

Asociación de derrame pleural izquierdo y enfermedad pericárdica en el paciente urémico

M. Morlans*, M. Vallés* y E. Larrousse**

* Servicio de Nefrología. ** Servicio de Cardiología. Hospital General Vall d'Hebrón. Barcelona.

RESUMEN

Se revisa la eventual presencia de derrame pleural en la radiografía posteroanterior de tórax de 59 casos diagnosticados de pericarditis y/o derrame pericárdico en pacientes urémicos durante seis años. Se observa esta asociación en 37 casos (63%), siendo en 19 bilateral y en 18 unilateral. Doce de los derrames bilaterales tienen igual extensión en ambos lados, mientras que en los siete restantes predomina la extensión en el lado izquierdo. En uno solo de los casos unilaterales la localización es derecha. Ello permite afirmar el predominio de derrame pleural izquierdo, que es más evidente en el grupo de pacientes sin signos de insuficiencia cardíaca congestiva y en aquellos que reciben tratamiento con hemodiálisis periódica. El hecho observado en las pericarditis que cursan con derrame pleural de que éste se localiza preferentemente en el lado izquierdo se confirma en las pericarditis urémicas, pero atenuado en parte por la mayor frecuencia de derrames bilaterales probablemente secundarios a retención hidrosalina e insuficiencia cardíaca congestiva que a menudo padecen los enfermos urémicos.

Palabras clave: **Pericarditis urémica. Derrame pleural.**

ASSOCIATION OF LEFT PLEURAL EFFUSION WITH PERICARDIAL DISEASE IN UREMIC PATIENTS

SUMMARY

The eventual presence of pleural effusion was reviewed in the postero-anterior chest films of 59 uremic patients with pericarditis and/or pericardial effusion over the last 6 years. Thirty seven cases (63%) were observed to have pleural effusion; in 19 patients it was bilateral and in 18 unilateral. Twelve of the patients with bilateral effusion had an equal amount of liquid on both sides whilst in the remaining 7 there was a greater amount on the left side. There was only one case of right-sided unilateral effusion. This affirms the predominance of left-sided pleural effusion that

Correspondencia: Dr. M. Morlans.
Varsovia, 143-145 B, át. 2.ª
08026-Barcelona.

Recibido: 17-VI-85.
En forma definitiva: 13-IX-85.
Aceptado: 18-IX-85.

is more evident in patients without congestive heart failure and in those undergoing regular hemodialysis. The fact observed in cases of pericarditis with pleural effusion, that this is mainly left-sided, is confirmed in patients with uremic pericarditis. However there is a greater frequency of bilateral effusion probably secondary to salt and water retention and congestive heart failure that is very common in uremic patients.

Key words: *Uremic pericarditis. Pleural effusion.*

Introducción

Recientemente, Weiss y Spodik han constatado la frecuente asociación de derrame pleural de localización predominantemente izquierda a un grupo de enfermedades del pericardio de etiología diversa¹. La presencia de derrame pleural asociado a pericarditis urémica ha sido citada ocasionalmente²⁻⁵, abogando algunos autores por una etiopatogenia común^{6, 7}. En dos de estas publicaciones se cita la rareza que supone la localización derecha del derrame pleural cuando es unilateral^{3, 4}. El presente trabajo tiene por objeto establecer la frecuencia de la asociación de derrame pleural a la enfermedad pericárdica del paciente urémico en nuestro medio, comprobar si existe un predominio en la localización lateral del derrame y, en caso de confirmarse, verificar si guarda relación con la presencia de derrame pericárdico o de insuficiencia cardíaca congestiva.

