

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the Universidad de San Carlos de Guatemala is a circular emblem. It features a central figure, likely a saint or historical figure, seated on a throne. The figure is surrounded by various symbols, including a crown, a cross, and a lion. The text "UNIVERSITAS CAROLINA ACADEMIA GOACTEMALENSIS" is inscribed around the perimeter of the seal. The title of the thesis is superimposed over the seal.

**PERICARDITIS CRONICA CONSTRICTIVA,  
REVISION DE CINCO AÑOS EN  
EL HOSPITAL GENERAL.**

**JOSE SALVADOR COYOY MEJIA**

Guatemala, Abril de 1974.

## INDICE

- 1.— Introducción
- 2.— Objetivos
- 3.— Antecedentes  
Revisión bibliográfica
- 4.— Trabajo de investigación  
Comentario previo  
Revisión de registros clínicos  
Revisión de protocolos de autopsia
- 5.— Conclusiones
- 6.— Recomendaciones
- 7.— Bibliografía

## INTRODUCCION

Uno de los grandes problemas de salud que afectan nuestra patria es la Tuberculosis. Este complejo problema médico-socio-económico produce a su vez entidades cuya importancia varía de acuerdo a su frecuencia o a la severidad de sus manifestaciones. Una de estas entidades es la Pericarditis la cual en la mayoría de las veces se presenta como Pericarditis Crónica Constrictiva. Otras enfermedades pueden también, pero no con la misma frecuencia, producir el mismo síndrome constrictivo crónico. Entre estas otras causas se han reportado los traumatismos, asimismo algunas enfermedades virales, (9, 5, 1,).

Otro aspecto de la importancia de este problema es que ataca personas que se encuentran en plena edad productiva. En efecto, se encontró que la edad promedio de los pacientes afectados era de 47 años; el sexo masculino se vió afectado en 75o/o. Estos son datos de la literatura Americana. (1)

Volviendo a que Guatemala tiene un alto número de tuberculosos teóricamente sería de esperarse un número igualmente crecido de pacientes con enfermedad pericárdica tuberculosa, esto contrasta notablemente con hallazgos de un estudio hecho en nuestro país sobre Tuberculosis en que se encontró que el pericardio estaba afectado en un 2.47o/o. Esto se refiere a hallazgos de autopsia en una revisión de 765 casos. (7)

En este trabajo pretendo mostrar los hallazgos más relevantes de enfermos nuestros tomando como muestra una población hospitalaria heterogénea y en un tiempo determinado (5 años), ciñendome a los objetivos propuestos en el párrafo siguiente.

## OBJETIVOS

En base a los conceptos expresados en la introducción de esta tesis me he propuesto enfocar tres aspectos básicos acerca de la enfermedad bajo estudio, estos aspectos son:

- 1) Establecer la incidencia de Pericarditis Crónica Constrictiva en una población hospitalaria heterogénea, adulta, en un lapso de tiempo (5 años) tomado como muestra.
- 2) Tratar de hacer énfasis en que los métodos y técnicas diagnósticas para este tipo de problemas, deja mucho que desear actualmente en el Hospital General, y que podrían mejorarse.
- 3) Determinar si el tratamiento recibido por los pacientes afectados les permitió recuperar alguna forma de vida activa.

## ANTECEDENTES

### REVISION BIBLIOGRAFICA

**Pericardio; generalidades.**

#### **Anatomía:**

El pericardio es un saco fibroelástico que envuelve al corazón y tronco de los grandes vasos. Consta de dos capas: el pericardio seroso o epicardio que tapiza el miocardio y se repliega sobre sí mismo en la base del corazón para ir a recubrir al pericardio propiamente dicho; éste consiste en una capa de tejido fibroelástico, moldeable que rodeando por completo al corazón se pone en contacto con las estructuras adyacentes, mediastino y diafragma.

Entre una y otra capa pericardicas queda un espacio virtual que en condiciones normales contiene un líquido con características de suero y que existe en cantidad de 50-60 c.c.

