

# Pericarditis supurada en el niño

Dres. Oscar Alberto Chavarría y Folco Rosa

Los autores presentan un caso de pericarditis supurada en un niño de 5 años.

A propósito del mismo se efectúan consideraciones sobre la etiopatogenia, clínica y tratamiento de esta enfermedad.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Pericarditis.

La pericarditis supurada en el niño es una entidad poco frecuente (1, 4). Su infrecuencia se ha hecho más notoria en estos últimos años por la aparición de los antibióticos (1, 7). En nuestro país Zagía y Cassinelli presentan en esta Sociedad un caso de un enfermo de 23 años de edad.

Hemos tenido oportunidad de diagnosticar y tratar precozmente una pericarditis supurada con éxito.

## OBSERVACION CLINICA

Niño de un año de edad, sin antecedentes patológicos a destacar que comienza 5 días antes de su ingreso con fiebre de 40 grados. Consulta médico quien diagnostica una angina y le indica antibióticos y anti-térmicos. A pesar del tratamiento persiste la fiebre agregándose, depresión neuropsíquica, vómitos y polipnea, consulta nuevamente y es ingresado por el médico en el Servicio de Emergencia de Niños del Hospital Pereira Rossell.

Se efectúa descubierta de safena interna por delante del maléolo izq. Teniendo en cuenta la depresión neuropsíquica importante, para descartar una meningitis se realiza una punción lumbar siendo el resultado del líquido cefalo-raquídeo normal. A pesar de que el examen clínico de tórax es normal debido a la polipnea que presenta el niño, se solicita una radiografía de tórax que muestra un aumento del diámetro transversal del corazón (Fig. 1). El electrocardiograma traduce alteraciones compatibles con una pericarditis, por lo que es puncionado extrayéndole 1 c.c. de pus que se envía para estudio bacteriológico y antibiograma. En el curso de su evolución, a las 48 hrs. de su ingreso, el niño no orina por un período

*Departamento de Emergencia de Niños del Hospital Pereira Rossell (Dr. F. Rosa). M.S.P. Montevideo. Uruguay.*

de más de 15 hrs. apareciendo en el ionograma una hipernatremia y una hiperpotasemia. Con diagnóstico de insuficiencia renal aguda es enviado a un Centro de Tratamiento Intensivo para su estudio y tratamiento. Al ingreso en este Centro orina en forma espontánea y abundante desechándose tal diagnóstico.

Al examen de ingreso en el Centro de Tratamiento Intensivo, el niño presenta una depresión neuro-psíquica muy importante, palidez cutáneo-mucosa, bien hidratado, polipnéico, moderado edema de miembros inferiores, algidez periférica.

Abdomen: Hepatomegalia dolorosa a 6 cms. del borde costal, de consistencia aumentada. No hay ingurgitación yugular ni reflujo hepato-yugular.

Cardiovascular: No se palpa choque de punta, ruidos cardíacos bien golpeados. Taquicardia regular de 140 por minuto.

Como tratamiento, se continúa con administración de sueros por la descubierta y antibióticos, Sefril y Gentamicina, el control de la diuresis demuestra que ésta es aceptable. Se realiza monitoreo cardio-respiratorio permanente. Los exámenes de laboratorio muestran como hecho a destacar una leucocitosis de 20.800 por mm.

En las horas siguientes el niño se agrava, la depresión neuro-psíquica se hace más importante, la hepatomegalia aumenta de tamaño sensiblemente en pocas horas, aparecen cianosis periférica y pulso paradójal, los ruidos cardíacos se encuentran apagados.

Se realiza una radioscopia de tórax que demuestra una cardiomegalia importante y sin latidos. En un nuevo electrocardiograma existe una disminución del voltaje y desnivel importante del segmento S-T en derivaciones concordantes (Fig. 2).

Se punciona nuevamente el pericardio extrayéndose muy escasa cantidad de pus.

Con el diagnóstico de taponamiento cardíaco por pericarditis supurada se decide la intervención inmediata a fin de drenar el pericardio.

Cirujano: Dr. Oscar Chavarría. Ayudante. Dr. Folco Rosa. Anestesia General, Anestesta: Dr. Martín Marx.

Incisión mediana de unos cinco centímetros centrada sobre el apéndice xifoides. Se libera el xifoides de sus inserciones musculares y se reseca. Sección de inserciones medianas del diafragma sobre el esternón, abordando el pericardio en su cara inferior; éste se encuentra muy engrosado, se punciona extrayendo pus sin fetidez. Apertura del pericardio tomando un trozo para anatomía patológica. Se extraen unos 200 c.c. de

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 10 de mayo de 1978.

