

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXIII

SAN JOSE, COSTA RICA
Enero - Diciembre de 1956 - Nos. 261 - 272

Tomo XV

PERICARDITIS CONSTRICTIVA*

Siete enfermos operados

Por los Doctores Jorge A. TALANA y Eduardo SCHIEPATTI

Buenos Aires - Argentina

La descorticación del corazón fue recomendada por Weil en 1895, E. Delorme en 1898 y F. Volhard en 1897-1898.

L. Rehn en 1913, realizó cuatro intervenciones con resultado inmediato bueno en dos, pero con progresión de la tuberculosis y muertes por influenza y reumatismo.

F. Sauerbruch en 1913, registró cuatro intervenciones con tres muertes y una curación que vivió 11 años.

Las intervenciones practicadas por Henle (un caso) Heuck (un caso) y L. Brauer (un caso) en 1907, fracasaron.

Volker operó tres enfermos con muerte de tres: una inmediata, otra por tuberculosis y la tercera por progresión de la enfermedad, habiendo sido esta última operación incompleta.

V. Schmieden en 1918, realizó con éxito una operación en dos tiempos. Años más tarde su serie alcanzó a siete casos: tres curaron, tres mejoraron transitoriamente y uno falleció en el acto operatorio; en 1926, reunió veintidós casos y en 1939, treinta y tres casos.

E. D. Churchill, en 1929 ofrece una serie de treinta y siete intervenciones realizadas por diversos cirujanos. Westermann en 1936, una serie mundial de ciento diez casos con veintidós curaciones.

En la Argentina, la primer pericardectomía con éxito corresponde a J. Arce en 1936. El mismo cirujano practicó en 1940 y 1941, con buen resultado otras dos intervenciones; Yódice en 1942, una con curación y en 1943, Ivanishevich otra, también seguida de curación.

En 1946, Arce había realizado ocho y Yódice siete operaciones.

(*) Nota de la Dirección.—Trabajo enviado directamente por sus autores.

Material

Siete enfermos con pericarditis constrictiva fueron sometidos a la resección del pericardio según las ideas de Schnlieden. En todos, menos en uno, la intervención fue realizada en un sólo tiempo.

En el caso N° 5, la resección pericárdica correspondiente a la zona del ventrículo izquierdo se practicó en el primer tiempo y la resección del pericardio vinculado al corazón derecho, vena cava superior y vena cava inferior, se efectuó en un segundo tiempo operatorio.

La intervención más antigua fue practicada el 21 de setiembre de 1949 y la más reciente el 24 de enero de 1955.

Cuatro pacientes fueron estudiados por el Dr. Pedro Cossio (casos Nos. 1, 3, 4 y 6); uno por el Dr. González Videla (caso N° 2); uno por el Dr. Blas Moia (caso N° 5); uno por el Dr. Mario Rodríguez Casco (caso N° 7).

Edad

Los pacientes tenían 12, 20, 41, 42 y 67 años en el momento de la operación.

Sexo y Raza

Los siete operados pertenecen al sexo masculino y a la raza blanca.

Profesión

El niño de 12 años era colegial; un adulto de 41 años, había realizado tareas de empleado y los restantes ejercieron trabajos pesados antes de la intervención.

Etiología

La etiología sólo pudo ser establecida en el caso N° 4, por el hallazgo de folículos de Koster fibroplásticos en los trozos de pericardio extirpados.

En los restantes enfermos la búsqueda de una etiología cierta en los líquidos pleurales, peritoneales y en el material pericárdico, a través de exámenes macroscópicos directos, cultivos, inoculaciones, técnicas especiales para los tejidos pericárdico, etc., resultaron negativos.

Sintomatología

La sintomatología fue en los siete casos de un síndrome de Pick por pericarditis constrictiva.

La radiología evidenció reducción de la pulsatilidad cardíaca con aumento de la opacidad y contornos de gran densidad con caracteres de calcificación.

