



UN CASO DE PNEUMO-PERICARDIO

Por el doctor Eduardo Ricaurte Medina, asistente de la Cátedra de Radio-Diagnóstico.

El Pneumo-pericardio o pneumatosis peri-cárdica es una entidad clínica caracterizada por la presencia de aire o de gases en la cavidad pericárdica.

Excepcionalmente puro este fenómeno, generalmente se halla asociado a un derrame de sangre (Hemo-pneumo-peri-cardio), de pus (Pio-pneumo-pericardio) y más rara vez de serosidad (hidro-pneumo-pericardio).

Por haber tenido ocasión de observar y de examinar radiológicamente un caso de pneumo-pericardio, considero interesante relatar su historia dada la rareza de la entidad y la constatación de algunas modificaciones en el cuadro clínico hasta hoy descrito.

La afección es conocida desde hace mucho tiempo pues ya Itard en 1803 la describió bajo el nombre de enfisema del peri-cardio y la distinguió del pneumotórax con el cual, decía, podría confundirse por dar idéntica sonoridad. En realidad fué Bricheteau en 1844 quien hizo su historia clínica la cual fué perfeccionada posteriormente por Reynier y por Tillaux.

Según J. P. Teissier y M. Duvoir el pneumo-pericardio es una manifestación rara que no se observa sino en el adulto y en el viejo. Nuestro caso es particularmente interesante desde este punto de vista pues se presentó en un joven estudiante de 17 años.

Desde su origen se han distinguido un pneumo-pericardio traumático o quirúrgico y uno no traumático o médico:

El pneumo-pericardio traumático proviene de una efracción de la tserosa; de este modo el aire o los gases pueden penetrar a la cavidad directamente de fuera o de una víscera vecina. Esta afección es secundaria:

a) a una herida penetrante del tórax que interese el pericardio (puñalada, proyectil), a una contusión violenta; b) a la fractura de una costilla cuyos fragmentos desgarran el peri-cardio; c) a un proceso ulceroso que haga comunicar la serosa con una víscera vecina llena de aire o de gases. Se ha señalado también la efracción del pericardio por una caja de dientes accidentalmente deglutida o por un cuchillo tragado; también puede ser consecutiva a la propagación directa de una lesión ulcerosa del esófago o del estómago a través del diafragma o a la apertura de un absceso del hígado.

La pneumo-pericarditis se ha presentado igualmente a consecuencia de un accidente involuntario en el curso de una intervención terapéutica (punción del pericardio en el curso de una pericarditis con un trócar demasiado grueso).

El pio-pneumo-pericardio médico, mucho más raro, puede deberse a la apertura en el pericardio de una colección supurada vecina. Creo que en el caso que describo en seguida tal ha sido la manera de producirse el fenómeno. También puede ser debido a la infección secundaria de un hemo-pneumo-pericardio. A título excepcional se ha señalado la germinación inicial o secundaria de microbios anaerobios.

En las autopsias de individuos muertos de pneumo-pericarditis se encuentra que el saco pericárdico contiene gases y líquido. Los gases son abundantes y suficientes para que el saco pericárdico distendido rechace y oprima los pulmones. Los gases tienen olor fétido y en las partes declives del saco pericárdico se acumula una serosidad de apariencia variable; en algunos casos turbia, en otros con sangre y pus mezclados; a veces hay membranas purulentas y restos de tejidos sanguinolentos.

El pronóstico de la afección es bastante grave y generalmente termina por la muerte; muy raros casos han curado.

El 28 de julio del año pasado el doctor Carlos Alvarado Martínez envió a mi Laboratorio de Rayos X al joven L. A. de 17 años, estudiante y residente en la vecina población de Mosquera, para que le practicara un estudio radiológico del tórax y de la columna vertebral con el fin de aclarar la naturaleza de la enfermedad que padecía. Los antecedentes personales del paciente señalaban un sarampión a la edad de 5 años y una viruela a los 10. El enfermo había vivido siempre en climas fríos y sanos y sus antecedentes hereditarios no indicaban particularidad especial.

