

Sin ruidos sospechosos de endocarditis, un caso, y con síntomas a la auscultación de endocarditis, 19 casos.

Con pinzamiento arterial, en 8 casos.

Con dolor articular, 15 casos.

Con esplenomegalia, 3 casos.

El Mantoux en ningún caso fué positivo.

Presencia de trasudados pleurales, en 3 casos (uno con insuficiencia cardíaca congestiva y estado evolutivo de su cardiopatía, y dos casos que la necropsia demostró una pericarditis adhesiva).

La exploración radiológica puso de manifiesto:

El valor diagnóstico del agrandamiento de las cavidades cardíacas, la mayoría de los casos exhiben imagen típica de la valvulopatía dominante.

El electrocardiograma sólo pudo ser estudiado en 10 casos, cuyas alteraciones fueron:

Bajo voltaje, en 2 casos.

Retardo de conducción aurículoventricular, en 2 casos.

Hipertrofia ventricular izquierda, 3 casos.

Hipertrofia ventricular derecha, 3 casos.

El estudio del cuadro humoral y hemático registró casos con:

V.S.G. muy acelerada, intensa positividad de las gelificaciones, Welt. normal o acortado, en 5 casos.

V.S.G. acelerada, Welt. alargado, un caso.

El estudio de la presión venosa y velocidad de circulación, practicado sistemáticamente en todos los casos de pericarditis ingresados los últimos cinco años en la

clínica, ha revelado su valor, siempre que no coexistan causas perturbadoras (insuficiencia cardíaca) con el hallazgo sistemático de una hipertensión venosa acompañada de una velocidad de circulación normal.

Queremos señalar la frecuencia del dolor precordial en la pericarditis aguda, o en sus reagudizaciones, que puede revestir distintos tipos, especialmente el pungitivo,

que obliga a respirar superficialmente; y el opresivo, que aumenta al agacharse, y la frecuencia de irradiaciones.

En un caso de pericarditis reumática, el dolor tuvo caracteres de angor, cediendo inmediatamente con trinitrina.

El roce pericárdico fué registrado siempre en el curso evolutivo de la pericarditis aguda y en los brotes de reagudización.