La presión venosa en las yugulares externas alcanzó a cifras preoperatorias elevadas en todos los casos.

Presión Venosa Yugular Externa al Claude

Caso

1	35 cm.
2	33 "
3	27 "
4	26 "
5	27 "
6	21 "
7	25 "

Caso C12 C° segmento codo-lengua Codo, segmento inferior tronco

1	23 segundos (éter)	44 segundos (Decholin)
2	11 " "	34 " "
3	20 " "	17 " "
4	25 " "	5 " "
5	8 " "	10 " "
6	11 " "	12 " "
7	11 " "	17 " "

Morfología Patológica

Macroscopia.—La exploración quirúrgica comprobó siempre un pericardio irregularmente engrosado, con zonas calcificadas en algunos focos, de material resblandecido, focos caseosos y sinfisis. La viculación, con la pleura y las estructuras mediastínicas por una parte y con el miocardio por otra, en los casos 1, 2 y 4 muy intensa.

El miocardio mostró el color y la consistencia propia de una degeneración turbia y pigmentaria en el caso N° 4.

Microscopia.—Pericarditis crónica con intensa hiperplasia conjuntiva y precipitaciones cálcicas. No se observaron lesiones inflamatorias específicas ni nódulos de Aschoff, excepto en el caso N° 4, que mostró folículos de Koster fibroplásticos.

4

Resultados

Inmediatos. Buenos. Mortalidad postoperatoria inmediata: cero.

Todos los enfermos obtuvieron beneficios con la intervención, excepto el caso N° 5, que motivó una segunda operación de carácter complementario.

Mediatos

5 — 6 años	1
2 — 3 "	3
1 — 2 "	2 (*)
Menos de 1 año	2

Mortalidad operatoria alejada: cero.

Todos los pacientes viven; uno con menos de un año de la operación, todavía hospitalizado; los restantes reintegrados a las actividades propias de su edad.

El niño de 12 años (caso N° 5) operado dos veces, concurre a la escuela. Los demás trabajan.

Consideramos curados a cuatro pacientes y francamente mejorados a tres.

Curados	4
Mejorados	3
Fallecidos	—
TOTAL	7

Si analizamos aquellos con operaciones realizadas hace más de un año, tenemos:

Curados	4
Mejorados	1

El criterio de curación está basado en el estudio clínico, valores de la presión venosa y velocidad sanguínea, pulsatilidad radiológica del corazón, suficiencia cardio-circulatoria, supresión de digital, dieta hiposódica, presiones pleurales o peritoneales, ausencia de hepatomegalia, ascitis y edemas en miembros inferiores, reintegro a la actividad normal.

(*) Un enfermo (caso N° 5) intervenido dos veces.

	M. J. P. — RG. 6.499		Y. A. — RG. 15-577	
	Preoperatorio	Postoperatorio	Preoperatorio	Postoperatorio
	(1 mes)		(2 años-5 meses)	
PRESION VENOSA (cm. H ₂ O)	35	13	27	10
VELOCIDAD CIRCULATORIA (Segundos)				
Circulación mayor	44	22	20	11
Circulación menor	23	13	17	5
GASES EN SANGRE (vol. %)				
Contenido O ₂	16.45	18.2	14.22	14.28
Capacidad O ₂	21.19	21.8	15.92	15.73
Saturación (%)	77.6	84	89	90.7
Hg. (g.%)	15.8	16.25	—	—

La mejoría corresponde a enfermos en quienes la pericardectomía fue parcial e incompleta (casos Nos. 4 y 5) de acuerdo a nuestra táctica operatoria o existían evidencias de miocarditis turbia y pigmentaria (caso N° 4).

