

A propósito de un caso de pleuropericarditis purulenta

Dres. Pedro Visca, Magdalena Bogdan, Beatriz Rissoto y Martha Nese

Se presenta un caso de pleuropericarditis purulenta secundario a un empiema metaneumónico, en una paciente en la que no existían condicionantes locales, ni generales que favorecieran la localización del proceso.

Se discuten la etiología y los mecanismos patogénicos más frecuentes.

La pleuropericarditis purulenta entidad frecuente en la era preantibiótica se ha convertido en la actualidad en un cuadro muy poco común debido al uso precoz de potentes agentes antibacterianos.

El conocimiento clínico, el avance de los métodos paraclínicos no cruentos y de gran precisión han permitido realizar con mayor facilidad el diagnóstico. El motivo de esta comunicación es el relato de un caso de pleuropericarditis purulenta que consideramos de interés por su presentación inusual, por el diagnóstico precoz, el correcto tratamiento quirúrgico que llevaron a una feliz evolución al paciente.

CASO CLINICO

Paciente de 31 años, fumadora sin otros antecedentes a destacar que 8 días previos al ingreso luego de un stress emocional comienza con dolor en hemiabdomen superior permanente, aumentando con la tos y la respiración profunda, disnea progresiva exacerbándose a mínimos esfuerzos y cambios de posición. 72 horas previas al ingreso dolor tipo puntada en base de hemitorax derecho chuchos de frío, sensación febril, negando otra sintomatología respiratoria. Astenia, adinamia, no anorexia, no náuseas ni vómitos.

Al examen paciente sumamente grave, facies tóxicas, polipnea de 40 resp/min. superficial, no tolera el decúbito, cianosis subungueal y peribucal, febril, T.A. 38° C. lengua asada, mucosas hipocoloreadas.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 22 de julio de 1981.

Asistentes de Medicina. Practicante interno. Profesora Agda. de Hematología.

Dirección: Avenida Italia 4481 - Apto. 104 (Dr. Pedro Visca).

Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" (Dir. Prof. G. Ríos Bruno). Montevideo.

PP.- abombamiento en base de hemitorax derecho, espacios intercostales separados y dolor a la palpación de pared. Síndrome en menos de 2/3 inf. de cara posterior y axilar de dicho hemitorax, estertores crepitantes y subcrepitantes, respiración soplane, pectoriloquia y pectoriloquia afona en el límite superior de la matidez. Síndrome en menos de extrema base de hemitorax izq.

CV. -Ritmo regular de 120 p.m. tonos bien golpeados P.A. 9/5.

Abdomen.- Hepatomegalia firme a 4 cm. del reborde costal, polo de bazo.

MMII. - No edemas.

Gasometria. pO₂ - 50 pCO₂ - 20, pH 7, 40.

Rx de tórax (fig. 1), imagen de derrame pleural bilateral, importante agrandamiento de la silueta cardíaca que se sumerge en la opacidad de los derrames pleurales. Traquea bien centrada y visualización de ambos bronquios fuentes y sus ramas lobares. No hay apertura de la pinza traqueo-



Fig. 1 - Rx. de Tórax al ingreso

brónquica descartando un agrandamiento cardíaco primario. Hemidiafragma izquierdo en posición normal con importante aerocolia, no se destaca hemidiafragma derecho ni el borde inferior del hígado.

Se realiza punción pleural diagnóstica, extrayéndose líquido purulento bien ligado por lo cual se decide realiza toracotomía mínima con drenaje bajo agua en hemitórax

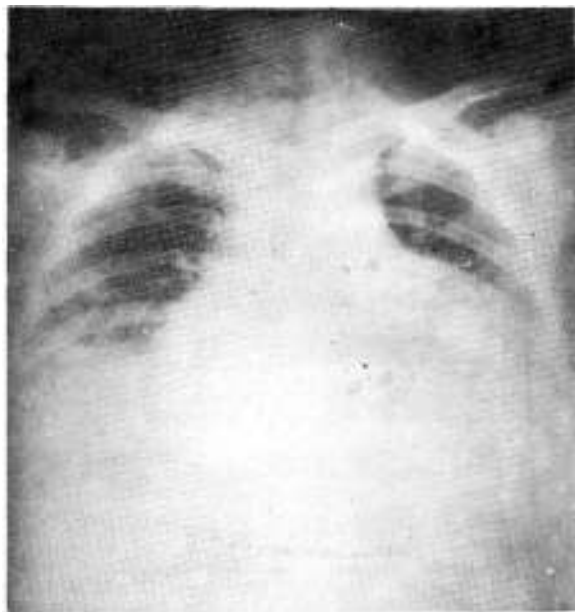


Fig. 2 - Rx. de Tórax post-evacuación pleural.

derecho, obteniéndose 500 cc de líquido con las mismas características.