El pericardio está fijo al diafragma y estructuras óseas vecinas por medio de ligamentos fibrosos, los principales van al esternón y a las vertebrae dorsales. El riego sanguíneo se lleva a cabo por medio de las arterias bronquiales, diafragmáticas superiores, tímicas y esofágicas medias. El retorno venoso va a las venas ácigos y diafragmáticas superiores por medio de venas accesorias. El drenaje linfático va a la red subpericardica. (10)

#### **EMBRIOLOGIA**

El pericardio, al igual que el corazón se origina a las tres semanas de edad gestacional fetal. Entonces se encuentra formando parte del tubo endocárdico que más tarde se diferenciará en tres estructuras anatómicas: endocardio, miocardio y pericardio. (6).

#### **FISIOLOGIA**

El pericardio cumple tres funciones fundamentales: medio de sostén para el corazón, protección del miocardio,

ofrece al corazón el medio adecuado para llevar a cabo su intenso trabajo mecánico al ofrecerle lubricación adecuada por el líquido pericardico. (4).

### Patología

El pericardio, como cualquier otro tejido corporal es susceptible de sufrir enfermedad ya sea por procesos propios de él o por enfermedades generales, sistémicas, que lo afectan ya sea por vecindad o por invasión directa. Los procesos inflamatorios del pericardio producen una patología bien definida y estudiada en todas sus formas: las Pericarditis, que por sí mismas constituyen uno de los capítulos más fascinantes de la Medicina Interna. El presente trabajo se ocupará de una de las formas de pericarditis, la crónica constrictiva. Sin embargo, quedaría truncado desde el principio si no se tocaran tópicos tan importantes como la clasificación de las pericarditis, para ubicar exactamente nuestro tema.

La pericarditis es básicamente un proceso inflamatorio del pericardio, esta irritación puede ser de causa infecciosa o no infecciosa. Por lo general se produce un derrame pericardico, cuya evolución puede ser lenta o rápida dando las variedades crónica y aguda respectivamente. A continuación se presenta una clasificación sencilla pero útil ya que reúne varios de los parámetros para la clasificación de pericarditis.

Por su etiología:

- a) Infecciosa: Aguda  
Crónica
- b) Traumática
- c) Tumoral
- d) Por vecindad
- e) Post quirurgica

Por las características del derrame:

- a) Serosa
- b) Fibrinosa
- d) Hemorrágica
- e) Purulenta

Por su curso clínico:

- a) Aguda
- b) Crónica: CONSTRUCTIVA  
No constrictiva

El tema de este trabajo constituye solo una pequeña parte de este vasto complejo médico. A continuación se describirá tomando en cuenta lo más importante.

## PERICARDITIS CRONICA CONSTRUCTIVA

### Datos generales

Este nombre solo denota un período en la historia natural de algunos casos de pericarditis. En efecto, un paso previo para la aparición de la pericarditis crónica constrictiva es el apareamiento anterior de alguna forma de pericarditis no constrictiva, aunque algunos autores opinan que este no es requisito indispensable y que pueden darse casos de enfermedad crónica constrictiva sin antecedentes como el mencionado. (1)

Cuando se asume la posibilidad de enfermedad pericardica previa, se puede explicar el cuadro constrictivo de acuerdo al siguiente esquema de acontecimientos: al principio se pierde la homeostasis de la región al perderse los medios

defensivos locales y se instala un proceso inflamatorio en el pericardio o en su vecindad. Este proceso inflamatorio puede ser infeccioso o no infeccioso. En el primer caso el agente nocivo llega al pericardio por cualquiera de estas tres vías: hematógica, linfática o por invasión directa. En todo caso cuando se ha instalado un proceso irritativo se produce un derrame pericardico que puede variar en intensidad y que muy bien puede pasar inadvertido. Las características de este derrame tienen decisiva importancia en la evolución del caso ya que si es un derrame seroso lo más probable es que se reabsorba solo cuando pase el período agudo, pero, cuando se trata de un derrame purulento o fibrinoso cabe pensar en una de estas dos posibilidades: reabsorción del líquido con digestión de los elementos fibrinoides o bien organización del mismo con formación de tejido cicatricial.

En este último caso, el fenómeno de organización fibrinosa cicatricial oblitera la cavidad pericardica y funde ambas capas en una sola cubierta fibrosa, rígida, que recubre al corazón cual coraza. Esta coraza puede variar en su grosor desde unos cuantos milímetros hasta un centímetro y en ocasiones alcanza tal rigidez que semeja un molde de cemento, fenómeno llamado "concretio cordis". El proceso puede tomar solamente el pericardio pero a veces incluye la periferia del miocardio estableciendo así tajantes y enormes diferencias en cuanto a pronóstico y tratamiento. (9).