TACTICA Y TECNICA QUIRURGICAS

La táctica quirúrgica tuvo como objetivo realizar una pericardectomía amplia en un sólo tiempo. Para ello elegimos en los siete enfermos una toracotomía anterior: en seis con esternotomía longitudinal a la manera de Holman y en uno (caso N° 7) con esternotomía transversal a la manera de Friedrich. La liberación del ventrículo izquierdo constituyó la primera etapa del procedimiento para continuar sobre el ventrículo derecho, la aurícula derecha, la porción intra y extrapericárdica de la vena cava superior y vena cava inferior. La separación del corazón y el músculo diafragma fue cuidadosa y extensamente realizada. El fondo de saco pericárdico a nivel de la cava superior fue secclio-

nado, destruyéndose toda formación anular constrictiva. El plano de disección pericárdica fue variable según los casos y en uno se produjo una abertura de la pared del ventrículo derecho por desgarró. La sutura inmediata permitió ocluir el orificio cicatrizando sin incidencias.

En tres enfermos (casos 4, 5 y 7) la intervención no pudo realizarse con la amplitud prevista, dadas las condiciones amenazadoras de la actividad cardíaca. La interrupción del acto operatorio se produjo después de haber resecaó el pericardio que cubría el ventrículo izquierdo.

En uno de ellos (caso N° 4, 67 años de edad) se obtuvo una acentuada mejoría clínica, con actividad normal para su edad y en consecuencia se prefirió desistir de una intervención complementaria.

En el segundo (caso N° 5, 12 años de edad) los beneficios obtenidos fueron escasos y se realizó una operación complementaria, diez meses después. Esta consistió en una toracotomía pósterolateral derecha, que permitió extirpar el pericardio correspondiente a la vena cava superior, aurícula derecha, ventrículo derecho y vena cava inferior. La liberación total del corazón proporcionó la curación del paciente.

En el tercero (caso N° 7, 20 años de edad) la extirpación del pericardio vinculado al ventrículo izquierdo, ha proporcionado una mejoría acentuada, con desaparición de la sintomatología clínica, excepto la hipertensión venosa yugular. No hemos decidido aún la oportunidad de una intervención complementaria.

TECNICA QUIRURGICA

En todos anestesia general, con intubación laríngeo-traqueal y baronarcosis. Barbitúricos y vapores de éter en las seis primeras operaciones y anestesia potencializada endovenosa en las dos últimas.

Toracotomía anterior, mediana, longitudinal a la manera de Sauerbruch-Holman.— Incisión ligeramente curva en la región esternal, extendida desde la segunda costilla hasta el apéndice xifoides, a concavidad derecha.

Disección de la piel, sección del periostio esternal desde la segunda costilla hasta el apéndice xifoides. Separación del apéndice xifoides y del cuerpo esternal. Sección con el esternótomo de Loebische del cuerpo del esternón, desde su extremo inferior hasta el segundo espacio intercostal. Sección a este último nivel de las dos mitades del cuerpo esternal mediante trazos transversales. Sección del músculo triangular del esternón y colocación de un separador estático.

Disección de los fondos de saco pleurales, rechazo del tejido pericárdico. Incisión del pericardio sobre el ventrículo izquierdo; búsqueda de un plano de disección lo más próximo posible al miocardio. Resección paulatina del pericardio engrosado, con tijera e incluso con cizalla, según el espesor, dureza y grado de calcificación u osificación del mismo. Los focos reblandecidos y caseosos son extraídos con cureta.

Cumplida la primera etapa, que consiste en extirpar el pericardio que recubre el ventrículo izquierdo, especialmente su cara anterior, borde izquierdo y punta del corazón, se inicia la segunda etapa que consiste en la extirpación del pericardio sobre el ventrículo derecho, aurícula derecha, cava superior, cava inferior y cara diafragmática del corazón. La liberación del corazón y de los grandes vasos debe ser amplia y las venas cavas deben ser liberadas en sus porciones intra y extrapericárdicas, para lo cual corresponde seccionar el repliegue pericárdico existente en cada una de ellas.

