

Colitis ulcerosa crónica. Pericarditis supurada. Pericardiostomía por vía abdominal *

Dres. MIGUEL ZAGIA y DANIEL CASSINELLI **

Hemos tenido la oportunidad de ver e intervenir en el tratamiento de una entidad sumamente infrecuente dentro de las complicaciones generales de la colitis ulcerosa crónica (1), la pericarditis supurada.

Las características particulares y el tratamiento instituido le confieren interés al caso como para ser traído a esta Sociedad.

HISTORIA

A. R. O. H. de C. 300877. 23 años. San Jacinto.

Antecedentes digestivos de 2 años de evolución en diagnóstico de colitis ulcerosa crónica.

Ingresa en esta oportunidad, por disnea y dolor precordial de 7 días de evolución, que ha ido en aumento, acompañado de un gran síndrome febril, y un importante toque del estado general.

Examen al ingreso.

Enfermo pálido, sudoroso, mal estado general, emaciado, febril 38°7. Disnea de decúbito. Ortopnea.

Cardiovascular: No se palpa punta. Tonos cardíacos muy alejados. Taquicardia de 120 p.m. Hepatomegalia dolorosa. Ingurgitación yugular. Con el diagnóstico de pericarditis aguda, se hace pericardiocentesis extrayéndose 400 cc. de líquido puriforme. Mejora rápidamente el estado cardiocirculatorio del paciente, desapareciendo el dolor precordial y los signos de hipodiastolía.

Ingresa a sala, donde en el curso de la evolución, debe ser puncionado varias veces, por vía torácica, para evacuar el derrame pericárdico, que se reproduce rápidamente. En cada punción, se extraían alrededor de 400 cc. de pus. El estado general prosigue decayendo rápidamente, persistiendo la fiebre de tipo supurativo.

A los 12 días del ingreso, se nos solicita efectuar el drenaje quirúrgico del pericardio, dada la ineficacia de las punciones para solucionar el problema.

El estado del paciente en ese momento, era muy grave. Disnea permanente, intolerancia para el decúbito. Febril 39°. Taquicardia de

120 p.m. Tonos cardíacos muy alejados. La Rx. de tórax mostraba un área cardíaca aumentada en sus diámetros, como correspondiendo a un gran derrame pericárdico.

Dado el estado general del paciente, que no toleraba una anestesia general, se decide efectuar la intervención con anestesia local.

Ante la presencia de un derrame purulento, y tratando de evitar la contaminación de las dos cavidades serosas, pleural y peritoneal, decidimos efectuar el drenaje por vía abdominal, retroxifoidea.

Intervención: 6/III/70.

Dr. M. Zagía y Dr. D. Cassinelli.

Anestesia local, novocaína al 1 %.

Posición: semisentado.

Incisión mediana supraumbilical alta. Resección del apéndice xifoides. Sin abrir la cavidad peritoneal, se pasa por delante del transverso, y a través de las inserciones del diafragma, llegando al saco pericárdico. Este está muy espesado (1 cm.). Se incinde el saco, saliendo paulatinamente 1.500 cc. de pus bien ligado de color amarillento.

Con las precauciones debidas, se introduce un dedo por la cavidad, no encontrándose ningún tabicamiento.

El paciente mejora rápidamente, desapareciendo la disnea, y enlenteciéndose el ritmo cardíaco. Se deja sonda Pezzer Nº 30 que se fija con puntos de cat-gut. Drenaje bajo agua. Cierre por planos.

En la evolución postoperatoria, se observa una rápida mejoría subjetiva y objetiva. Desaparece la fiebre, recuperando el estado general aumentando rápidamente el peso.

El primer día drena 500 cc. y luego 100 cc. a 200 cc. diarios. Se efectúan lavados diarios con Trasylol, 100.000 U.A.C. diluidas en suero y líquido Carrel diluido.

Durante toda la evolución, el drenaje fue siempre de pus fluido, no produciéndose tabicamientos.

Se saca el tubo a los 38 días.

Buena evolución ulterior.