El doctor Alvarado vió al enfermo por primera vez el 8 de julio; se quejaba entonces de malestar general, cefalalgia y temperatura de 39°. En el corazón se encontraban ruidos bien timbrados y taquicardia de 110 pulsaciones por minuto. El pulmón era normal a la percusión y a la auscultación. El hígado era grande y ligeramente doloroso; el bazo pequeño; el abdomen meteorizado; la lengua seca y saburral, y se constataba también tos y catarro oculonasal. Se le ordenó guardar cama.

El día 11 de julio o sea 3 días más tarde el enfermo se quejó de

fuertes dolores sobre el hemitórax izquierdo, especialmente intensos debajo de la tetilla. La temperatura se mantuvo entre 39 y 40 grados; el malestar general era constante, y la tos menor, pero el enfermo tenía sensación de fatiga. El examen en esa fecha dió los siguientes datos: Corazón: ruidos bien timbrados. Taquicardia de 120 pulsaciones al minuto. Hígado grande. Abdomen: meteorizado y doloroso a la palpación. Pulmón: en la base del izquierdo se encontró una ligera macidez y dolor a la percusión. El enfermo hacía de 5 a 6 deposiciones diarias.

El día 21 de julio se encontró: estado general grave. Corazón: ruidos cardíacos ligeramente velados; taquicardia acentuada, la punta golpea bajo la tetilla derecha. Pulmón: en la base del izquierdo había una zona de macidez que llegaba hasta la altura del noveno espacio intercostal. Las vibraciones vocales estaban suprimidas en esta parte y la pectoriloquia era marcada. La columna vertebral aparecía desviada en escoliosis compensadora. Los dolores sobre el hemitórax izquierdo eran cada vez más agudos y se recrudescían con los movimientos. También tenía tos penosa y disnea.

El día 28 de julio como los fenómenos hubieran calmado un tanto se trajo el enfermo a la ciudad para practicarle el examen radiológico.

Las radiografías de la columna vertebral no señalaron particularidad alguna en la estructura de las vértebras; apenas se encontraba una escoliosis debida a posición viciosa del enfermo.

El examen radiológico del tórax (figuras 1 y 2) puso de manifiesto una marcada desviación del corazón hacia la derecha acompañada de una gran taquicardia, pero llamó principalmente la atención el que, del lado izquierdo, había un espacio claro ocupado por gases y en contacto con la sombra cardíaca. Dicho espacio estaba limitado hacia afuera por una línea oscura, dirigida oblicuamente de la parte superior del pedículo vascular hacia la parte media de la base del hemitórax correspondiente; la línea mencionada se interpretó como formada por la hoja pericárdica fuertemente rechazada por gases encerrados en la cavidad. En la parte inferior del pericardio distendido había líquido, el cual presentaba fuertes movimientos provocados por las contracciones cardíacas. En el fondo del saco-pleural izquierdo también se encontraba líquido el cual alcanzaba la altura de VIII espacio intercostal posterior y llamó la atención, el que dicha altura fuese la misma que la que tenía el derrame peri-cárdico.

En el resto de los campos pulmonares no se apreciaba particularidad especial.

Al examinar clínicamente al enfermo en compañía del médico tratante y de varios colegas para comprobar los resultados de la investigación radiológica se encontró que, realmente había una zona de franco timpanismo en el sitio en que debía hallarse la macidez cardíaca. Los ruidos del corazón continuaban velados, lo cual se atribuyó a la interposición hidro-gaseosa; en vista de estos datos y de la nitidez de los signos radiográficos los cuales concordaban con las radioscopias, tanto el