La cavidad pleural se abre según las exigencias que imponga la amplitud de la exéresis. Cierre de la toracotomía mediante la aproximación de las dos mitades del esternón con puntos perforantes de hilo metálico. Sutura de la aponeurosis, tejido celular subcutáneo y piel con puntos separados de hilo irreabsorbible. Una o dos sondas colocadas en las cavidades pleurales aseguran durante las primeras 24 o 48 horas, la reexpansión pulmonar y la evacuación de las transudaciones.

Toracotomía anterior transversa a la manera de Friedrich.— Incisión transversa extendida desde el tercer espacio intercostal izquierdo al tercer espacio derecho. Sección longitudinal de ambos pectorales, mayor y menor. Sección del periostio del cuerpo externo, esternotomía transversa con el instrumento de Loebische, escoplo o sierra de Gigli.

Ligadura y sección de ambos paquetes vasculares mamarios internos. Sección de los músculos intercostales. Sección del músculo triangular del esternón. Las maniobras endotorácicas son similares a las descritas en la toracotomía anterior mediana de Holman. Cierre con puntos perforantes del esternón con hilo metálico.

La toracotomía anterior, transversa a la manera de Friedrich, es de fácil ejecución, proporciona un campo operatorio amplio y el cierre es rápido y hermético.

En los siete pacientes se efectuaron ocho intervenciones que curaron por primera intención, sin incidentes atribuibles al acto quirúrgico mismo.

RESUMEN

Se expone la táctica, técnica y resultados en siete enfermos de pericarditis constrictiva sometidos a pericardectomía realizada por toracotomía anterior mediana y completada en un caso con una toracotomía pósterolateral derecha.

CASUÍSTICA

Analizaremos brevemente nuestros casos operados.

CASO I. RG. N.6499. M. J. P., varón, 41 años, argentino empleado

EVOLUCION CLINICA.—Comenzó hace 9 años, con un síndrome dispéptico hiposténico. Hace 6 años, dolor torácico y fiebre que se interpretó como de origen pulmonar, pero una radiografía del tórax mostró un derrame pericárdico que mejoró progresivamente. Desde hace un año se instala progresivamente un síndrome de Pick.

La auscultación precordial permite apreciar dos ruidos apagados en todos los focos, excepto en foco aórtico en que el segundo ruido aparece de intensidad aumentada. Presión máxima: miembros superiores 185; miembros inferiores 108.

Radiológicamente fijeza e inmovilidad de la silueta cardíaca, agrandamiento franco del arco ventricular izquierdo, escotaduras del borde inferior de varias costillas. El electrocardiograma muestra desviación del eje eléctrico hacia la izquierda. Presión venosa: 35 cm. Velocidad circulatoria (circ. mayor): 23 seg.

ANTECEDENTES.—No recuerda haber padecido reumatismo o afección infecciosa. A los 15 años, paludismo que se mantuvo con algunos periodos de actividad hasta los 22 años. Cinco años antes, un cardiólogo lo diagnosticó coartación de aorta torácica.

DIAGNOSTICO.—Coartación de aorta con hipertensión arterial y agrandamiento ventricular izquierdo. Cuadro de sobrecarga de trabajo ventricular izquierdo. Síndrome de compresión cardíaca crónica por pericarditis comprensiva (síndrome de Pick). La coartación y la hipertensión han sido y son bien toleradas por el paciente.

TRATAMIENTO.—Cardiotónicos. diuréticos mercuriales. Dieta hiposódica. Punción abdominal para disminuir la ascitis.

Operación.—21 octubre 1949. Mediastonotomía anterior mediana longitudinal. Pericardiólisis total y pericardectomía amplia, liberando las cavidades izquierdas y derechas y las venas cavas. El pericardio era muy grueso (0.5 cm.) observándose una sínfisis total.

Anatomía patológica (Dr. D. Fernández Luna).—Trozo de pericardio: sínfisis pericárdica con intenso espesamiento de ambas hojas de las serosas y algunas precipitaciones cálcicas. No se observan elementos específicos.