Material y método

Desde el 1 de marzo de 1978 se aplica en nuestro servicio un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la pericarditis que afecta a los pacientes en la fase final de la insuficiencia renal o cuando reciben tratamiento crónico con hemodiálisis⁸. Los criterios mínimos de inclusión en dicho protocolo son la auscultación de un roce pericárdico o la presencia de derrame pericárdico demostrada por ecocardiografía⁹ o pericardiocentesis¹⁰. Hasta el 31 de diciembre de 1983 se observaron 59 casos, de los cuales 33 afectaron a pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT) hasta tres meses después de haber iniciado el tratamiento sustitutivo y 26 a pacientes estabilizados con hemodiálisis periódica (HDP) de más de tres meses de duración. Los casos se han dividido en tres grupos: los 35 pacientes del grupo A fueron diagnosticados de pericarditis por la auscultación de un roce pericárdico y/o la demostración de la naturaleza inflamatoria del derrame por pericardiocentesis; los 19 pacientes del grupo B presentaban pericarditis según los criterios anteriores e insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) diagnosticada por la presencia de signos clínicos y/o radiológicos de congestión venosa o pul-

monar asociados al hallazgo de signos patológicos en la exploración cardíaca; el grupo C lo componen cinco pacientes con derrame pericárdico asintomático localizado por ecocardiografía. El primer grupo, a su vez, ha sido dividido en tres subgrupos según que haya podido establecerse la presencia de derrame pericárdico (subgrupo A1) por ecocardiografía o pericardiocentesis, su ausencia (subgrupo A2) o no hayan sido explorados (subgrupo A3).

En todos estos casos se ha efectuado una revisión de la radiografía posteroanterior de tórax inmediata al diagnóstico de pericarditis o derrame pericárdico, comprobando la eventual presencia de derrame pleural y verificando su localización derecha o izquierda. En caso de derrame bilateral, el predominio de un lado sobre otro se ha establecido por la comparación de ambos límites superiores, considerando de igual cuantía los casos dudosos.

Resultados

Treinta y siete de los 59 casos estudiados, es decir, el 63% de los mismos, cursan con derrame pleural asociado; de ellos, 24 corresponden al grupo A (pericarditis) y representa el 69% de dicho grupo; 12 pertenecen al grupo B (pericarditis e ICC), constituyendo el 63% del mismo, y tan sólo uno de los pacientes del grupo C (derrame pericárdico asintomático) cursó con derrame pleural. La localización del derrame se expone en la tabla I: es bilateral en 19 ocasiones y unilateral en 18. Doce de los derrames bilaterales son de igual extensión, y en los siete restantes existe predominio del lado izquierdo. En los 18 casos de localización unilateral es izquierdo, excepto en uno que corresponde al grupo con ICC.

En el grupo A predomina el derrame pleural izquierdo: 13 casos unilaterales y cuatro bilaterales, con mayor extensión del derrame en dicho lado. En el grupo B existe un predominio más atenuado: seis casos (tres unilaterales y tres bilaterales, de mayor extensión izquierda) por cinco casos de derrame bilateral de igual extensión y un único caso de localización exclusivamente derecha. Los dos casos del subgrupo A2 (pericarditis sin derrame pericárdico) pre-

Tabla I. Localización del derrame pleural en 37 pacientes urémicos con enfermedad pericárdica según la naturaleza de la misma.

Grupo	Subgrupo	N.º	Derrame pleural				
			I	I>D	I=D	D>I	D
A. Pericarditis		24					
	A1. Dp +	21	11	3	7	0	0
	A2. DP -	2	2	0	0	0	0
	A3. DP ?	1	0	1	0	0	0
B. Pericarditis con ICC		12	3	3	5	0	1
C. DP asintomático		1	1	0	0	0	0
Total		37	17	7	12	0	1

Abreviaturas. I: izquierdo; D: derecho; DP: derrame pericárdico; +: presente; -: ausente; ?: se ignora; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva.

sentan derrame pleural de localización exclusivamente izquierda.

