

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUÍN ZELEDON

| | | |
|---------|--|---------|
| TOMO VI | San José, Costa Rica, Noviembre de 1945 No. 139 | AÑO XII |
|---------|--|---------|

Pericarditis crónica constrictiva *

Relato de un caso operado con éxito

Por los Doctores: *E. García Carrillo*
Victor M. Hernández A.,
Oscar Martínez N.
y *A. Brenes Ibarra (*)*

Introducción

La pericarditis crónica es rara en Costa Rica. En el estudio personal de uno de nosotros (Dr. E. G. C.), de 8000 autopsias practicadas en el Hospital San Juan de Dios, se encontraron solamente dos casos: uno de ellos acompañado de lesiones valvulares reumáticas. Por lo tanto consideramos de interés el siguiente relato:

Observación

Ficha de identificación:

Nombre: F. A. R.

Sexo: masculino

Edad: 26 años

Ocupación: jornalero

Lugar de nacimiento: Tobosí, Cartago

Residencia actual: Idem.

Ingresó al Hospital San Juan de Dios el 25 de Agosto de 1945.

Antecedentes personales patológicos:

Sin importancia para el estudio de la enfermedad actual.

Antecedentes personales no patológicos.

Tabaquismo discreto. Alcohólico negativo.

Antecedentes personales no patológicos:

Sarampión y parotiditis epidémica en la primera infancia. Hace

(*) De los Departamentos de Cardiología y de Cirugía Torácica del Hospital San Juan de Dios, San José de Costa Rica.

cuatro años se le inició tratamiento antiluétrico, poco después de la aparición de un chancro.

Enfermedad actual

Alrededor del 17 de Mayo de este año, es decir hace unos tres meses y medio, se le presentaron los dos primeros síntomas de su padecimiento, tos esporádica seguida de expectoración mucosa; había también discreto catarro nasal.

Ocho días después tuvo una crisis de *disnea paroxística*, con sensación de *opresión retroesternal*, *ortopnea*, expectoración mucosa, espumosa, en abundante cantidad. Se internó entonces en este Hospital, en donde permaneció del 25 de Mayo al 17 de Agosto. Los anteriores síntomas evolucionaron en la siguiente forma: la tos disminuyó ligeramente, la expectoración persistía con los mismos caracteres; pero en el curso de tres días consecutivos observó el enfermo la aparición de estrías sanguinolentas, que no se han vuelto a presentar. La disnea se acentuó hasta hacerse de decúbito. La sensación de opresión retroesternal aumentó notablemente hasta dificultarle movimientos respiratorios; posteriormente disminuyó hasta desaparecer completamente. En el curso de su estancia en el Hospital apareció un nuevo síntoma: *fiebre*, extremadamente variable, pues en ocasiones era una simple febrícula y a veces pasaba de 39° C., y aún llegó a 40° C. en una ocasión; la curva térmica no llegó a presentar ninguna sistematización. Abandonó el Hospital sin molestias, excepción hecha de la tos, que seguía siendo discreta con expectoración en pequeña cantidad. Ocho días después reingresó, pues reaparecieron la disnea con ortopnea y la sensación de opresión retroesternal. La tos aumentó notablemente y la expectoración se hizo igualmente mayor. Además apareció—hecho importante— *edema de los miembros inferiores*, pálido, blando y no doloroso, coincidiendo con *oliguria*. El enfermo se quejaba de zumbidos de oídos y cefalalgia discreta.

Síntomas Generales.

Enflaquecimiento, astenia, adinamia, fiebre.

Exploración física

Habitus exterior

Enfermo encamado, que representa unos 25 años, en actitud li-

brememente escogida, semisentado, facies pálida, aparentemente bien conformado, de constitución normolínea, sin movimientos anormales, con respiración disneica. Se observa edema generalizado, moderado.

Cabeza

Normocefalia, cabello bien implantado. Frente y cejas normales. Ojos: pupilas circulares, centrales, simétricas, con reflectividad normal, Conjuntivas palpebrales, ligeramente pálidas; amígdalas normales con subictericia discreta. Oídos, nariz, faringe, amígdalas normales. Lengua normal. Dientes en malas condiciones de higiene; algunas piezas se encuentran cariadas.

