

## Pericarditis aguda con derrame como forma de presentación de psitacosis

Carles Falces Salvador, Àngels Moleiro Oliva, Montserrat Barcons Vergés, Inmaculada Ausió Rusiñol, Daniel Alcantarilla Roura y Josep Sadurní Serrasolsas

Unidad de Cardiología. Hospital General de Vic. Vic. Barcelona.

*Chlamydia psittaci* / derrame pericárdico / diagnóstico diferencial / doxiciclina / electrocardiografía / eritromicina / inmunofluorescencia indirecta /  
pericarditis aguda / psitacosis / radiografía torácica / serodiagnóstico / tomografía axial computarizada

La psitacosis constituye una etiología excepcional de pericarditis y derrame pericárdico, que ha sido descrita en casos aislados. Se presenta un caso de esta enfermedad en el que la pericarditis constituyó la manifestación inicial del cuadro clínico. El derrame pericárdico grave asociado a un tenue infiltrado pulmonar y el antecedente de contacto con aves fueron los datos principales que sirvieron de guía para el diagnóstico, que se obtuvo por métodos serológicos.

**Palabras clave:** *Psitacosis*. *Chlamydia psittaci*. *Pericarditis*. *Derrame pericárdico*.

### PSITTACOSIS PRESENTED AS ACUTE PERICARDITIS WITH SEVERE EFFUSION

Psittacosis is an uncommon cause of acute pericarditis and pericardial effusion. However, some isolated cases have been reported. We present a case which the first clinical feature of psittacosis was acute pericarditis. Severe pericardial effusion associated with a pulmonary infiltrate and an epidemiologic history of contact with avian species suggested the diagnosis of psittacosis, confirmed by serological test.

**Key words:** *Psittacosis*. *Chlamydia psittaci*. *Pericarditis*. *Pericardial effusion*.

(*Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 727-729)

## INTRODUCCIÓN

La psitacosis es una enfermedad infecciosa causada por el microorganismo intracelular *Chlamydia psittaci*. Se trata de una zoonosis que afecta a las aves y que es transmisible al hombre por vía respiratoria. Habitualmente da lugar a un cuadro clínico caracterizado por neumonía y manifestaciones generales. En el corazón puede originar, en raras ocasiones, endocarditis con hemocultivos negativos y miocarditis. La pericarditis es muy infrecuente y ha sido descrita en casos aislados. Se presenta un caso de psitacosis en el que la pericarditis constituyó la manifestación inicial del cuadro clínico.

## CASO CLÍNICO

Varón de 48 años, fumador, sin otros hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos. Por su trabajo de transportista había participado recientemente en la recogida

de restos de aves enfermas sacrificadas en granjas. Consultó en urgencias por dolor retroesternal que aumentaba con la inspiración profunda y la tos y empeoraba con el decúbito. En la exploración física destacaba el hallazgo de febrícula (37,5 °C) y roce pericárdico. En el electrocardiograma y en la radiografía de tórax no se observaron en aquel momento hallazgos patológicos. Con el diagnóstico de pericarditis aguda el paciente fue remitido a su domicilio bajo tratamiento con ácido acetilsalicílico a dosis antiinflamatorias. Tras una mejoría inicial, consultó diez días más tarde por fiebre de 39 °C, tos con escasa expectoración mucosa y dolor torácico de características pericardíacas, de tres días de evolución. En la exploración se auscultaba roce pericárdico y en el electrocardiograma se observaba alteración difusa de la repolarización con aplanamiento de las ondas T. En la radiografía de tórax se detectaron gran cardiomegalia e infiltrado pulmonar en la llingula (fig. 1). Se practicó una ecocardiografía que evidenció un importante derrame pericárdico con colapso parcial de la aurícula derecha en diástole. El paciente ingresó en el hospital bajo tratamiento antiinflamatorio con ácido acetilsalicílico y antibiótico con eritromicina y ceftriaxona. La determinación seriada de creatinina y de su fracción MB resultó normal. Ante el hallazgo de derrame pericárdico e infiltrado

Correspondencia: Dr. C. Falces Salvador.  
Unidad de Cardiología. Hospital General de Vic.  
Francesc Pla El Vigatà, 1. 08500 Vic. Barcelona.