De los 33 pacientes en IRT, 25 (76%) tienen derrame pleural, por sólo 12 (46%) de los 26 en HDP. La localización del derrame en ambos grupos se recoge en la tabla II. Predomina la localización izquierda en ambos grupos: en el de pacientes en HDP, por la existencia de ocho casos de localización unilateral izquierda, y en el grupo en IRT, donde predominan los derrames bilaterales (15 casos), porque en siete de éstos la extensión es mayor en el lado izquierdo y en nueve la localización es exclusiva en dicho lado.

Tabla II. Localización del derrame pleural en 37 pacientes urémicos con enfermedad pericárdica en relación al tratamiento sustitutivo.

Grupo	N.º	Derrame pleural				
		I	I>D	I=D	D>I	D
IRT	25	9	7	8	0	1
HDP	12	8	0	4	0	0

Abreviaturas. I: izquierdo; D: derecho; IRT: insuficiencia renal terminal; HDP: hemodiálisis periódica.

Discusión

La asociación de derrame pleural a la enfermedad pericárdica del paciente urémico hallada en nuestro medio (63%) es mucho más frecuente que la descrita recientemente en un grupo de enfermedades del pericardio de etiología diversa (26%)¹. Esta elevada frecuencia coincide con la observada previamente en sendas publicaciones sobre pericarditis urémica, una americana³ y otra europea⁴, en las que era del 74 y 38%, respectivamente. El número de casos recogidos entre las tres series, 293, creemos que es suficientemente amplio como para confirmar la validez de la

observación. Si consideramos los derrames pleurales unilaterales de localización izquierda conjuntamente con aquellos bilaterales de mayor extensión en dicho lado, podemos confirmar el predominio de derrame pleural izquierdo asociado a la afectación pericárdica del paciente urémico y lo excepcional de su localización aislada en el lado derecho, como ya había sido descrito³. No obstante, la frecuencia de derrame pleural bilateral en nuestra casuística es más elevada que la descrita en pericarditis de otra etiología¹. Ello puede ser debido en parte a la presencia de ICC, asociada con relativa frecuencia a la pericarditis urémica¹¹, y que presentan la tercera parte de nuestros pacientes (grupo B), por tan sólo cinco de los 35 casos descritos en el citado trabajo¹. En el grupo A (pericarditis sin ICC), la frecuencia de derrame pleural unilateral izquierdo es más elevada que en el grupo B, pero continúa existiendo una proporción de derrames bilaterales superior a la que presentan las pericarditis no urémicas¹. Ello podría ser debido a la retención hidrosalina que sufren los pacientes urémicos, que no siempre se acompaña de signos de ICC y que es más acentuada en la fase terminal de la insuficiencia renal. El hallazgo de un mayor número de casos con derrame bilateral en los pacientes en IRT respecto a los pacientes estabilizados en tratamiento con HDP (tabla II), sin que existan diferencias importantes en la asociación de signos de ICC (36 y 26%, respectivamente), podría ser una manifestación de dicha sobrecarga hídrica. La elevada frecuencia de derrame pericárdico con la que cursan las pericarditis en los pacientes urémicos —el 90% en nuestra casuística, no habiéndose explorado seis pacientes—, y que recientemente se ha relacionado significativamente con la presencia de signos de sobrecarga hídrica¹², podría tener relación con la mayor frecuencia de derrame pleural en este tipo de pericarditis y que a su vez sean bilaterales, como expresión clínica de la retención hidrosalina. La presencia de líquido en el pericardio no es una condición indispensable para que se asocie derrame pleural, pues dos de nuestros pacientes con pericarditis «seca», en los que no pudo demostrarse derrame pericárdico por ecocardiografía (subgrupo A2), presentaban derrame pleural izquierdo. Esta observación excluye la hipótesis de que la formación del derrame pleural en las pericarditis urémicas sea fruto del trasvase de líquido pericárdico. Probablemente la causa de la pericarditis, toxinas urémicas, virus, sea la responsable directa de la lesión pleural en algunos casos^{6, 7}. Así, pues, el hecho observado en las pericarditis que cursan con derrame pleural de que éste se localiza preferentemente en el lado izquierdo se confirma en las pericarditis urémicas, pero atenuado en parte por la mayor frecuencia de derrames bilaterales probablemente secundarios a la retención hidrosalina e ICC que a menudo padecen estos pacien-

tes, y que en algunas ocasiones pueden ser la causa directa del propio derrame pericárdico^{12, 13}.