### Etiología

El constante estudio de este mal ha establecido claras relaciones etiológicas en las cuales se han involucrado procesos infecciosos especialmente por bacilos de Koch y estafilococo piogénico (9), aunque también han encontrado lugar factores diversos como hemopericardio posttraumático, histoplasmosis, neoplasia, irradiación, pericarditis aguda, (5), y una variante idiopática. (1).

### Patogenia

De la exposición del substrato anatómico de esta enfermedad se puede inferir fácilmente los trastornos sistémicos acompañantes. Todo se desarrolla en torno de cierta forma de bloqueo cardíaco en el cual el corazón es incapaz de manejar adecuadamente el torrente del retorno venoso en virtud de haber perdido su expansibilidad natural a causa de su capa constrictora. Esta incapacidad se manifiesta en forma de insuficiencia cardíaca congestiva con todos sus síntomas y signos. La sintomatología varía desde una postración completa hasta un estado prácticamente asintomático que no requiere tratamiento. (5).

En los casos típicos de la enfermedad ya establecida se encuentra que el trastorno básico es la imposibilidad de los ventrículos para llenarse completamente durante la diástole debido a la limitación que le impone la cubierta pericardica engrosada. De esto resulta que el gasto cardíaco se encuentra reducido a valores promedio de 3.1 litros por minuto y por metro cuadrado, la presión venosa se encuentra elevada a valores que oscilan entre 13 y 41 centímetros de agua, el volumen sanguíneo circulante se encuentra aumentado, la saturación de oxígeno en la sangre se encuentra normal, ocurre hepatosplenomegalia congestiva importante y la ascitis es casi la regla. (1), (5), (9).

Todas estas alteraciones son características de la pericarditis crónica constrictiva pero en ningún modo son patognomónicas ya que se pueden presentar en otras enfermedades restrictivas como se verá más adelante a propósito del diagnóstico diferencial.

### Clínica

Es común la disnea de pequeños esfuerzos y la ortopnea las que pueden variar en intensidad. Casi no se producen signos de insuficiencia ventricular izquierda como edema pulmonar. Se encuentra distensión de las venas del cuello y en un 26% de los casos hay fibrilación auricular. Se pierde el choque del ápex cardíaco.

Se produce hepatosplenomegalia que puede ser tan importante que se llegue a sentir el bazo en la palpación del abdomen.

A continuación se hace un listado de los síntomas y signos que se presentaron con más frecuencia en un estudio de pacientes de pericarditis crónica constrictiva en un hospital de Estados Unidos. (1)

Hepatomegalia	99o/o
Pulso paradójico	90o/o
Distensión venosa	86o/o
Ascitis	80o/o
Disnea	76o/o
Edema	73o/o
Derrame pleural	61o/o
Tercer ruido	42o/o
Tos	41o/o
Cianosis	39o/o
Ortopnea	34o/o
Dolor precordial	31o/o
Fibrilación auricular	26o/o

#### Diagnóstico

Como toda investigación de un problema médico, se obtiene un alto grado de certeza en el diagnóstico por la historia

y el examen físico. Sin embargo, existen una serie de procedimientos auxiliares que ayudan a confirmar el diagnóstico, he aquí algunos de ellos:

Rayos X: En el 50o/o de los casos se ven calcificaciones pericardicas en la radiografía simple de tórax. Por otro lado ver un corazón normal en un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva induce a pensar en un trastorno subyacente del tipo pericarditis.

En la fluoroscopia se observa disminución en la amplitud de las pulsaciones cardiacas y algunas veces hay aplanamiento o concavidad de aurícula derecha.

El cateterismo cardíaco nos brinda tres medios para afinar el diagnóstico: a) la simple medición de la presión de sangre en aurícula derecha y la medición de la saturación de oxígeno en sangre.

- b) La angiocardigrafía por inyección intracardiaca de medio de contraste permite delimitar la silueta de las cavidades cardíacas.
- c) La angiografía usando como medio de contraste bióxido de carbono permite calcular el grosor de las paredes cardiacas.