Cuello

Yugulares ingurgitadas y animadas de latidos. Algunos ganglios se encuentran infartados, sin adherencias ni a planos superficiales ni a profundos. Pulso carotídeo de amplitud normal, rítmico igual, no diferente, con una frecuencia de 100 por minuto.

Tórax

Aparato circulatorio. Región precordial

Inspección y palpación: No se aprecia el choque de la punta. Se observa retracción sistólica en los II, III y V espacios intercostales izquierdos.

Percusión: El borde derecho del área precordial se inicia en el I espacio, a un centímetro de la línea esternal; en el II espacio se encuentra a dos y medio centímetros y a cuatro y medio centímetros en el III espacio; en el IV a cinco centímetros. El borde izquierdo se inicia en el I espacio a dos centímetros de la línea esternal; se dirige oblicuamente hacia afuera, encontrándose a cuatro centímetros a nivel del II espacio; a seis centímetros a nivel del III y a once centímetros de la línea media a nivel del V.

Auscultación: Refuerzo del segundo ruido en el foco pulmonar. Taquicardia (100 por minuto), ritmo normal. Disminución discreta de la intensidad de los ruidos en todos los focos.

Aparato respiratorio.

Cara posterior.

Inspección: Tórax de forma y volumen normales. Movimientos

respiratorios rítmicos, de amplitud ligeramente menor que la normal con una frecuencia de 26 por minuto.

Palpación: Las maniobras de amplexión y amplexación confirman los datos anteriores. No se encuentra dolor a la palpación. Vibraciones vocales abolidas en la región subescapular izquierda.

Percusión: Matidez en la región subescapular izquierda a partir del XI espacio.

Auscultación: Abolición del ruido respiratorio en la región subescapular izquierda y disminución en la totalidad del hemitórax derecho. Respiración pueril en todo el hemitórax izquierdo, excepción hecha de la región subescapular. Frotos pleurales en la mitad inferior de la región interescapulo vertebral derecha, en ambas regiones subescapulares, en la mitad inferior de la cara lateral derecha y en la cara lateral izquierda. Pectoriloquia sonora en la subescapular izquierda.

Cara anterior:

Inspección, palpación, percusión: Revela datos normales.

Auscultación: Respiración pueril en el hemitórax izquierdo

Inspección: Forma ligeramente globosa.

Palpación: Dolor a palpación semiprofunda en el hipocondrio derecho y en el epigastrio. Hígado crecido y ligeramente doloroso.

Percusión: Timpanismo gástrico normal; timpanismo de las asas intestinales y del colon aumentado notablemente.

El borde inferior del área hepática se encuentra a diez centímetros por debajo del apéndice xifoides; sobrepasa el reborde costal, encontrándose a siete centímetros por debajo de él a nivel de la línea paraesternal y a cinco centímetros a nivel de la línea mamaria.

Área esplénica normal.

Matidez en los flancos desplazable con los cambios de decúbito.

Regiones inguino crurales:

Se palpan algunos ganglios inguinales; unos están libres, pero otros se encuentran adheridos a los planos profundos; no son dolorosos.

Genitales externos:

Normales.

Miembros superiores:

Forma y volumen normales. Se ven múltiples cicatrices correspondientes a una dermatopatía antigua.

Pulso radial rítmico, igual, no diferente, de amplitud normal. No hay pulso paradójico.

Tensión arterial: lado derecho: 106-80 lado izquierdo: 108-80.

Miembros inferiores:

Se observan cicatrices semejantes a las que se encuentran en los miembros superiores. Edema bilateral discreto.

Exámenes complementarios

Citología hemática:

Hemacias: 4.000.000 por mm. cúbico.
Leucocitos: 3.400 por mm. cúbico.
Hemoglobina: 78%
Fórmula leucocitaria:
Polinucleares: 58%
Linfocitos: 36%
Mononucleares: 6%
Eosinófilos: 0%

Química sanguínea:

Urea total: 0.10 gramos por litro.
Nitrógeno: 0.04 gramos por litro.

Serología hemática:

Reacción de Kahn: Negativa (1)

Examen de orina:

Revela únicamente trazas de albúmina.

Tipo sanguíneo:

Grupo IV (Moss).

Tiempo de coagulación: Tres minutos.

Tiempo hemorragia: 30 segundos.

Velocidad de circulación: (Investigada con Decolina) (2).

Brazo — lengua: 26 minutos.

(Normal: alrededor de 13 minutos).