De nuestros resultados y de su discusión podemos obtener una conclusión y dos hipótesis: 1) la presencia de derrame pleural izquierdo en los pacientes urémicos en ausencia de patología pulmonar obliga a descartar enfermedad pericárdica; 2) si a la afectación pericárdica de estos pacientes se asocia la presencia de derrame pleural unilateral izquierdo, es probable que la enfermedad pericárdica sea de naturaleza inflamatoria; y 3) la presencia de derrame pleural bilateral asociado a derrame pericárdico, aun en ausencia de signos clínicos de ICC, debe hacer sospechar la presencia de sobrecarga hídrica como causa de los derrames. La confirmación de dichas hipótesis podría verificarse mediante estudio prospectivo de la naturaleza de los derrames por toraco y pericardiocentesis.

Bibliografía

1. Weiss JM y Spodick DH: Association of left pleural effusion with pericardial disease. *New Eng J Med* 308:696-697, 1983.
2. Comty CM, Cohen SL y Shapiro FL: Pericarditis in chronic uremia and its sequels. *Ann Intern Med* 75:173-183, 1971.
3. Silverberg S, Oreopoulos DG, Wise DJ, Uden DE, Meindok H, Jones M, Rapaport A y De Veber GA: Pericarditis in patients undergoing long-term hemodialysis and peritoneal dialysis. Incidence, complications and management. *Am J Med* 63:874-880, 1977.
4. Drüeke T, Le Pailleur C y Jungers P: Cardiomyopathie et pericardite urémiques. En Hamburger J, Crosnier J, Funck-Brentano JL, ed.: *Actualités nephrologiques de l'Hôpital Necker*. pp. 37-70. Flammarion. Paris, 1979.
5. Carreras L, Caseiro G, Griño JM, Martínez A y Poveda R: Pericarditis en la insuficiencia renal crónica. *Rev Soc Esp Dial Trasplan* 1:27-29, 1979.
6. Berger HW, Rammohan G, Neff MS y Buhain WJ: Uremic pleural effusion. A study in 14 patients in chronic dialysis. *Ann Intern Med* 82:362-364, 1975.
7. Twardowski ZJ, Alpert MA, Gupta RC, Nolph KD y Madsen BT: Circulating immune complexes: possible toxins responsible for serositis (pericarditis, pleuritis and peritonitis) in renal failure. *Nephron* 35:190-195, 1983.
8. Morlans M, Ballester M, Bartolomé J, Permanyer C, Olmos A y Piera L: Diagnóstico y tratamiento de la pericarditis en pacientes urémicos. *Med Clí (Barcelona)* 77:269-273, 1981.
9. Candell Riera J, Batlle Díaz J y García del Castillo H: Malalties del pericardi. En *Ecocardiografía Clínica* 124-138. Barcelona, Monografías Médiques, 1983.
10. Krikorian JG y Hancock EW: Pericardiocentesis. *Am J Med* 65:808-814, 1978.
11. Kotler MN y Parry WR: Pericardial disease in chronic renal failure. En Lowenthal DT, Pennock RS, Likoff W, Onesti G, ed.: *Management of the cardiac patient with renal failure* 85-109. Philadelphia, FA Davis, 1981.
12. Yoshida K, Shiina A, Asano Y y Hosoda S: Uremic pericardial effusion: detection and evaluation of uremic pericardial effusion by echocardiography. *Clin Nephrol* 13:260-268, 1980.
13. Morlans M: Pericarditis urémica. *Med Clí (Barcelona)* 80:263-264, 1983.