#### Electrocardiografía

Los hallazgos más comunes se refieren a bajo voltaje generalizado y aplanamiento o inversión de la onda T en las derivaciones de miembros. También se detecta fibrilación auricular cuando existe.

#### Otros datos de laboratorio

El tiempo de circulación brazo-lengua está aumentado.

Existe albuminuria en 25o/o de los pacientes.



### Diagnóstico diferencial

- 1) Cardiopatía aterosclerótica con insuficiencia cardíaca congestiva.
- 2) Enfermedad mitral o tricuspídea.
- 3) Cirrosis portal
- 4) Enfermedad restrictiva del miocardio: fibroelastosis, enfermedad amilode, etcétera.

### Tratamiento

Se divide en médico y quirúrgico. El tratamiento médico es solo paliativo y se encamina a aliviar las molestias de la congestión venosa. Se basa fundamentalmente en el uso de diuréticos mercuriales, corrección del equilibrio hidroelectrolítico, corrección de la hipoproteinemia y uso de digital para combatir la insuficiencia cardíaca. Este último punto está muy discutido por cuanto se ha reportado que la digital no tiene acción en este tipo de patología antes de la operación pero sí tiene acción efectiva para prevenir la insuficiencia cardíaca en el postoperatorio inmediato. Otros autores por lo contrario afirman que la digital sí tiene acción terapéutica en esta enfermedad.

El tratamiento quirúrgico verdadero consiste en la descorticación del corazón liberándolo de su capa constrictora pericárdica. Otras técnicas como la pericardiotomía se consideran inútiles. (2)

En la pericardiectomía se escoge una vía de acceso amplia que suele ser una toracotomía izquierda. La descorticación se empieza del lado izquierdo: aurícula, ventrículo. De allí se pasa al lado derecho, reseca pericardio visceral y parietal que en este caso se encuentran fundidas en una sola. El preoperatorio reviste tanta importancia como la operación misma. El uso de digital en el preoperatorio, durante la operación y en el

postoperatorio inmediato previene la insuficiencia cardíaca que se desencadena supuestamente por la sobrecarga de un corazón parcialmente atrófico.

Los resultados de la operación no pueden evaluarse siempre inmediatamente después de la intervención, en algunos casos la mejoría es gradual. El tratamiento quirúrgico descrito tiene un 50/o de mortalidad pero en pacientes bien escogidos puede mejorarse el pronóstico. Cuando hay fuerte sospecha de participación tuberculosa es obligado dar el tratamiento específico iniciándose antes de operar al paciente. En general el pronóstico mejora mucho con el tratamiento quirúrgico y las recaídas son muy raras (11).

## TRABAJO DE INVESTIGACION

### Un comentario previo

Si retrocedemos un poco, a la sección que se refiere a los objetivos de esta Tesis, los encontramos establecidos de la siguiente manera:

- 1) Establecer la incidencia de Pericarditis crónica constrictiva en una población hospitalaria, heterogénea, adulta, en un lapso de tiempo (5 años) tomado como muestra.
- 2) Tratar de hacer énfasis en que los métodos y técnicas diagnósticas para este tipo de problemas deja mucho que desear actualmente en el Hospital General, y, que podrían mejorarse.
- 3) Determinar si el tratamiento recibido por los pacientes afectados les permitió recuperar alguna forma de vida activa.

Así pues, emprendí la tarea propuesta encontrándome desde el principio con una serie de problemas que incidieron muy desfavorablemente con el desarrollo del trabajo de investigación para establecer el primer objetivo.

En efecto, no se puede pasar por alto la forma tan deficiente en que se lleva el registro de los diagnósticos clínicos en el Hospital General. Esto vale tanto para la forma en que se llevan los libros de control en las salas del Departamento de Adultos como para la forma de registrar los diagnósticos en la sección de Estadística. Así se encontró que en algunas de las salas de Medicina no se registra el diagnóstico de egreso del paciente sino solo el diagnóstico de ingreso, que, como es obvio, puede ser muy distinto del diagnóstico final. La calidad de la información también deja mucho que desear porque muy frecuentemente

aparecen como diagnósticos datos tan inespecíficos como "cardíaca" o bien "insuficiencia cardíaca", pudiendo incluir en estos términos tan amplios cualquier enfermedad cardíaca u otra que lo parezca. Estos libros de control los llenan las enfermeras ya sea la graduada o una auxiliar de la sala.