Profesor Agregado de Cirugía Infantil y Jefe del Departamento de Emergencia del Hospital Pereira Rossell.

Dirección: Pereira de la Luz 1041, Montevideo (Dr. O. Chavarría).

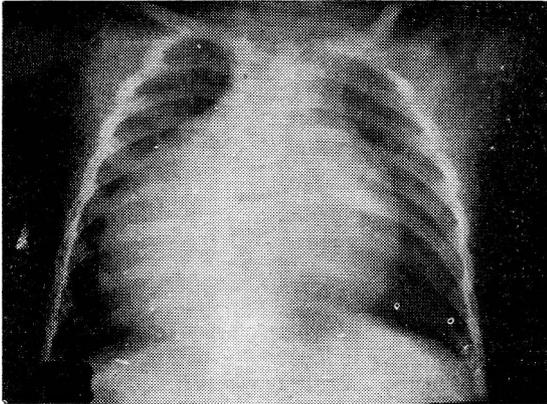


FIG. 1.— Aumento del diámetro transverso del corazón.

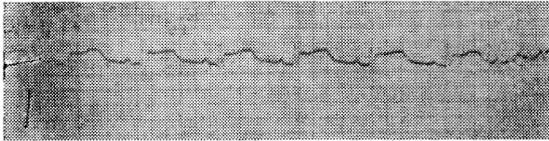


FIG. 2.— E.C.G.: Segmento S-T elevado en DI con bajo voltaje de los complejos.

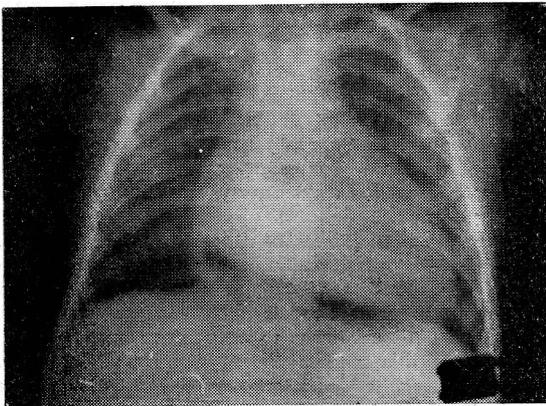


FIG. 3.— Rx. tórax postoperatoria inmediata. Neumopericardio. El diámetro transverso del corazón disminuyó francamente comparándolo con la radiografía anterior.

pus con abundantes copos de fibrina, lavado con suero tibio, se dejan dos tubos de drenaje de látex en media caña que se retiran por la misma incisión operatoria disponiéndose uno en la cara anterior del corazón y el otro en la base. Drenado el pericardio se consigue una rápida mejoría del niño, desaparece la cianosis, la hepatomegalia se reduce francamente en pocos segundos, desaparece el pulso paradójal.

El postoperatorio cursa sin incidentales, continúa el tratamiento con antibióticos, drena escasa cantidad de líquido sero-purulento por los drenajes y éstos son retirados a los 5 días de la intervención.

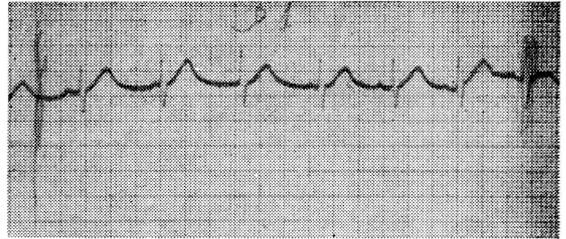


FIG. 4.— E.C.G.: Segmentos S-T casi vertical después del drenaje pericárdico.

La radiografía de tórax en el postoperatorio muestra una silueta cardíaca de tamaño normal (fig. 3).

El electrocardiograma denota una normalización del segmento S-T (fig. 4).

En el cultivo del pus se identifica un estreptococo del mismo tipo que el responsable de la angina.

Finalmente a los 8 días de la intervención el enfermo es dado de alta en buenas condiciones y pasa a polí-clínica para su control.

## COMENTARIO

En el caso que hemos presentado el foco primitivo es amigdalino, la pericarditis es secundaria a una diseminación hematógena. Este hecho no es el más frecuente, habitualmente la participación del pericardio es secundaria a un foco de vecindad, neumopatía aguda izq. o empiema pleural (7, 8). También se han descrito pericarditis supuradas secundarias a osteomielitis, meningitis, supurada, etc. (10). Los microorganismos más frecuentes son: estafilococo, neumococo y estreptococo (3).