En la Rx de tórax post evacuación (Fig. 2) pleural se destaca solamente la disminución del derrame pleural derecho.

Ht. - 37% GB - 9.800, glicemia - 1.00 gr.

Centellograma cardiovascular (fig. 4) - realizado por vía endovenosa con 99 mTe pirofosfato evidencia derrame pericárdico. Fracción de eyección y motilidad del VI normal.

La paciente a las pocas horas presenta un cuadro de colapso con gran ingurgitación yugular, tonos apagados que hace plantear junto con los datos obtenidos por la paraclínica en taponamiento cardíaco.

Es vista por cirujano que decide el drenaje pericardiaco.

Técnica.- Mediana supraumbilical, por encima del xifoídes hasta 2 traveses de dedo por encima del ombligo, se abre línea blanca dejando intacto el peritoneo. Con disección roma de los haces anteriores del diafragma se llega al pericardio, se toma con 2 pinzas Kocher, apertura de 2 cm. evacuación de 1.200 cc de pus, colocación de sonda Pezzer.

El estudio bacteriológico del líquido pleural y pericárdico en tres tomas consecutivas no desarrollo gérmenes.

Se inicia tratamiento con Penicilina 24 millones día y Gentamicina 240 mg. día durante tres días consecutivos. Dada la persistencia de fiebre y la esterilidad de los cultivos se sustituye por amikacina 1.5 gr. día y Zinocep 4 gr. día.

La paciente evoluciona en forma favorable y es dada de alta a los 24 días del ingreso.

La Rx al alta (fig. 5) muestra una silueta cardíaca de configuración normal, bloqueo de ambos senos costo diafragmáticos, cisuritis derecha.

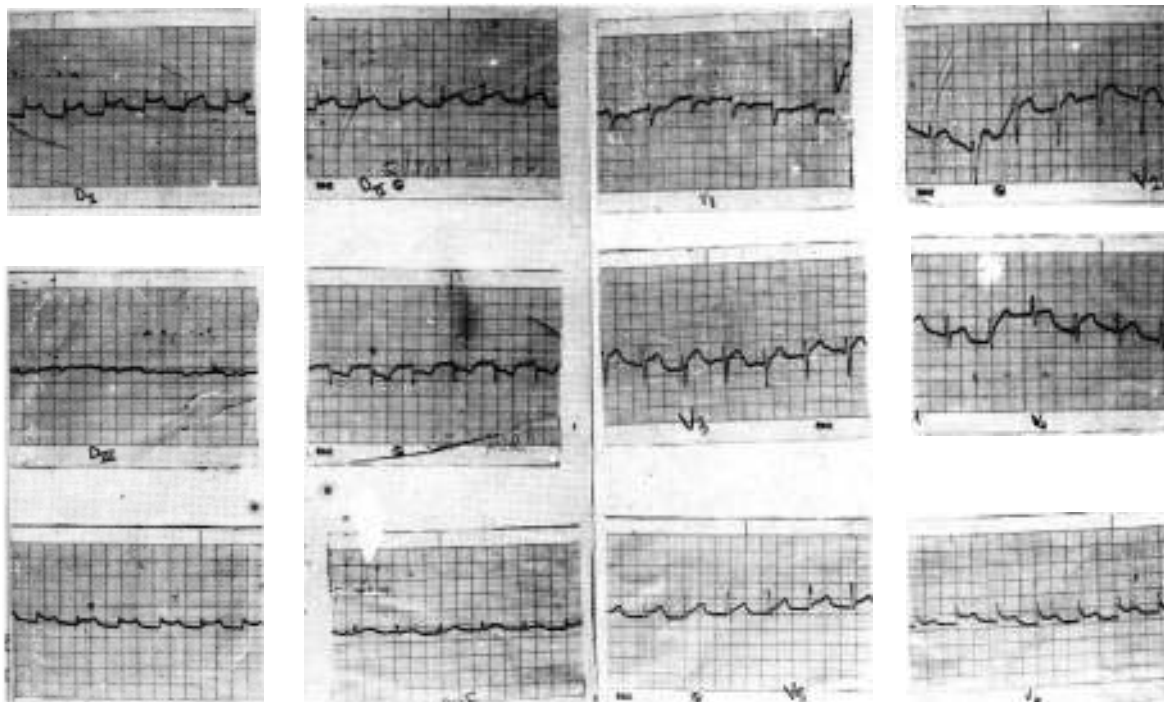


Fig. 3 - E.C.G. Supradesnivel de ST en todas las derivaciones.