En la Sección de Estadísticas se han agrupado los diagnósticos clínicos por meses y años. Esto ayuda mucho pero tiene el gran inconveniente que se ha escogido solo el diagnóstico principal de la hoja I B M de la papeleta clínica y por lo general cada paciente tiene más de un diagnóstico; siendo así que muchas veces se quiere investigar una enfermedad que no tiene por fuerza que ser el principal diagnóstico. Por ejemplo; cáncer gástrico puede coexistir con enfisema pulmonar en un paciente dado, pero en la hoja I B M de la papeleta no se pueden poner los dos como diagnóstico principal, quedando uno de ellos, por fuerza, sin registrar alterando considerablemente los datos sobre incidencia de una de estas entidades, la que no se registró.

Esta circunstancia hizo que el primer objetivo de esta Tesis se viera frustrado. Entonces se pasó a trabajar en el siguiente objetivo. Para este efecto se consideró que la forma más adecuada para valorar los métodos diagnósticos usados era el examen retrospectivo del manejo de cada uno de estos pacientes, por consiguiente se procedió a la revisión de cada uno de los expedientes médicos de los pacientes de Pericarditis Crónica Constrictiva.

La revisión de los diagnósticos clínicos registrados en la Sección de Estadística solo reveló la presencia de DOS casos de Pericarditis Crónica Constrictiva en cinco años, pero, recordando el margen de error tan amplio que representa este dato por sí solo, se precedió a la revisión de los protocolos de autopsia en los últimos cinco años. Los resultados se verán más adelante.

#### Revisión de Papeletas Clínicas

Se investigó exhaustivamente en busca de síntomas y signos que pudieran haber orientado en el diagnóstico de la

enfermedad, la frecuencia con que se presentaron y la cantidad de veces que estos hallazgos hicieron sospechar y condujeron a la investigación de la enfermedad, asimismo los métodos por los cuales se comprobó o se descartó el diagnóstico.

#### Revisión de Protocolos de Autopsia

Tuvo por finalidad comprobar la existencia de la enfermedad, grado de constricción cardíaca, establecer en lo posible la etiología y si existió etiología preponderante. Para determinar estos puntos se revisaron los diagnósticos de autopsia en los últimos cinco años poniendo especial atención en la descripción del corazón y pericardio, así como a la descripción microscópica de estos órganos cuando la había.

#### Parámetros clínico-patológicos que se utilizaron para la clasificación de Pericarditis Crónica Constrictiva

**Clínicos:** Se mencionó al principio de este trabajo que esta enfermedad puede pasar inadvertida y descubrirse sólo por hallazgos radiológicos efectuados por otras causas. Otras veces puede ser únicamente hallazgo de necropsia (que en el presente estudio fue casi la regla). En el presente trabajo se encontró que la mayoría de pacientes presentó uno o más síntomas y signos de enfermedad constrictiva que se achacaron a otros procesos; estos hallazgos característicos dieron la pauta para determinar CONSTRICCIÓN y el tiempo de evolución de los mismos denotan CRONICIDAD.

#### Patológicos

Se buscaron tres condiciones post mortem que por sí solas determinen la PERICARDITIS, CONSTRICCIÓN, CRONICIDAD, estas son:

- a) Pericardio fibrótico, adherido al epicardio o no adherido pero constriñéndolo.

- b) Pericardio engrosado con pérdida de su elasticidad.
- c) Casos en que la pericarditis crónica se había extendido a la periferia del miocardio.
- d) Condición especial: cualquier combinación de los anteriores.

#### Hallazgos en la revisión de papeletas y necropsias

En total se encontraron 16 casos que se podían considerar dentro de los requisitos fijados. De estos solo dos (12.5o/o) se diagnosticaron por clínica y uno de ellos se comprobó por Cateterismo cardíaco. En el cuadro siguiente aparecen los hallazgos clínicos más frecuentes.