Recibido el 26 de agosto de 1998.

Aceptado para su publicación el 1 de diciembre de 1998.



Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax en la que se observa cardiomegalia importante e infiltrado pulmonar en lóbulos.

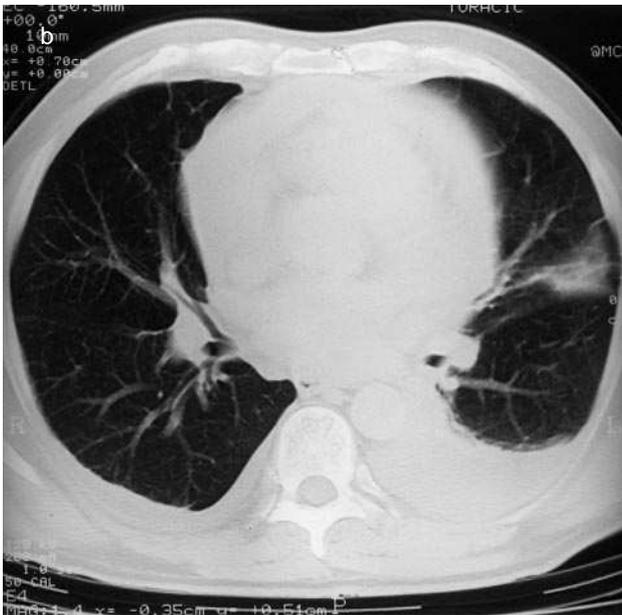
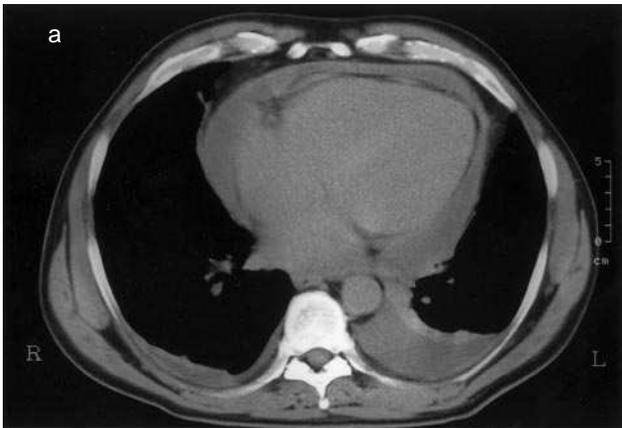


Fig. 2. Tomografía axial computarizada en la que se observan importante derrame pericárdico, pequeño derrame pleural (a) e infiltrado pulmonar en lóbulo (b).

pulmonar se inició un estudio para descartar etiología infecciosa, inmunológica o neoplásica. Se realizó una tomografía axial computarizada torácica en la que se observaron derrame pericárdico y pleural bilateral (fig. 2), infiltrado inespecífico en lóbulos y múltiples adenopatías de tamaño no significativo en el espacio prevascular, precarinales y paratraqueales. El estudio bacteriológico y para micobacterias del esputo, así como los hemocultivos, resultaron negativos. En el análisis de sangre se detectó un incremento de la velocidad de sedimentación globular (73 mm/h), con hemograma y bioquímica general dentro de la normalidad. Se practicó estudio inmunológico, marcadores tumorales y determinación de la enzima conversiva de la angiotensina para descartar sarcoidosis con resultado normal. Una fibrobroncoscopia mostró únicamente secreciones mucosas en lóbulos, con examen de Ziehl, cultivos y citología normales. Las serologías para *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella*, *Coxiella burnetii*, virus respiratorios y Paul-Bunnell fueron negativas. La serología para *Chlamydia psittaci* fue positiva con determinación inicial de anticuerpos IgG por inmunofluorescencia indirecta de 1:64 que tres semanas más tarde aumentó a 1:256. De este modo se alcanzó el diagnóstico de psitacosis.