(1) Anteriormente muy positiva y negatizada con Bismuto y Penicilina.

(2) Cedida por la casa SQUIBB.

Examen del fondo de ojo:

Arterias, venas, retina, papila y región peripapilar, actualmente normales en O. D. y O. I. (Dr. C. Mena).

Estudio electrocardiográfico:

Demuestra bajo voltaje y T invertida en las derivaciones standard (Fig. 1).

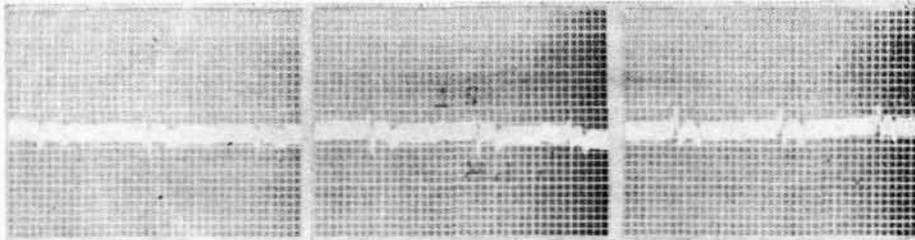


Figura 1

Estudio radiológico:

Las radiografías y radioscopías demuestran la existencia de opacidad en el seno costodiafrágico derecho y bandas oscuras en la base pulmonar derecha, con cisuritis en el mismo lado. El corazón aparece moderadamente ensanchado; la aorta normal; pulsaciones ausentes en el borde derecho y discretas en el borde izquierdo.

Resumen de la observación

Se trata de un sujeto joven, que sin antecedentes tuberculosos ni reumáticos, presentó una afección febril diagnosticada como pericarditis aguda, apareciendo luego insuficiencia cardíaca irreductible y rápidamente progresiva.

Los hallazgos clínicos, la evidencia radiológica de alteraciones en las serosas intratorácicas y un electrocardiograma muy sugestivo, condujeron al diagnóstico de *pericarditis crónica constrictiva*, aconsejándose la intervención quirúrgica. (Dr. E. G. C.)

Intervención quirúrgica

La operación se lleva a cabo el 13 de Setiembre de 1945.

Operadores: Dr. Víctor Manuel Hernández Asch; Dr. Oscar Martínez Nusbaumer; Dr. A. Brenes Ibarra.

Médicos: Dr. Gonzalo Vargas Aguilar (anestesiista); Dr. E. García Carrillo (control electrocardiográfico).

Anestesia (con intubación):

Anestésico primario (inducción): Oxido Nitroso.

Anestésico secundario: Eter-Oxígeno. Circuito cerrado.

Duración de la anestesia: Tres horas y veinte minutos.

Medicación: Transfusión sanguínea: 200 cc. Solución isotónica de dextrosa por vía intravenosa, gota a gota; 300 cc.

Tensión arterial: Al comienzo: Mx. 90. Mn. 80. Al final: Mx. 110. Mn. 70.

Respiración: Frecuencia de 30 por minuto durante todo el acto operatorio.

Pulso: Al comienzo: 140; al final: 140.

Operación: Descorticación cardíaca por pericarditis adhesiva.

Lesiones encontradas: Hidrotórax. Adherencias de la pared, de la pleura y del pulmón al corazón, Pericardio engrosado, duro y adherente.

Técnica empleada: Técnica de Delorme. Resección de los III, IV, V y VI cartilagos costales y parcialmente las costillas, en una extensión de 8 cms.; se perfora la pleura y se incide para tener amplia luz. Se liberan las adherencias existentes entre el pulmón, la pleura y el pericardio. Se resecan unos 30 cms. cuadrados del pericardio, correspondiente a los ventriculos, especialmente el izquierdo.

Estado postoperatorio inmediato: Satisfactorio.

Estudio electrocardiográfico en el curso de la operación:

A. Comparación de trazos tomados antes y después de la operación, estando el enfermo todavía bajo anestesia:

Antes: Ritmo 140; Voltaje de R 1.5 mm. Después: Ritmo 140; Voltaje de R 3.5 mm.

B. Comparación con trazado previo a la intervención:

Voltaje de R aumentado en un 100% en todas las derivaciones. Onda T isoelectrica o levemente positiva en las derivaciones I y II, en vez de ser negativa. Igual en derivación III.

