

**Pericarditis fibrinohemorrágica más hemotórax por trauma. Presentación de un caso**

**Fibrinohemorrhagic pericarditis plus hemotorax for trauma. Case presentation**

**Dr: Manuel Noya Pimienta; Dr: José Luís López Montaña; Dr. Rafael Cuan Ravinal; Dra. Roisi Valladares Lorenzo**

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

### RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente ingresado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech de Camagüey por herida de arma blanca penetrante en hemitórax izquierdo alejado del área cardíaca y con el diagnóstico de hemotórax izquierdo de pequeña cuantía, el paciente en los días sucesivos a su ingreso comenzó con derrame pericárdico el cual fue diagnosticado clínico, radiológico ultrasonográfico y mediante electrocardiograma (EKG). Inicialmente el derrame fue tratado con antiinflamatorios y por último fue necesario el tratamiento quirúrgico que consistió en pericardiotomía con pericardiectomía parcial, biopsia, toilette, aspiración de 1 200 cc de sangre, y toracostomía por sonda para drenaje de la cavidad. Se ofrece un análisis de las características clínicas de la pericarditis fibrinosa traumática en relación con el caso y en comparación con lo reportado en la literatura consultada.

**DeCS:** PERICARDITIS; HEMOTÓRAX; HERIDAS Y TRAUMATISMOS.

## ABSTRACT

A case of patient admitted at the general surgery service of "Manuel Ascunce Domenech" provincial hospital of Camagüey, presenting wound caused by knife penetrating in left hemithorax distant from the cardiac area and with less quantity. The patient presented pericarditis hemorrhage in the post-admission days, this was clinically, radiologically, ultrasonographically and through electrocardiogram (EKG), at the very beginning, the hemorrhage was medically treated and finally it was necessary surgical treatment that consisted in pericardiotomy with partial pericardiectomy, biopsy, toilette, aspiration of 1200 cc of blood and thoracostomy by probe for the outflow of the cavity. The analysis of clinical characteristics of the traumatic fibrinous pericarditis in relation to the case and in comparison to the reported in the consulted literature is given

**DeCS:** PERICARDITIS; HEMOTHORAX; WOUNDS AND INJURIES.

## INTRODUCCIÓN

Los aspectos más sutiles de los traumatismos cardíacos permanecen ocultos y solo se manifiestan a veces de modo catastrófico, al cabo de horas, días o incluso meses después. Solo los traumatismos más graves del corazón y de los grandes vasos resultan evidentes en la exploración inicial, por lo que la mayor parte de las lesiones permanecen sin diagnóstico. Por consiguiente debe considerarse la posibilidad de un traumatismo cardíaco si se quiere asegurar el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado. (1)

Las lesiones cardíacas penetrantes requieren de un vector, por ejemplo, un cuchillo que atraviese la superficie del cuerpo y lesione el corazón, en ocasiones además, se puede lesionar el pulmón o la pleura en un por ciento alto de los casos, es por ello que gran número de las lesiones del corazón se acompañan de alteraciones del espacio pleural, (2) más frecuentemente el hemotórax.

La pericarditis fibrinosa constituye una forma de manifestación de los traumatismos cardíacos, y complica una quinta parte de las lesiones penetrantes, lo que contribuye a la morbimortalidad de los mismos.

Esta pericarditis traumática, ha sido denominada también síndrome pospericardiotomía, descrito inicialmente por Cox 1928, (3) y Koucky y Milles 1935 (4); en principio se describió en los casos de heridas del corazón y se atribuyó a

poliserositis. En los años cincuenta se le llamó "síndrome poscomisurotomía", por observarse habitualmente después de una comisurotomía mitral. En 1956 fue llamado por Dresdale (5) síndrome poscomisurotomía o pospericardiotomía, por presentarse después de una pericardiotomía, desde entonces se ha descrito después de traumatismos mínimos del pericardio como una punción. La causa es desconocida, dos factores se encuentran generalmente presentes: el traumatismo y la hemorragia residual. Se ha medido un anticuerpo anticorazón y la concentración sérica varía con la gravedad de los síndromes clínicos (6).

Se ha sugerido la posibilidad de que el síndrome representa una respuesta autoinmunitaria, donde los síntomas son el resultado de una reacción de hipersensibilidad los tejidos dañados, de la cavidad pericárdica (1-6).

## **REPORTE DEL CASO**

Paciente de 24 años de edad, de sexo masculino y blanco, ingresado el día 1 de abril de 1999 por presentar herida por arma blanca penetrante en tórax, acompañada de sangramiento moderado de la misma y dolor en la región, ésta se produjo en una riña en el municipio de Vertientes, su pueblo de origen.