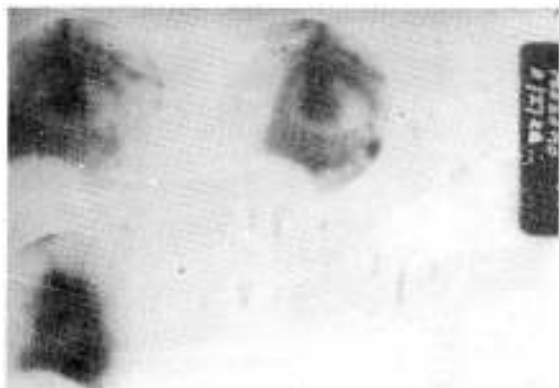


Fig. 4 - Centellograma cardiovascular.

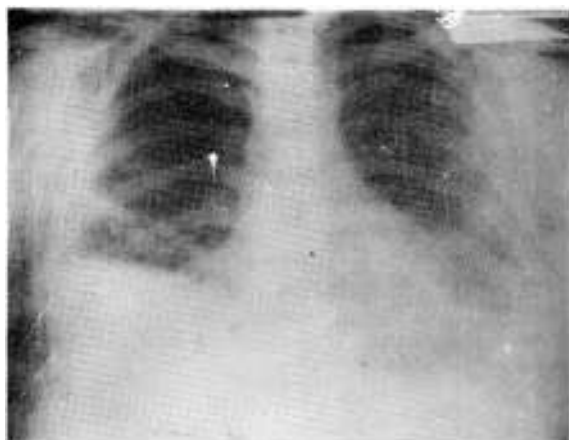


Fig. 5 - Rx. de Tórax al alta.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso de pleuro pericarditis purulenta aguda con taponamiento cardíaco. Desde el punto de vista etiológico se trata de un proceso metaneumónico que ha comprometido la pleura y el pericardio, cosa excepcional.

Se describen los métodos paraclínicos usados en la Emergencia en estos casos para permitir efec-

tuar el diagnóstico exacto de la complicación y tratamiento quirúrgico inmediato evitando el retardo que conduce a muchos pacientes afectados de esta enfermedad a la muerte.

SUMMARY

Report of a Case of Purulent Pleuropericarditis

A patient developed purulent pleuropericarditis secondary to a metapneumonic empyema, although neither local nor general conditions favouring the process existed.

There follows a discussion of its etiology and most frequent pathogenic mechanisms.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FELDMAN, W.E.: Bacterial Etiology and Mortality of Purulent Pericarditis in Pediatric Patients. *Am. J. Dis Child* 41: 151, 1979.
2. CRISTOPHER A., GALLIS, H.: Pericarditis. Differential Diagnostic Considerations. *Arch. Intern. Med.* 139: 254, 1979.
3. SHOJAEI, S.; HUTCHINS, Q.: Echinococcosis Complicated by Purulent Pericarditis. *Chest*. 73:4, 1978.
4. ENAYATOLLA OSANLOO, E.; SHALHOUB, R.; CIOFFI, R.; PARKER, R.: Viral Pericarditis in Patients Receiving Hemodialysis. *Arch. Intern. Med.* 139: 342, 1979.
5. GRILLO, I.A.; FALASE, A.O.; AKINYEMI, O.; BASILE, U.; LAGUNDOYE, S.: Calcific Constrictive Pericarditis. *Nigerian Med.* 9: 1, 1979.
6. GREENBERG, D.; DAVIA, J.; FENOGLIO, J.; Mc. ALLISTER, M.; CHEITLIN, M.: Dissecting Aortic Aneurysm Manifesting as Acute Pericarditis. *Arch Intern Med.* 139: 15, 1979.
7. CARDOZO, L.; ORSI, O.; CHAVARRIA, O.; CHIZZOLA, M.; XAVIER, A.: Enfermedades del Pericardio. Pericarditis Agudas Supuradas. *Jornadas Rioplat. Pediat. Uruguay*, 18, 1978.
8. FAINSTEIN, V.; MUSER, D.; YOUNG, E.: Purulent Pericarditis Due to Neisseria Mucosa. *Chest*, 74: 4, 1978.
9. PAJARON, A.; SOLAR, J.; ORTIZ, F.; POVEDA, J.; CORDO, J.: Diagnostico y Pronóstico de la pericarditis en la Fase Aguda del Infarto de Miocardio. *Rev. Clin. Española* 152: 1, 1979.
10. KLCSMANN, P.; BULKLEY, B.; HUTCHINS, S.: The Changed Spectrum of Purulent Pericarditis. *Am. J. Med.* 63: 14, 1977.
11. MULKLEY, B. KLACSMAN, J. P.; HUTCHINS, G.: A Clinicopathological study of Post-thoracotomy purulent pericarditis. *J. Thorac. Cardiovasc. Surgery*, 73: 231, 1977.
12. DETRE, E. *Chirurgie D'Urgence*. Paris Ed: Masson, 1978