Líquido pericárdico. Se inocula un cobayo el 23 de setiembre de 1949, que muere el 4 de octubre (once días después). En la necropsia se observa el ganglio izquierdo donde se efectuó la inyección, infartado. Al corte y extendido: negativo.

Maceración de pericardio. A los cuarenta días de inoculado el otro cobayo se sacrifica, no presentando nada ganglionar, lo único que se observa es: pericarditis adhesiva entre ambas hojas del pericardio, con prolongaciones de adherencias fibrinosas. El extendido es negativo. El extendido de un corte del pulmón también es negativo.

EVOLUCION POSTOPERATORIA.—Satisfactoria. Desaparición del síndrome compresivo de la ascitis, de los edemas y de la ingurgitación venosa (ver cuadro N° 1). La presión arterial se conserva en las cifras del preoperatorio. Se alimenta sin restricciones. Se reintegra a sus ocupaciones habituales. Radioscópicamente se aprecia buena movilidad de la silueta cardiovascular. Cinco años y nueve meses después persiste la mejoría obtenida.

CASO II. RG. 14929. M. G., varón, 42 años, argentino, jornalero.

EVOLUCION CLINICA.—Comenzó hace dos meses, con un cuadro febril. Aparece luego dolor en hipocondrio derecho, moderada disnea y edemas en miembros inferiores. Se comprueba un derrame pleural derecho. La punción proporciona líquido citrino. Obtenida una radiografía del tórax, se aprecia agrandamiento cardíaco global, calcificación pericárdica y derrame pleural derecho.

El examen clínico comprueba además, ingurgitación venosa del cuello, arritmia cardíaca, ruidos cardíacos apagados, pulso paradójico. Presión venosa: 37 cm. Velocidad circulatoria (circ. mayor): 34 seg.

Radioscópicamente, disminución franca de la pulsatilidad cardiovascular. La radiografía muestra calcificaciones pericárdicas en placas.

ANTECEDENTES.—Niega toda enfermedad anterior.

DIAGNOSTICO.—Pericarditis crónica constrictiva (calcificada). Derrame pleural derecho.

TRATAMIENTO.—Antibióticos: penicilina y estreptomina. Punción pleural. Cardiotónicos, diuréticos, dieta hiposódica.

Operación. 3 noviembre 1952. Mediastinotomía anterior mediana longitudinal. Pericardio muy engrosado, calcificado en placas. Sinfisis total. Pericardiólisis amplia. Pericardectomía amplia. Liberación de las cavidades izquierdas, derechas y venas cavas.

Anatomía patológica. (Dr. D. Fernández Luna) Calcificación de membranas.

EVOLUCION POSTOPERATORIA.—Satisfactoria. Mejoría franca. Desaparición del derrame pleural, de los edemas y de la arritmia. La presión venosa descendió a 10 cm. y la velocidad circulatoria bajó a 16 seg.

El paciente, dos años y medio después continúa muy mejorado aunque realiza tareas atenuadas y se alimenta con régimen hiposódico.

CASO III. RG. 15.577. Y. A., varón, 49 años, lituano, jornalero.

EVOLUCION CLINICA.—Comenzó hace dos años, con un cuadro de insuficiencia cardíaca progresiva por asistolia: edemas, ascitis, hepatomegalia, ingurgitación yugular, taquicardia, subcianosis. Tratado con cardiotónicos mejora, pero hace un año reaparece la ascitis y los edemas de cara y cuello. Es tratado con Digital, diuréticos mercuriales y dieta de Kempner que le proporcionan mejoría. El estudio radiológico mostró inmovilidad de la silueta cardiovascular, que aparece levemente agrandada. Pese al tratamiento severo y después de una mejoría de corta duración, vuelve a instalarse en forma progresiva un síndrome de Pick franco y es enviado entonces para tratamiento quirúrgico.