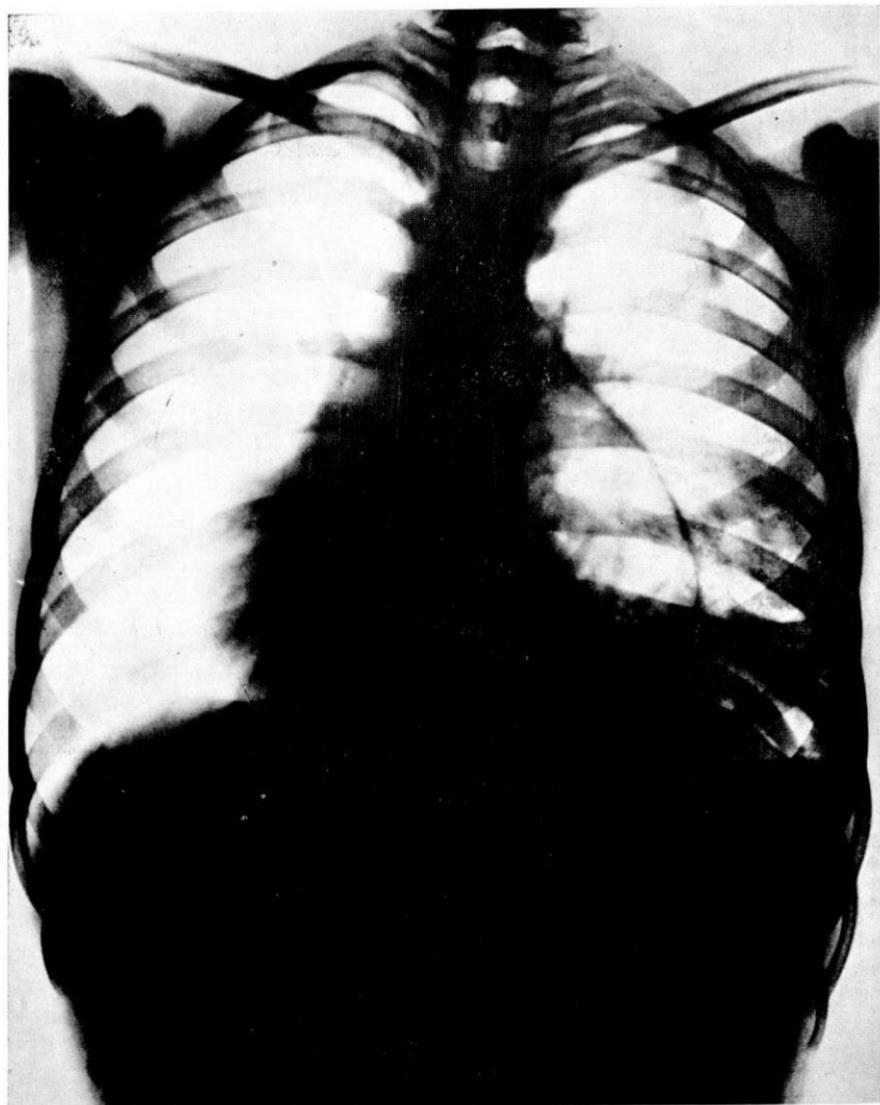