#### Pericarditis Crónica Constrictiva, 5 años, Hospital General

Cuadro No. 1

##### Hallazgos clínicos

Hallazgo	No. casos	o/o
Hepatomegalia	11	69.0
Distensión venosa	9	56.2
Disnea	9	56.2
Edemas	8	50.0
Ascitis	5	31.0
Derrame pleural	4	25.0
Tercer ruido	2	12.5
Soplo cardíaco	3	18.5
Cianosis	1	6.25
Fibrilación auricular	0	
Pulso paradójico	No se investigó	

Comentario al cuadro No.1. Es fácil observar que predominaron los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca

congestiva y que existe similitud con los hallazgos de literatura citada.

#### Pericarditis Crónica Constrictiva, 5 años, Hospital General

Cuadro No. 2

##### Hallazgos radiograficos

Calcificaciones pericardicas	0 casos	
Fluoroscopia	No se hizo	
Cateterismo cardíaco	1 caso	6.25o/o
Derrame pericardico	1	6.25o/o

Comentario: Aquí si hay marcada discrepancia con los hallazgos de la literatura. Desafortunadamente no se anotaron los datos obtenidos en el único caso en que se hizo cateterismo cardíaco, el cual fué hecho en el Hospital Militar.

#### Pericarditis Crónica Constrictiva, 5 años, Hospital General

Cuadro No. 3.

##### Hallazgos electrocardiográficos

Hallazgo	No. Casos	o/o
Bajo voltaje	4	25.0
Onda T baja o invertida	7	43.5

Comentario: En tres pacientes no se encontraron anomalías electrocardiográficas y en seis pacientes más no se hizo este examen. No se pone el porcentaje total ya que en estos seis últimos casos pudieron haberse encontrado hallazgos patológicos.

**Pericarditis Crónica Constrictiva, 5 años, Hospital General.**

**Cuadro No. 4**

**Otros hallazgos**

Hallazgo	No. casos	o/o
Presión venosa elevada	8	100.0
Albuminuria	7	43.5

Comentario: la presión venosa se practicó en 8 pacientes todos los cuales presentaron elevación de la misma. Los valores variaron entre 21 y 28 cms de agua en la vena cefálica o basílica.

El 100o/o de la tabla se refiere a los casos investigados, naturalmente si se refieren a la totalidad de casos el porcentaje disminuiría a 50o/o.

**Pericarditis Crónica Constrictiva, 5 años, Hospital General**

**Cuadro No. 5**

**Edad de los pacientes**

Edad	No. casos
17 años	3
19 años	2
15 años	2
65 años	2
13 años	1
25 años	1
75 años	1
70 años	1
54 años	1
23 años	1
30 años	1
Total	16 casos

Comentario: aquí también se observa paralelismo en cuanto al grupo de edad afectada, en que predominan los jóvenes, el promedio de edad es de 28 años.

**Pericarditis Crónica Constrictiva, 5 años, Hospital General**

**Cuadro No. 6**

**Sexo de los pacientes**

Sexo	No. casos	o/o
Masculino	11	69
Femenino	5	31
Total	16	

Comentario: Vemos que la enfermedad bajo estudio atacó mayor número de hombres que de mujeres lo cual coincide con la descripción de la literatura.

**Pericarditis Crónica Constrictiva, 5 años, Hospital General**

**Cuadro No. 7**

**Procedencia de los pacientes**

Lugar de procedencia	No. casos
Capital	6
Sanarate	2
Palencia	2
Mazatenango	1
San Raymundo	1
Cobán	1
San Martín Acasaguastlán	1
Sta. Lucía Cotzumalguapa	1
Tiquisate	1
Total	16 casos

**Pericarditis Crónica Constrictiva, 5 años, Hospital General**

**Cuadro No. 8**

Etiología	No. casos
Idiopáticos	4
Tuberculosis	4
Fiebre reumática	2
Lupus eritematoso deseminado	1
Sin estudio microscópico	5
<b>Total</b>	<b>16 casos</b>

En este cuadro se ve que no predominaron precisamente las causas que se habían postulado como más probables en la literatura revisada, pero el estudio de los casos en que no se hizo diagnóstico microscópico hubiera podido alterar los resultados.

**Pericarditis Crónica Constrictiva, 5 años, Hospital General**

**Cuadro No. 9**

**Tratamiento**

Forma de tratamiento	No. casos o/o	
Médico	1	6.25
Quirúrgico	1	6.25
Sin tratamiento	14	87.50
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100.00</b>

Comentario: El paciente que recibió tratamiento quirúrgico falleció al cuarto día postoperatorio, el que recibió

tratamiento médico egresó mejorado en su sintomatología y no se supo más de él.