A la auscultación ruidos muy apagados. Pulso paradójal. Presión venosa máxima: 27 cm. Velocidad circulatoria (circ. mayor): 20 seg.

ANTECEDENTES.—No recuerda ninguna enfermedad anterior de importancia.

DIAGNOSTICO.—Pericarditis constrictiva crónica. Insuficiencia cardíaca.

TRATAMIENTO.—El enfermo es sometido a dos punciones abdominales: dieta hiposódica severa, diuréticos, etc.

Operacion.—6 noviembre 1952. Mediastinotomía anterior mediana longitudinal. Pericardiólisis amplia. Pericardectomía, liberación de cavidades izquierdas, derechas, y de ambas venas cavas. El pericardio se presentó como un saco fibroso rígido de 0.5 mm. de espesor, totalmente adherido.

Anatomía patológica. (Dr. D. Fernández Luna) Pericardio parietal con pseudomembranas organizadas, de estructura colágena fenestrada.

EVOLUCION POSTOPERATORIA.—Desaparición total de los edemas, ascitis, etc. Buena pulsatilidad cardíaca. Dos años y medio después, presión venosa: 10 cm.; velocidad circulatoria (circ. mayor): 11 seg. Reintegrado a sus tareas habituales.

CASO IV. RG. 16.202. B. A., varón, 67 años, italiano, jornalero.

EVOLUCION CLINICA.—Comenzó hace un año y medio con edemas maleolares. Pese al tratamiento instituido no mejoró, instalándose progresivamente hepatomegalia, ascitis, disnea, ingurgitación yugular y moderada cianosis. A la auscultación ruidos apagados. Choque de punta no se palpa. Radiológicamente, agrandamiento cardíaco glo-

bal. Franca disminución de la pulsatilidad cardiovascular. Electrocardiograma: aplanamiento de los complejos ventriculares, onda T negativa. Presión venosa: 26 cm. Velocidad circulatoria (circ. mayor): 25 seg.

ANTECEDENTES.—Niega haber padecido alguna otra enfermedad.

DIAGNOSTICO.—Pericarditis crónica constrictiva. Insuficiencia cardíaca.

TRATAMIENTO.—Dieta hiposódica, digital, diuréticos mercuriales; punción abdominal. Escasa mejoría. Los edemas continúan, involucrando escroto y pene.

Operación.—21 enero 1953. Mediastinotomía anterior mediana longitudinal. Pericardio engrosado, 4-5 mm., totalmente adherido, muy escasa pulsatilidad. Pericardiolisis y pericardectomía de toda la región anterior del corazón. Liberación de la vena cava superior y en parte, de la inferior. Se reconoce el miocardio despulido, marrón-amarillento, poco sangrante, muy friable. Latidos muy débiles, bradicardia. Se interrumpe la operación antes de completar la disección total del corazón.

Anatomía patológica. (Dr. D. Fernández Luna). Pericarditis fibrosa encerrando algunos folículos de Köster fibroplásticos.

EVOLUCION POSTOPERATORIA.— Satisfactoria. Desaparición progresiva de los edemas y de la ascitis. Sin disnea ni cianosis. Desaparición de la ingurgitación venosa. Pulso rítmico, ruidos cardíacos normales. Dos años y medio después de operado se mantiene sin edemas, sin disnea, con alimentación general. Presión venosa: 20 cm. Velocidad circulatoria (circ. mayor): 13 seg.

CASO V.—RG. 17.592. P. O. V., varón, 12 años, argentino, estudiante.