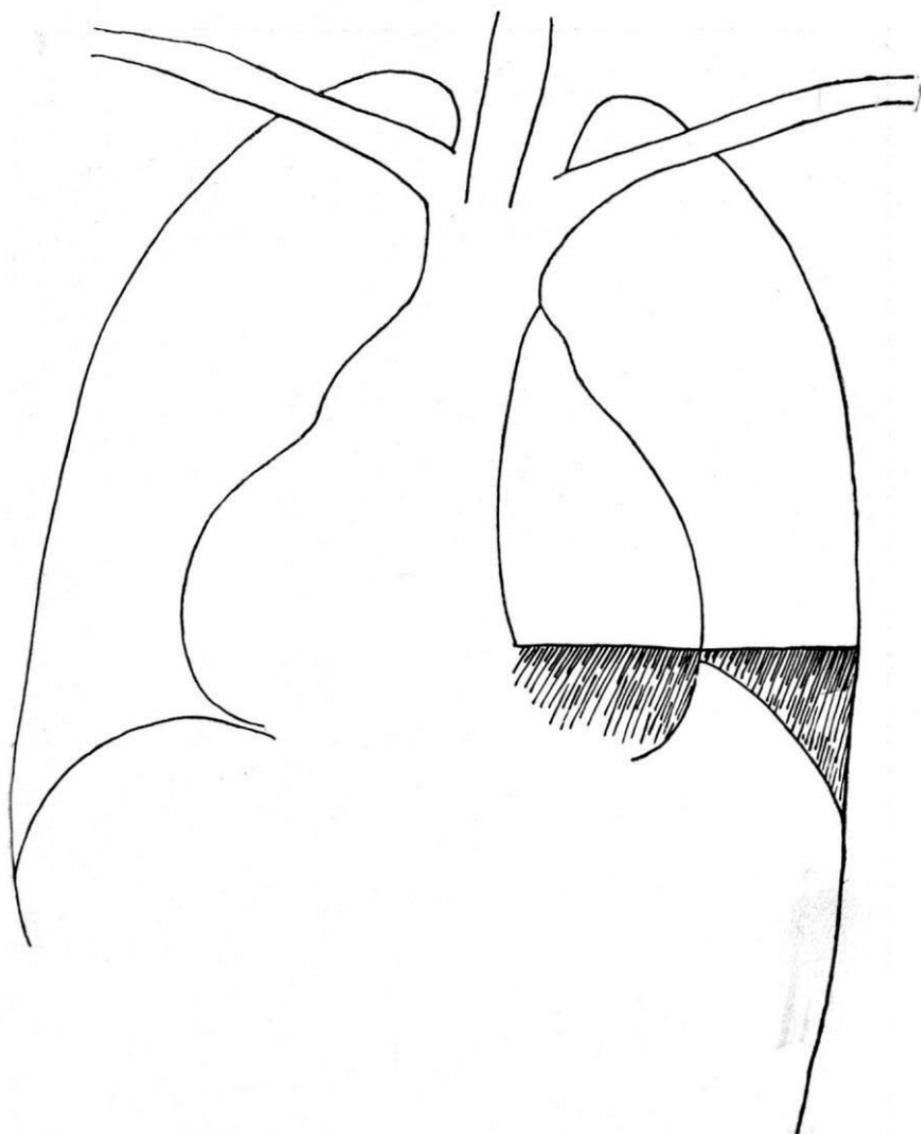