**ANALISIS DE LOS DATOS ENCONTRADOS**

Empezaré diciendo algo sobre la validez de este estudio. El tiempo tomado como muestra es relativamente corto, y además de corto cabe la posibilidad de que además de corto se haya escogido —por mera coincidencia— un período en que la enfermedad que se investigó tuviera una baja, o un alza, en su incidencia.

Por otra parte también es dable suponer que muchos casos hayan pasado por el Hospital sin ser detectados y continúen aún vivos o hayan fallecido fuera sin haber significado nada estadísticamente hablando.

En todo caso los hallazgos clínicos que se encontraron en la revisión de papeletas siguió un patrón muy parecido al que se ha descrito en la literatura y en ambas series de hallazgos clínicos predominó el síndrome de insuficiencia cardíaca congestiva. La diferencia fué cuantitativa. Es posible que si la revisión se ampliara en tiempo se encuentren más casos y en tal caso se definiría mejor la semejanza o desemejanza de los patrones clínicos de las series que se están comparando, las cuales, sobra decirlo, no tienen necesariamente que ser iguales. En lo que respecta a los hallazgos de Rayos X sí se encontró alguna diferencia importante ya que no se encontró ningún pericardio calcificado. La fluoroscopia no parece ser método auxiliar popular en este tipo de enfermedades a pesar de que existe un aparato que se puede usar para tal fin. El cateterismo cardíaco no se practica en el Hospital General aunque ya en 1956 se hicieron en este mismo centro algunas experiencias sobre este método diagnóstico y se comprobó su utilidad en el estudio de los problemas cardíacos. (8). Otros métodos más sofisticados como

la angiografía y la angiocardiografía aunque representan un costo mayor deberían poder hacerse en un hospital de la magnitud como la del General.

El análisis individual de cada papeleta indica que de los 16 pacientes con Pericarditis Crónica Constrictiva 11 presentaron historia, hallazgos físicos y de gabinete que sugerían fuertemente el diagnóstico y en ellos el grado de deformación del cuadro clínico por otras enfermedades concomitantes era mínimo. Solamente en dos de estos casos se sospechó Pericarditis Crónica Constrictiva y en uno solo de estos dos se investigó con cateterismo cardíaco (en el Hospital Militar), y se llegó a confirmar el diagnóstico. A este paciente se practicó pericardiectomía falleciendo en el cuarto día postoperatorio. Al otro paciente en quien se sospechó la enfermedad no se le investigó más y se inició tratamiento con diuréticos y digital mejorando los síntomas y signos habiendosele dado de alta; no se supo más de él.

Los cinco casos atípicos estuvieron enmascarados por otras entidades bien definidas y cuya atención requería investigación y tratamiento más urgente. Entre estos cuadros complicantes se encontraron: meningitis TB, lupus eritematoso diseminado, disentería amibiana, gangrena en extremidades, carcinoma en miembro inferior, etc. En estos casos también hubo historia y antecedentes sugerentes de enfermedad constrictiva crónica.

## CONCLUSIONES

- 1) Con el actual sistema de registro de diagnósticos clínicos del Hospital General es completamente imposible hacer una encuesta valedera sobre la prevalencia hospitalaria de la enfermedad que ocupó nuestra atención en esta Tesis.
- 2) El primer objetivo de esta Tesis no pudo cumplirse por las razones apuntadas en la conclusión anterior.
- 3) En la investigación se encontró que las manifestaciones clínicas de la Pericarditis Crónica Constrictiva en pacientes de nuestro país siguen un patrón parecido al descrito en la literatura. También hubo mucha similitud en cuanto al grupo de población atacada tomando en cuenta edad y sexo.
- 4) Siendo Guatemala un país con alta prevalencia de Tuberculosis, la participación del pericardio no es muy frecuente, lo cual coincide con trabajos de revisión sobre tuberculosis en general (7), efectuados en nuestro país.
- 5) No se pudo determinar totalmente la modificación en la perspectiva de vida con el tratamiento ya que solo se efectuó tratamiento quirúrgico en un paciente, lo cual obviamente no da ninguna base suficiente para juzgar al respecto. El paciente que recibió tratamiento médico reviste características similares al no haberse sabido más de él.
- 6) Las técnicas diagnósticas para problemas cardíacos con que se cuenta actualmente en el Hospital General son insuficientes para dar validez (o no darla) al diagnóstico clínico.