El diagnóstico se basa en la clínica con elementos que nos demuestran el taponamiento cardíaco tal como se describen en el caso presentado y los estudios paraclínicos, radiografía de tórax que traduce un aumento del área cardíaca, sobre todo del diámetro transverso del corazón, como hecho menos frecuente se puede observar un doble contorno, pericardio afuera y corazón adentro. En la radioscopia de tórax se comprueba una cardiomegalia sin latidos.

El electrocardiograma es un examen muy importante y tiene dos elementos fundamentales a destacar, voltaje bajo en todas las derivaciones y desnivel de S-T en las derivaciones concordantes (3, 9), en la medida en que se drena el pericardio, el electrocardiograma tiende a normalizarse, puede quedar como secuela una inversión de la onda T que puede persistir algunas semanas (3). La punción pericárdica por vía subxifoidea la utilizamos como un procedimiento diagnóstico y tomando precauciones por lo riesgoso de esta maniobra. La situación ideal es hacerla bajo monitoreo cardíaco y con un electrodo del Electrocardiógrafo o del Osciloscopio conectado a la aguja de punción, la punción del epicardio produce alteraciones típicas en el electrocardiograma que reducen el peligro de puncionar el miocardio (9), una cavidad cardíaca o una arteria coronaria que pueden conducir a arritmias graves con paro

cardíaco o a una hemorragia en el saco pericárdico con acentuación del taponamiento cardíaco (5). A veces, como sucedió en el caso relatado, puede extraerse escasa cantidad de pus dando una falsa impresión de que existe poco derrame, por otra parte es imposible extraer la fibrina a través de la aguja de punción, hecho que conduce con mayor frecuencia a la pericarditis constrictiva (10). Según Fridberg la punción: 1) Confirma el diagnóstico de derrame; 2) Identifica el germen en causa; 3) Alivia momentáneamente los síntomas de compresión cardíaca.

Pueden contribuir al diagnóstico la angiocardiógrafa contrastada o con isótopos radioactivos, y la ecografía (6).

Confirmado el diagnóstico de pericarditis supurada la terapéutica que se debe instituir inmediatamente es la quirúrgica, a fin de drenar el pericardio y colocar al niño en condiciones de seguridad frente al derrame pericárdico. En este sentido hay diferentes vías de abordaje, nosotros preferimos la vía sub-xifoidea (3, 5), que es muy sencilla, aborda al pericardio por su sector más declive y no contamina las serosas peritoneal y pleural, pudiendo realizarse incluso con anestesia local en el niño grande o en el adulto. Abordado el pericardio se debe realizar una biopsia, evacuación de todo el pus, extracción de la fibrina y lavado profuso con suero para evitar así la pericarditis constrictiva, complicación alejada, poco frecuente, pero grave. Los drenajes se dejan en la forma ya descrita retirándolos por la incisión que se deja parcialmente abierta para hacer la profilaxis del flemón parietal. Se deben continuar los controles del enfermo durante varios meses con estudios radiológicos y electrocardiogramas a fin de pesquisar una pericarditis constrictiva (3, 7, 9).

## RESUME

### Pericardite purulente de l'enfant

Les auteurs présentent un cas de péricardite purulente chez un enfant de 5 ans.

A propos de ce cas, des considérations sont faites concernant l'étiologie - pathologie, la clinique et le traitement de cette maladie.

## SUMMARY

### Pyogenic Pericarditis in Children

The patient, a 5-year-old child, suffered from pyogenic pericarditis. Etiopathology, clinics and treatment of disease are discussed.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BAILEV H. Cirugía de Urgencia. Bs. Aires. Inter Médica, 1959.
2. CORNET P, DE PAUERETS F et CHAPNIS Y. Trois observations de pericardite dont deux operie par voie epigastrique. *Med Acad Chir*, 94: 679, 1968.
3. FRIEDBERG CH. Enfermedades del corazón. México. Interamericana, 1951, p. 509.
4. KEITH J, ROWE R, VLAD P. Heart disease in Infancy and Childhood. New York. MacMillan 1958.
5. KIESCHNER M. Tratado de técnica operatoria. General y especial. Barcelona. Labor, 1944, T. 4, 2ª parte, p. 840.
6. NACLERIO EA. Traumatismos torácicos. Barcelona. Científico Médica, 1973.
7. NADAS A, FYLER D. Cardiología Pediátrica. 3ª ed. México. Interamericana, 1975.
8. NEGRO R, GALIANA J. Estafilococcias en el niño. Bs. Aires. Inter Médica, 1959.
9. SABISTON D Jr. Tratado de Patología Quirúrgica de Davis - Christopher. México. Interamericana, 1974, T. 2. p. 1780.
10. SAIED H, LABORDE J, JEDIDI H, MAREK P et BENOIR D. Pericardite purulente de l'enfant. *Ann Chir Infantile*, 5: 391, 1973.