

Pericarditis purulenta complicada con taponamiento cardiaco secundario a quiste hidatídico hepático abscesificado

Sr. Editor:

La pericarditis purulenta es una entidad clínica poco frecuente, caracterizada por derrame pericárdico de naturaleza purulenta que suele producirse por extensión desde un foco infeccioso bacteriano contiguo o por diseminación hemática. La infección primaria es rara¹.

El cuadro clínico es muy severo y suele evolucionar a un taponamiento cardiaco² o ser la primera manifestación clínica.

Presentamos el caso de una mujer de 81 años, sin antecedentes de interés, que ingresó con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca desencadenado por infección respiratoria, con un cuadro inespecífico,

de 1 mes de evolución, de malestar y astenia, y los días previos al ingreso había aparecido disnea de esfuerzo, que llegaba a ser de reposo. Refería tos escasa, sin expectoración y sin fiebre termometrada.

En la analítica presentaba: hemoglobina, 11,9 g/dl, con hematocrito, 36,8%, y leucocitosis, con $16,8 \times 10^9/l$ (el 3% de cayados), 705×10^9 plaquetas/l, y fibrinógeno, 464 mg/dl. La radiografía de tórax mostraba cardiomegalia con ligera redistribución en ambas bases. En el ECG, reducción en el voltaje del QRS y un aplanamiento difuso de las ondas T.

A las 24 h presentó un deterioro clínico con datos clínicos y hemodinámicos de taponamiento cardiaco, hipotensión, pulso paradójico y datos de presión venosa elevada.

Se realizó ecocardiograma transtorácico, que confirmó el derrame pericárdico severo y datos de taponamiento cardiaco con colapso de cavidades derechas.

Tras varios intentos fallidos de pericardiocentesis guiada por ecocardiograma vía subxifoidea, en los que se extraía escaso material de aspecto purulento pero sin confirmar que lo hubiera en cavidad pericárdica, se observó la existencia de una masa submamaria izquierda que se extendía caudalmente hacia abdomen, con lo que se realizó tomografía computarizada (TC) toracoabdominal, en la que apareció gran lesión quística hepática en el lóbulo izquierdo que se extendía al pericardio (fig. 1.)

En quirófano se realizó una nueva pericardiocentesis evacuadora guiada vía paraesternal izquierda, y se extrajeron 1.000 ml de material purulento, y seguidamente se realizó laparotomía abierta urgente, en la que se observó quiste hidatídico hepático abscesificado que destruía diafragma y comunicaba con pericardio.

Se drenó y se realizó una periquistectomía con limpieza del pericardio.

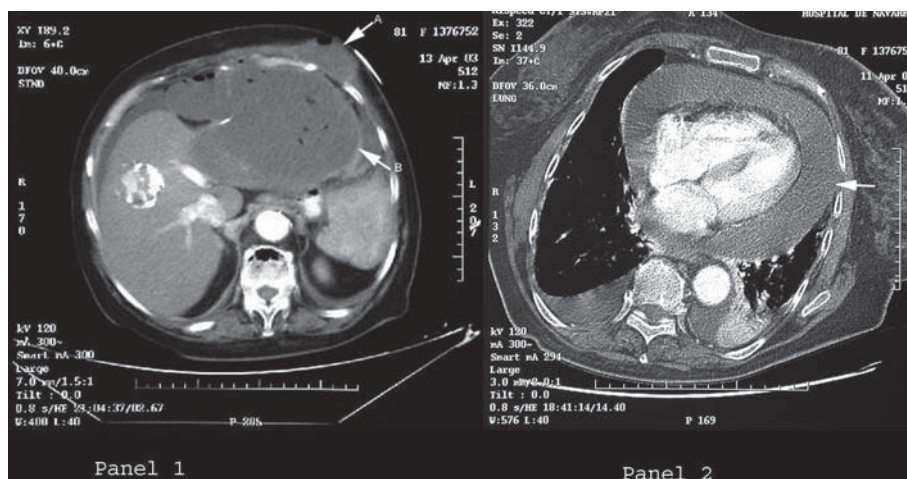


Fig. 1. Tomografía computarizada toracoabdominal. Panel 1: imagen de absceso hepático (flecha B) con extensión hacia región extratorácica en plano subcutáneo (flecha A) y panel 2 con imagen de derrame pericárdico severo.

En los hemocultivos y cultivos de material pericárdico se detectó *Staphylococcus epidermidis*.

La evolución posterior fue favorable, y se completó el tratamiento antibiótico y con albendazol para la hidatidosis.

El caso se interpretó como un quiste hidatídico abscesificado que se extendió a pericardio y produjo una pericarditis purulenta, con la situación de taponamiento cardiaco como la principal manifestación.

La pericarditis purulenta es una entidad con manifestaciones severas que inicialmente pueden atribuirse a la enfermedad infecciosa de base; debe realizarse lo antes posible un ecocardiograma ante cualquier sospecha de afección pericárdica en pacientes con un foco infeccioso de riesgo, ya que el cuadro puede evolucionar de forma rápida a una situación crítica¹.

La forma de llegada a pericardio suele ser por extensión desde un foco adyacente (neumonía o absceso abdominal)¹, y los organismos más comúnmente implicados son *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*; menos frecuentemente se aíslan bacilos gramnegativos entéricos, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella*, anaerobios y hongos³.

El diagnóstico se basa en la obtención de un material pericárdico de naturaleza purulenta, con características de exudado y rico en leucocitos polimorfonucleares y lactato deshidrogenasa y escaso en glucosa; debe realizarse una tinción de Gram y obtener hematocrito, bioquímica, citología y cultivos tanto para microorganismos ordinarios como anaerobios y hongos⁴.

La ecocardiografía permite valorar signos de taponamiento cardiaco y sobre todo realizar una pericardiocentesis guiada (terapéutica y diagnóstica)⁴.

El manejo requiere drenaje quirúrgico del contenido pericárdico y tratamiento con antibiótico basado en el antibiograma durante 4-6 semanas⁴.

Baltasar Lainez, Valeriano Ruiz, Jesús Berjón
y Román Lezaun
Servicio de Cardiología. Hospital de Navarra. Pamplona.
Navarra. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sagristá-Sauleda J, Almenar Bonet L, Ferrer JA, Bardaji Ruiz A, Bosch Genover X, Guindo Soldevila J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica. Rev Esp Cardiol. 2000;53:394-412.
2. Sagristá-Sauleda J, Barrabés J, Permanyer-Miralda G, Soler-Soler J. Purulent pericarditis: review of a 20-year experience in a General Hospital. J Am Coll Cardiol. 1993;22:1661-5.
3. Suberviola Cañas B, Rodríguez Borregan JC, González Castro A, Miñambres E, Burón Mediavilla FJ. Pericarditis purulenta y empiema pleural por *Streptococcus pneumoniae*. An Med Interna (Madrid). 2007;24:35-7.

4. Lewinter Martin M, Kabbani Samer. Pericardial diseases. En: Branwald E, editor. Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. 7.ª ed. Eselsvier Imprint; 2006. p. 1774.