- 7) No hubo predominancia etiológica. Pero este aspecto no está bien establecido desde el momento en que no se hizo estudio microscópico en cinco pacientes cuyos hallazgos resultados probablemente hubieran definido tal aspecto.

## RECOMENDACIONES

- 1) Es indiscutible la necesidad de modificar el sistema de registro de datos del Hospital General, de tal modo que permita dar información en un momento determinado sobre diagnósticos clínicos — todos — sexo, edad, etcétera, si posible fuera clasificados por meses y años.
- 2) Los libros de control de pacientes en las salas deben ser obligación del Interno (como en el Departamento de Pediatría), de tal forma que se mejore la calidad de la información.
- 3) Los métodos y recursos diagnósticos para investigación de cardiopatías deben actualizarse en la medida que lo permita el desarrollo económico nacional o el estado financiero del Hospital pero que permita hacer un trabajo acorde con el estado actual de conocimientos científicos.
- 4) Debe incrementarse el uso de otros recursos diagnósticos que ya existen en el Hospital como la fluoroscopia, tiempo brazo-lengua.



## NOTA FINAL

La práctica diaria pone una dura prueba al criterio diagnóstico de cada médico. El salir airoso de esta lid constante con el misterio que encierra todo enfermo hace completamente indispensable una formación técnica que nunca tiene fin. Sólo si se acomete esta tarea con ahinco se obtendrá la recompensa de poder ofrecer ayuda a quienes nos la solicitan.

Todo lo dicho antes se puede resumir citando aquí las palabras del Maestro, Dr. Eduardo Azpuru:

“Para hacer el diagnóstico de una enfermedad hay que saber que existe, cómo es y pensar en ella”.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Beeson, Paul B. y Walsh McDermott. Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb. Trad. por Alberto Folch y Pi. 10 ed. México, Interamericana, 1960, pp. 1145-1146.
- 2) Davis, Loyal. Tratado de patología quirúrgica. Trad. por Alberto Folch y Pi y Rafael Blengio Pinto. 9 ed. México, Interamericana, 1972. pp. 450
- 3) Delp. Mahlon y Robert T. Manning. Propedeutica médica de Major. Trad. por Homero Vela Treviño. 7 ed. México, Interamericana, pp. 175.
- 4) Guyton, Arthur C. Tratado de fisiología médica. Trad. por Alberto Folch y Pi. 4 ed. México, Interamericana, 1973. pp. 252. 277.
- 5) Harrison, T. R. Medicina interna. Trad. por Carolina Amor de Fournier, et al. 4 ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1973. pp. 1384-1386.
- 6) Langman, Jan. Embriología médica. Trad. por Homero Vela Treviño. México, Interamericana, 1968. pp. 152
- 7) Palacios Cacacho, E. A. Tuberculosis intestinal, hospitales General y Roosevelt, 765 casos 1954-1972. Tesis. (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas, 1972. pp. 16.
- 8) Quiñónes Amado, José A. Importancia del cateterismo cardíaco en el diagnóstico de las cardiopatías. Tesis, (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, 1967. 57p.

## BIBLIOGRAFÍA

- 9) Robbins, Stanley L. Tratado de patología. Trad. por Homero Vela Treviño. 3 ed. México, Interamericana, 1968. pp. 498.
- 10) Testut, L y A. Latarjet. Compendio de anatomía descriptiva. 22 ed. Barcelona, Salvat, 1968. pp. 253.
- 11) Wilson, John L. Manual de cirugía. Trad. por Manuel Antonio Palacios. 2 ed. México, El Manual Moderno, 1972. pp. 282.

Vo. Bo. Aura Estela Singer  
Bibliotecaria Fac. CC.MM.

Br. José Salvador Coyoy Mejía

Dr. Roberto Akú  
Asesor

Dr. Raúl A. Castillo Rodas  
Revisor

Dr. Julio de León  
Director de Fase III.

Dr. Francisco Saenz Bran  
Secretario

Vo.Bo.

Dr. Carlos Armando Soto  
Decano