EVOLUCION CLINICA.— Comenzó hace un año y medio, con dolores en pantorrillas y rodillas, calambre de los miembros inferiores y posteriormente edemas de los mismos, hasta los muslos inclusive. Se agrega luego ascitis moderada, hepatomegalia, ingurgitación yugular y moderado derrame pleural derecho e izquierdo. Disnea de esfuerzo y palpitations precordiales en algunas oportunidades. Nunca febril. Fue tratado con estreptomocina, digital, diuréticos mercuriales, dieta hiposódica, etc., con mejoría parcial, sin lograr la desaparición de los edemas. A la inspección y palpación del precordio se observa en quinto espacio intercostal, choque de punta débil. Se auscultan dos ruidos

de poca intensidad, sin soplos. Presión venosa: 27 cm. Velocidad circulatoria (circ. mayor): 10 seg. Metabolismo basal: menos 14%. Proteinemia: 3.9 gr.%

Radiológicamente, corazón glubuloso, con discreto agrandamiento global, latidos poco visibles. Velado de fondos de saco pleurales. Electrocardiograma: complejos de bajo voltaje.

ANTECEDENTES.— No recuerda ninguna afección anterior.

DIAGNOSTICO.—Pericarditis crónica constrictiva.

TRATAMIENTO.—Reposo absoluto, dieta hiposódica, digital, diuréticos mercuriales, tiroxina, plasma. Funciones abdominales evacuadoras de la ascitis y de la pleura derecha.

Primera intervención. 31 julio 1953. Mediastinotomía anterior mediana longitudinal. Pericardio fijo, adherido, sin latidos visibles. Abierto, aparece engrosado, 4 a 5 mm. Pericardiólisis y pericardectomía sobre el ventrículo izquierdo y parte del derecho. Se observa bradicardia y la intervención se interrumpe antes de completar la pericardectomía de la aurícula derecha y de las venas cavas.

EVOLUCION POSTOPERATORIA.—Mejoría parcial. Disminuyen sin desaparecer, la ascitis y los edemas. Persiste moderada ingurgitación yugular. Presión venosa: 27 cm. Se mantiene la medicación: digital, dieta hiposódica, diuréticos mercuriales, tiroides. Como la desaparición de la sintomatología no es total, se decide una segunda operación para completar la liberación de la aurícula derecha y ambas venas cavas.

Segunda intervención. 12 mayo 1954. —Nueve meses y doce días después de la anterior. Toractomía posterolateral. Se efectúa la liberación amplia de la aurícula derecha, ambas venas cavas y cara diafragmática del ventrículo derecho.

EVOLUCION POSTOPERATORIA.—Muy satisfactoria. Desaparición total de la ingurgitación venosa, edemas, ascitis y disnea. Supresión total de la medicación. Régimen alimenticio sin restricciones. Un mes después, presión venosa: 20 cm.; velocidad circulatoria (circ. mayor): 10 seg. Un año después de la segunda intervención, estudia, practica deportes y se encuentra libre de síntomas.

CASO VI. RG. 20.763. C. M., varón, 49 años, español, jornalero.

EVOLUCION CLINICA.—Comenzó hace cuatro años y medio, con disnea de esfuerzo y en una oportunidad lipotimia y pérdida momentánea de la conciencia. Desde hace un año la disnea se hace más importante, tiene opresión precordial y de ambos hipocondrios, oliguria y

moderados edemas en miembros inferiores. Ingurgitación yugular. A la auscultación ruidos disminuidos de intensidad. Presión venosa: 21 cm. Velocidad circulatoria (circ. mayor): 12 seg.

Radiológicamente, silueta cardiovascular moderadamente agrandada, con latidos poco amplios y calcificaciones pericárdicas en placas.

ANTECEDENTES.—No ha tenido enfermedades anteriores de importancia.

DIAGNOSTICO.—Pericarditis crónica constrictiva. Calcificación pericárdica.

TRATAMIENTO.—Dieta hiposódica, digital, diuréticos mercuriales.