C. Anomalías durante el curso de la intervención: Transitoriamente ondas P y T isoelectricas y engrosamiento de R en la derivación registrada (la II).

Evolución postoperatoria

El enfermo llegó a la sala de operaciones con 37.4° C. de temperatura; presentó, en el curso de los diez días siguientes, fiebre de 38.5° C., que empezó a descender el 23 de Setiembre. El día 24 no presentó elevación térmica. En dicho lapso se le aplican 1.000.000 unidades de Penicilina, a pesar de lo cual la fiebre persistía.

El 19 de Setiembre se le practicó una punción pleural a nivel del IX espacio intercostal izquierdo, línea axilar posterior; se extraen 120 cc. de líquido seroso, que resultó estéril al ser examinado en el laboratorio.

Al día siguiente se tomó una radiografía de tórax que demostró: "Velo de la base izquierda. Aumento de la sombra cardiaca. A controlar algunos días más tarde". (Dr. J. Cabezas).

El 22 de Setiembre se llevó a cabo una segunda punción pleural en el mismo sitio que la anterior; únicamente se evacuaron 10 cc. de líquido seroso. Se retiraron todos los puntos de sutura y el drenaje.

El 24 de Setiembre se tomó otra radiografía de tórax que reveló lo siguiente: "No hay imagen de derrame pleural ni de estasis pulmonar. Sombra cardiaca aparentemente agrandada, pues fue tomada la placa en antero posterior".

18 de Octubre. Exploración efectuada por el Dr. E. García Carrillo. Auscultación del corazón normal. Tensión arterial: 100/80 mm. Hg. Venas del cuello ligeramente turgentes, sin latidos. Hepatomegalia de dos dedos de ancho, apenas sensible. Muy discreto edema de los tobillos. La radioscopia muestra al borde izquierdo del corazón, borroso; el borde derecho, nítido, sin latidos. Campo pulmonar derecho mucho más limpio que anteriormente. Diafragma derecho móvil. Campo pulmonar izquierdo borroso y diafragma poco móvil de ese lado. Electrocardiograma parecido al anterior.

23 de Octubre. Velocidad de circulación, investigada con Dicolina:

Brazo derecho — lengua: 12 segundos.

Brazo izquierdo — lengua: 12 segundos.

24 de Octubre. Radiografía de tórax: "Se han despejado notablemente las bases".

25 de Octubre. Una nueva exploración del enfermo proporciona los siguientes datos importantes: yugulares ingurgitadas lige-

ramente y sin latidos. La exploración de la región precordial demuestra retracción a nivel del II espacio intercostal izquierdo; el choque de la punta es muy amplio; los ruidos cardiacos son de intensidad normal, con una frecuencia de 100 por minuto. El borde inferior del área hepática se encuentra a 7 cms. por debajo del apéndice xifoides, 5 cms. debajo del reborde costal a nivel de la línea paraesternal, y a 4 cms. a nivel de la línea mamaria. El edema maleolar es muy discreto. Respiración amplia, rítmica, con una frecuencia de 26 por minuto.

17 de Noviembre. El enfermo es dado de alta.

Comentario y resumen

Se presenta un caso de pericarditis constructiva operado con éxito.

Interesa hacer resaltar, a pesar de nuestra relativa experiencia, que hemos tenido como complicación, durante el acto operatorio, la apertura accidental de la pleura, para algunos de bastante peligro; nosotros, en cambio, hemos abierto ampliamente la pleura para mejor exposición, no teniendo que lamentar, tanto en este como en otros casos, ninguna molestia, siempre que se pueda disponer de anestesia bajo presión.

Insistimos también en que aunque algunos hacen hincapié en una descorticación total, nosotros resecamos solamente 30 centímetros cuadrados, habiéndose obtenido en corto plazo una mejoría tan notable, que nos permite incluir al enfermo en los que evolucionan francamente hacia la curación (*).

(*) Hemos tenido oportunidad de seguir al enfermo. Su STATUS cardíaco es completamente satisfactorio, y no se aprecia hepatomegalia. Se mantiene sin digital ni diuréticos. Desgraciadamente se ha complicado con una forma de peritonitis sub-aguda, ascítica, que evoluciona desfavorablemente (21 Diciembre 1945). En su conjunto este enfermo realiza una forma peculiar de tuberculosis de las serosas, ya descrita por HUTINEL.