



# Pericarditis por *Klebsiella Pneumoniae* en paciente con lupus eritematoso sistémico e insuficiencia renal

M. J. Moyano, R. García Agudo, A. Martínez Puerto y J. A. Milán

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Sr director:

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria con afectación sistémica<sup>1</sup>. La pericarditis es una de sus manifestaciones más frecuentes. El diagnóstico diferencial debe hacerse con la pericarditis infecciosa, neoplásica, inmunológica o secundaria a un hipoparatiroidismo. En caso de insuficiencia renal, hay que tener en cuenta la pericarditis urémica y la asociada a diálisis.

Presentamos el caso de una mujer de 32 años de edad diagnosticada de LES hace seis años, sin otros antecedentes de interés. La paciente ingresó por presentar hinchazón importante en los miembros inferiores, disnea y dolores articulares. A la exploración se objetivó hipertensión arterial, hipoventilación pulmonar y edemas con fovea hasta raíz de muslos. Analíticamente, se apreció una urea 80 mg/dl, creatinina 3,2 mg/dl y CCr (Cockcroft-Gault) 31,87 ml/min, con niveles de LDH, PCR y ácido úrico elevados. Se objetivó una proteinuria de 10 g/l con sedimento urinario normal, hipoalbuminemia, hipo-complementemia, ANA positivos con patrón moteado (1/640), Ac anti-ADNm, Ac anti-SSb (La) positivos y Ac anti-SSa (Ro) negativos.

Se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona seguidos de prednisona oral. Presentó sensación de opresión torácica y roce pericárdico a la auscultación. La diuresis descendió a pesar de la administración de albúmina humana y furosemida a altas dosis. Continuó con edemas importantes, empeoramiento de la función renal y disnea. Al cuarto día de ingreso se administró el primer bolo de ciclofosfamida i.v. Se realizó una ecocardiografía donde se objetivó un derrame pericárdico moderado sin signos de compromiso hemodinámico. Una

semana después, tras una flebitis en antebrazo izquierdo presentó fiebre elevada, los urocultivos resultaron negativos y en los hemocultivos se aisló *Klebsiella pneumoniae* productora de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE). Al décimo día se inició tratamiento sustitutivo renal a través de un catéter central. Se realizó una segunda ecocardiografía, en la que apareció un derrame pericárdico severo, con pulso paradójico (fig. 1). Se realizó pericardiocentesis, drenándose 1.200 cc de líquido amarillento y muy denso. En el cultivo de este líquido se aisló también *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE. Tras la administración de tratamiento antibiótico y segundo bolo de ciclofosfamida, comenzó a mejorar la función renal (creatinina 2,1 mg/dl, CCr 48,57 ml/min) y recuperó diuresis, suspendiéndose el tratamiento dialítico.

Habría que descartar como origen de la pericarditis la uremia, una infección o la propia enfermedad inmunológica. La pericarditis urémica se observa en el 6-10% de los pacientes con insuficiencia renal, es una manifestación grave y poco frecuente

**Correspondencia:** M.<sup>a</sup> Jesús Moyano Franco  
Hospital Universitario Virgen Macarena  
Avda. Doctor Fedriani  
Sevilla  
E-mail: jesus\_a11@yahoo.es



Fig. 1.—Ecocardiografía.

en la actualidad<sup>2</sup>. El LES puede tener afectación cardiovascular, consistente en una pancarditis, que implica pericardio, miocardio, endocardio y arterias coronarias<sup>3</sup>. Aunque la afectación del pericardio es frecuente en el LES, la pericarditis séptica como en este caso, y el taponamiento cardiaco, son raros<sup>4</sup>.

La mayoría de los microorganismos causantes de pericarditis purulenta en el LES son Gram-positivos, principalmente *Staphylococcus aureus*, muy pocas han sido atribuidas a bacterias Gram-negativas<sup>5</sup>. Se han publicado varios casos descritos por *Salmonella*<sup>6</sup>, principalmente en adultos que no reciben diálisis<sup>5</sup> o en niños<sup>7</sup>, y *Haemophilus influenzae*<sup>8</sup>. Otras causas menos frecuentes de pericarditis séptica en pacientes con LES incluyen *Neisseria gonorrhoeae*<sup>5</sup>, *Candida albicans*<sup>9</sup> y *Acinetobacter baumannii*<sup>10</sup>.

La pericarditis por Gram-negativos en pacientes con LES que necesitan tratamiento dialítico puede tener serias complicaciones y se asocia a una elevada morbilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mandell BF. Cardiovascular involvement in systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum* 17: 126-41, 1987.
2. Viñas J, De la Fuente MC, Marco MP, Pérez-Holanda S, Belart M, Fernández E. Tratamiento con ventana pleuropericárdica por vía toracoscópica del taponamiento cardiaco en la pericarditis urémica. *Nefrología* 19: 274-277, 1999.
3. Doherty NE, Siegel RJ. Cardiovascular manifestations of systemic lupus erythematosus. *Am Heart J* 110: 1257-65, 1985.
4. Coe MD, Hamer DH, Levy CS, Milner MR, Nam MH, Barth WF. Gonococcal pericarditis with tamponade in a patient with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 33: 1438-41, 1990.
5. Sánchez-Guerrero J, Alarcón-Segovia D. Salmonella pericarditis with tamponade in systemic lupus erythematosus. *Br J Rheumatol* 29: 69-71, 1999.
6. Sabeel A, Alrajhi A, Alfurayh O. Salmonella pericarditis and pericardial effusion in a patient with systemic lupus erythematosus on haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 12: 2177-78, 1997.
7. Haggman DL, Rehm SJ, Moodie DS, MacKenzie AH. Nontypoidal Salmonella pericarditis: a case report and review of the literature. *Pediatr Infect Dis* 5: 259-64, 1986.
8. Yeh YH, Chu PH, Yeh CH, Wu YJ, Lee MH, Jung SM, Kuo CT. Haemophilus influenzae pericarditis with tamponade as the initial presentation of systemic lupus erythematosus. *Int J Clin Pract* 58: 1045-7, 2004.
9. Kaufman LD, Seifert FC, Eilbott DJ, Zuna RE, Steigbigel RT, Kaplan AP. Candida pericarditis and tamponade in a patient with systemic lupus erythematosus. *Arch Intern Med* 148: 715-7, 1998.
10. Lam SM, Huang TY. Acinetobacter pericarditis with tamponade in a patient with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 6: 480-3, 1997.