Operación. 28 julio 1954. Mediastinotomía anterior mediana longitudinal. Pericardio engrosado, 6 mm., adherido, fijo con calcificaciones extensas, en placas. Pericardiólisis amplia, pericardectomía liberando ambos ventrículos, parte de la aurícula izquierda, la aurícula derecha y las venas cavas totalmente. En algunas zonas es necesario cortarlo con cizallas y costótomos. Se evacúa sobre el ventrículo izquierdo, una pequeña colección de aspecto gomoso-caseoso. Sobre el ventrículo derecho, pared anterior, se producen dos pequeñas efracciones miocárdicas que se suturan con puntos de seda. Se observan latidos amplios, rítmicos.

Anatomía patológica.—“Fibro-esclerosis, focos caseosos encapsulados y calcificaciones pericárdicas en placas”.

EVOLUCION POSTOPERATORIA.—Satisfactoria. Desaparición de los edemas, la ingurgitación y la disnea. Ocho meses después se halla reintegrado a su trabajo habitual, que demanda importantes esfuerzos físicos. Presión venosa: 15 cm. Velocidad circulatoria (circ. mayor): 12 segundos.

CASO VII. RG. 21.329. L. V. S., varón, 20 años, argentino, jornalero.

EVOLUCION CLINICA.—Comenzó hace catorce meses, con dolor en epigastrio e hipocondrio derechos, fiebre, decaimiento general y lipotimias. Con diagnóstico de pleuresia serofibrinosa derecha es puncionado repetidas veces, aspirándose hasta 3 litros en una oportunidad. Durante ocho meses es sometido a punciones pleurales, desarrollándose una fístula pleurocutánea en la zona de las punciones, por la que introducen una sonda de avenamiento. Durante este lapso se instalan progresivamente, edemas de miembros inferiores y ascitis, que requirió en dos oportunidades punciones evacuadoras. Se agregó al cuadro clínico, ingurgitación venosa, disnea al menor esfuerzo y cianosis mo-

derada. El derrame serofibrinoso pleural evolucionó hacia el empiema. Con diagnóstico de pericarditis constrictiva y empiema pleural derecho, es enviado al Instituto de Cirugía Torácica.

Radiológicamente, además de la opacidad pleural derecha, se observa una silueta cardiovascular moderadamente agrandada, con latidos poco amplios. El electrocardiograma registra complejos de bajo voltaje. Presión venosa: 35 cm. Velocidad circulatoria (circ. mayor: 17 segundos).

ANTECEDENTES.—No padeció enfermedades anteriormente a la actual.

DIAGNOSTICO.—Pericarditis constrictiva crónica. Empiema pleural derecho.

TRATAMIENTO.—Régimen hiposódico, diuréticos mercuriales, digital, plasma, antibióticos. Se efectuó punción evacuadora de la ascitis y se corrigió quirúrgicamente el avienamiento pleural.

Operación. 21 enero 1955. Toracotomía anterior transversa transesternal a nivel del tercer espacio intercostal, desde la línea hemivicular izquierda hasta su homónima derecha, de 5 a 6 mm. de espesor.

Pericardiólisis y pericardectomía de la región anterior del corazón, ventrículo derecho, cara anterior. Se observan: bradicardia, latidos débiles e hipotensión arterial. Se interrumpe la operación antes de efectuar la pericardiólisis y pericardectomía correspondiente a la aurícula derecha y venas cavas.

Anatomía patológica.—(Dr. M. Polak). Biopsia de pericardio. Pericarditis crónica con intensa hiperplasia conjuntiva. No se encontraron lesiones inflamatorias específicas ni nódulos de Aschoff.

EVOLUCION POSTOPERATORIA.—Franca mejoría clínica. Desaparición de los edemas y de la ascitis. Se autoriza la supresión del régimen hiposódico y se suspenden la digital y los diuréticos, etc. El empiema mejora. La presión venosa persiste elevada: 32 cm. Velocidad circulatoria (circ. mayor): 16 seg.

La evolución clínica es satisfactoria pero se considera conveniente indicar una segunda intervención para liberar la aurícula derecha y las venas cavas de su coraza pericárdica.