Con el tratamiento que se había iniciado al ingreso, que incluía eritromicina, el paciente presentó evolución favorable, con desaparición de la sintomatología y resolución del infiltrado pulmonar a las 72 h y progresiva reducción del derrame pericárdico. En el electrocardiograma se observó la normalización progresiva de la repolarización. Tres meses después continuaba asintomático y la radiografía de tórax y el ecocardiograma eran normales.

## DISCUSIÓN

La psitacosis u ornitosis es una zoonosis de distribución universal que se adquiere por contagio a partir de aves enfermas. Prácticamente todas las especies aviares pueden servir de huésped. En el hombre, el cuadro clínico se caracteriza por neumonía y manifestaciones generales como fiebre, mialgias, cefalea y tos seca. Se han descrito manifestaciones extrapulmonares de la psitacosis, como hepatitis, pancreatitis, anemia, tiroiditis y encefalitis<sup>1</sup>. A nivel cardíaco, se ha descrito como causa de endocarditis con hemocultivo negativo en pacientes con enfermedad valvular previa<sup>2</sup>. La miocarditis, pericarditis y el derrame pericárdico por *Chlamydia psittaci* se han comunicado en casos excepcionales<sup>3</sup>. Se ha postulado un mecanismo autoinmune en la fisiopatología de estas manifestaciones, en el que la infección sería el desencadenante del proceso<sup>4</sup>.

En el caso que se presenta, la clínica de pericarditis constituyó la manifestación inicial del cuadro clínico, y el derrame pericárdico importante, junto al tenue in-

filtrado pulmonar y al antecedente epidemiológico, fueron los datos que sirvieron de guía para el diagnóstico diferencial. El diagnóstico de la enfermedad debe efectuarse por métodos serológicos al demostrarse una elevación en el título de los anticuerpos fijadores del complemento en el suero. Deben analizarse siempre dos muestras, una en la fase aguda y otra en la convalecencia. Un primer título de 1:16 o mayor, junto con un cuadro clínico indicativo, hacen muy probable el diagnóstico. La elevación de la segunda determinación al cuádruple de la primera es el dato que lo confirma<sup>5</sup>. El microorganismo se encuentra en la sangre y secreciones bronquiales durante semanas pero no se aísla por los métodos habituales. El tratamiento de primera elección es la doxiciclina. Los macrólidos, como la eritromicina, constituyen una alternativa útil<sup>6</sup>.

Este caso ilustra cómo, ante pacientes que tienen contacto con aves y presentan fiebre y pericarditis con

derrame, la psitacosis debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Tuazon CU, Murray HW. Atypical pneumonias. En: Pennington JE, editor. Respiratory infections: diagnosis and management. Nueva York: Raven Pres, 1994; 407-433.
2. Odeh M, Oliven A. Chlamydial infections of the heart. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1992; 11: 885-893.
3. Page SR, Stewart JT, Bernstein JJ. A progressive pericardial effusion caused by psittacosis. Br Heart J 1988; 60: 87-89.
4. Diaz F, Collazos J. Myopericarditis due to *Chlamydia psittaci*. The role of autoimmunity. Scand J Infect Dis 1997; 29: 93-94.
5. Johnson CC, Finegold SM. Pyogenic bacterial pneumonia, lung abscess and empyema. En: Murray JF, Nadel JA, editores. Respiratory Medicine. Filadelfia: Saunders, 1994; 1.037-1.093.
6. Mensa J, Gatell JM, Jiménez de Anta MT, Prats G. Guía de terapéutica antimicrobiana. Barcelona: Masson, 1997; 174.