CONSIDERACIONES

Queremos destacar de este caso:

1.— La complicación pericárdica que se presentó en el curso de la evolución de una colitis ulcerosa crónica. Estas pericarditis se ven en forma excepcional, y siempre en pacientes con muy mal estado general, por la propia enfermedad de fondo (1).

2.— La necesidad de llegar a la pericardiostomía por la persistencia y reproducción del derrame.

* Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el 28 de julio de 1971.

Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica. Asistente Clínico de Clínica Quirúrgica (Fac. Med. Montevideo).

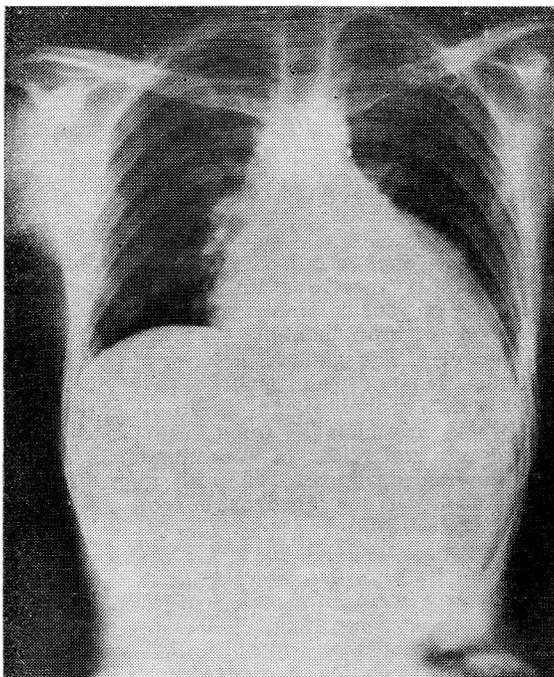


FIG. 1.— Rx. de tórax preoperatoria.

3.— La vía elegida para efectuar el drenaje quirúrgico. Ella, nos permitió efectuar el drenaje sin ningún trastorno, con anestesia local, y en posición semisentada. Evitamos así, la entrada a cavidad pleural y/o peritoneal, impidiendo la contaminación serosa.

Algunos autores preconizan este abordaje (3) mientras otros lo contraindican (2).

Dentro de las razones que invocan los enemigos de esta vía podemos citar, como la más importante:

a) Los riesgos que implica un drenaje en la zona más declive del pericardio, debido a la formación de tabicamientos, y la ineficacia consiguiente del drenaje.

En este caso, no se produjo el tabicamiento, influido probablemente por los lavados con Trasylol.

Como otras complicaciones que pueden verse al abordar el pericardio por esta vía, tenemos:

a) La apertura de la cavidad abdominal.
b) La herida de la anastomosis entre la mamaria interna y la epigástrica.

c) La herida de las cavidades cardíacas, en especial la aurícula derecha, en la introducción del dedo en la cavidad pericárdica.

Estas tres complicaciones pueden ser fácilmente evitadas, con precaución y suavidad en las maniobras.

4.— La mejoría rápida del paciente, inmediatamente después de efectuado el drenaje quirúrgico, daría razón a la conducta seguida.

RESUMEN

Se presenta un caso de pericarditis aguda, en una colitis ulcerosa crónica, que requirió drenaje pericárdico.

Se pone especial énfasis en la vía usada, y en los motivos para esta elección.

Se destaca la evolución correcta del paciente.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas de péricardite aiguë, dans une colite ulcéreuse chronique, qui a nécessité un drainage péricardique.

Importance de la voie utilisée et raisons qui président à ce choix.

L'évolution satisfaisante du patient est à souligner.

SUMMARY

The paper describes a case of acute pericarditis requiring drainage of the pericardium in a patient suffering from chronic ulcerative colitis.

Emphasis is laid on the approach and the reasons that lead to it. The correct evolution of the patient is pointed out.

BIBLIOGRAFIA

1. BOCKUS, H. L. Gastroenterología. *Barcelona. Salvat*. 1969. T. II. 893.
2. D'ABREU, A. L. Cirugía Torácica. *Buenos Aires. El Ateneo*. 1956. 285.
3. GIBBON, J. H. Jr. Surgery of the chest. *Philadelphia. W. B. Saunders*, 1962, 607.