FIGURA N° 1.

médico tratante, como los colegas que vieron el paciente, aceptaron el diagnóstico radiológico de pio-pneumo-pericardio.

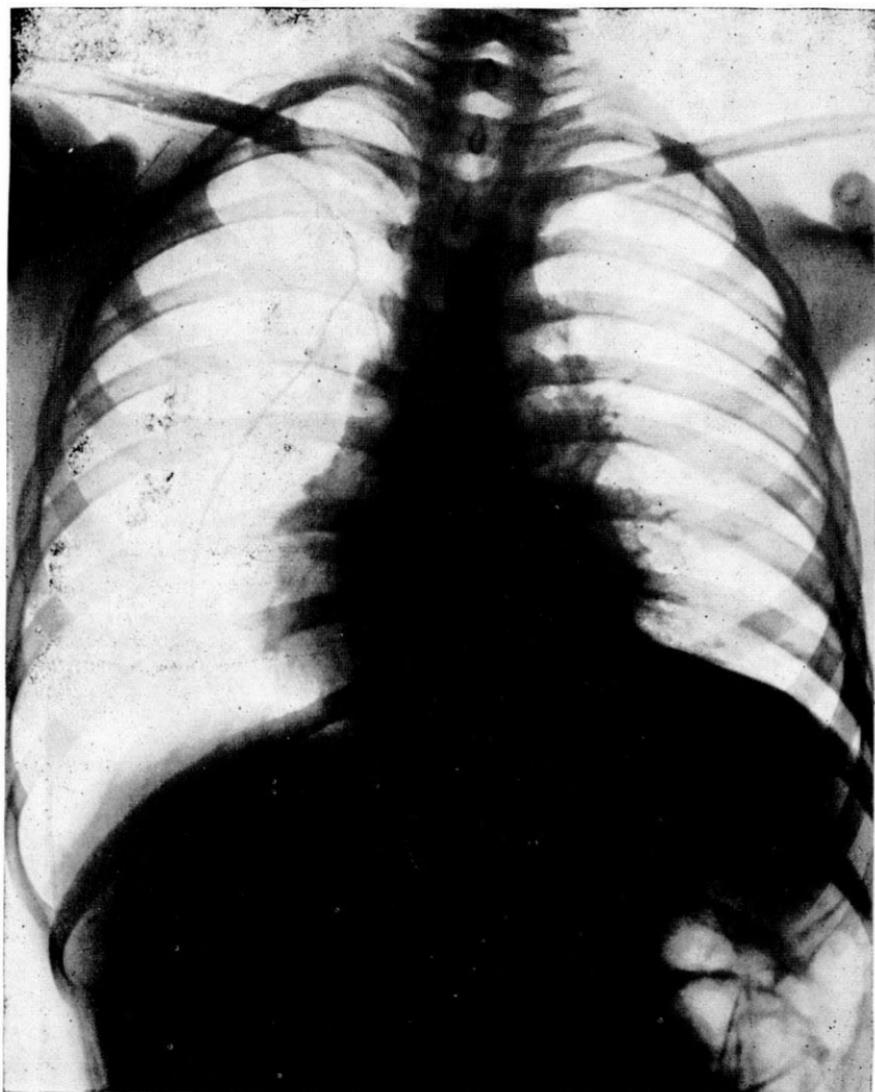
Dos días más tarde se le practicó una punción pleural que permitió extraer un líquido purulento, en el cual el examen microscópico descubrió abundantes pneumococos. En los días siguientes el enfermo presentó temperaturas de 37° en la mañana y de 38° en la tarde. Su estado general

**FIGURA Nº 2.**

mejoró notablemente, la macidez del pulmón izquierdo desapareció lentamente. El corazón siguió batiendo sensiblemente a la derecha pero parece que comenzó a corregir su posición viciosa.

El día 8 de agosto y después de una lisis muy lenta, la temperatura bajó a la normal, el enfermo recobró el apetito, la diarrea desapareció, y el pulmón izquierdo adquirió nuevamente su sonoridad habitual.

El 19 de agosto se le practicó un nuevo examen radiológico del tórax

**FIGURA Nº 3.**

y se observó que la imagen hidro-aérea peri-cárdica había desaparecido. (Figura 3). El corazón continuaba desviado hacia la derecha pero en menor grado que en el primer examen y se apreciaba una ligera congestión hilar. Estos datos permitieron concluir que los fenómenos de pneumo-pericarditis habían cesado y que el enfermo se hallaba en franca mejoría.

Posteriormente he sabido que el enfermo goza de perfecta salud.

Analizando el caso anteriormente relatado, llama la atención el que no se hubiera apreciado el "ruido de molino" el cual, según los autores, es constante en el pneumo-pericardio. La presencia simultánea de líquido en el pericardio y en la cavidad pleural, alcanzando en los dos sitios idéntico nivel, el comienzo de los fenómenos graves por signos de una pleuresía aguda y el hecho de que solamente después aparecieran el timpanismo precordial y los ruidos cardíacos velados me hacen pensar que el pio-pneumo-peri-cardio se originó por la perforación de la serosa en el curso de la pleuresía y que los gases se formaron por alguna asociación anaerobia.

Agradezco al doctor Alvarado Martínez los datos clínicos que amablemente me suministró en relación con el caso referido.