### **Al examen físico:**

Mucosas: húmedas y coloreadas

Aparato respiratorio: F.R. 16 x'. Murmullo vesicular normal

Tórax: Herida de 2cm de longitud, localizada en la cara anterior del hemotórax izquierdo en su parte alta, segundo o tercer espacio intercostal, aproximadamente en la línea claviclar externa.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, FC: 80 x, T.A: 120/80 mm Hg

Abdomen: Negativo

Neurológico: Paciente consciente

**Complementarios:** Hb 90 g/l, Rx de Tórax: Se aprecia buena visualización del parénquima pulmonar.

Se realiza Rx de tórax evolutivo en el cual se demuestra radiopacidad del tercio inferior del pulmón izquierdo, interpretándose el mismo como hemotórax traumático, por lo que se realiza pleurotomía mínima baja, aspirándose en la misma 300 ml de sangre oscura.

Durante los días sucesivos al ingreso, el paciente presentó un cuadro conformado por: disnea, dolor torácico y fiebre de hasta 38° grados. Se realiza Rx de tórax en el cual se aprecia aumento del área cardiotorácica, además de EKG que mostraba cambios inespecíficos del segmento ST y bloqueo de rama derecha, así como

hemograma con diferencial con polinucleosis. Todo esto motivó la realización de un ultrasonocardiograma en el cual se pone de manifiesto un derrame pericárdico moderado.

Se comienza tratamiento con Indometacina. En posteriores ecocardiografías se mantuvo el derrame que incluso aumentó. El día 13-4-99 el paciente presenta cuadro neurológico inespecífico que desaparece espontáneamente. Se valora por Cirugía General donde se decide su operación.

En el acto quirúrgico se realizó pericardiotomía, con pericardiectomía parcial, biopsia, toallet, aspiración de 1 200ml de sangre y toracostomía por sonda por pequeño hemotórax izquierdo coagulado.

## COMENTARIOS

La verdadera incidencia de los traumatismos cardíacos es difícil de establecer (1). Según indican algunos estudios clínicos y experimentales, algunas heridas penetrantes son bien toleradas, en consecuencia la mayor parte de las alteraciones permanecen sin diagnóstico. Unido esto al hecho de que las lesiones más graves se determinan en los estudios necrópsicos, la frecuencia real relativamente elevada de los traumatismos cardiovasculares se desconoce.

En el caso de la pericarditis fibrinosa que aparece después de la pericardiotomía, si se ha establecido que aparece en el 10% al 40% de los enfermos operados del corazón, y es la pericarditis postraumática el ejemplo más claro de lo expresado anteriormente (6-7). Por las manifestaciones inespecíficas de la pericarditis fibrinosa en los pacientes que han recibido trauma torácico, es importante sospecharla a la hora de realizar el diagnóstico de un trauma penetrante del tórax, sobre todo si éste afecta a regiones adyacentes al área cardíaca (2-8). En el caso de nuestro paciente la herida torácica se encontraba bastante alejada de dicha área; pero sin la menor duda el vector (cuchillo) causante de la misma, interesó el saco pericárdico trayendo consigo la pericarditis fibrinohemorrágica, a pesar de no encontrar en el acto operatorio elementos que denunciaran el trauma pericárdico.

Los síntomas y signos presentes en los pacientes que padecen del síndrome pospericardiotomía, entiéndase pericarditis fibrinosa postraumática, son los siguientes: fiebre, dolor pericárdico, disnea, dolor pleural, altralgias (6-9-10).

Nuestro paciente presentó en los días sucesivos al ingreso un cuadro clínico constituido por fiebre, dolor torácico y disnea que pudieron haber sido elementos de sospecha de la lesión pericárdica desde horas tempranas de su ingreso. Es esta la única forma con la cual podemos llegar a un diagnóstico precoz de las lesiones cardíacas menos espectaculares a la hora de manifestarse.

En los exámenes complementarios podemos encontrar infiltrados pulmonares (11-12), derrames pleurales, derrames pericárdicos, sobre todo en el Rx de tórax, este examen puede apoyarse en el ultrasonido torácico y cardíaco; además el EKG muestra cambios inespecíficos del segmento ST, con microvoltaje. El paciente presentó todas estas alteraciones. El tratamiento de esta afección es mayormente medicamentoso, con salicilatos otro tipo de antiinflamatorio (13) esteroideo o no esteroideo; el tratamiento quirúrgico se emplea al fracasar el tratamiento médico, el cual se puede combinar con pericardiocentesis repetidas (14).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ebert PA. Traumatismo Torácico. En: Sabiston DC. Tratado de Patología Quirúrgica. T2. La Habana: Científico – Técnica; 1985.p.2019-28.
2. Spencer JK. Treatment of chest injures. Corr Probl. Surg 1986; 74 (3) : 311-4
3. Cox WM. Wounds of the heart. Arch. Surg 1928; 17: 484.
4. Koucky JD. Miller G. Stab wounds of the heart. Ach. Intern. Med 1935; 56: 281
5. Dresdale DT. Postpericardistomy syndrome in patients with rheomatic heat disease.Am.J. Med 1956; 21: 57
6. Austin GM, Hutter AM. Valvulopatía En : Sabiston DC. Tratado de Patología Quirúrgica. La Habana : Científico\_ Técnica ; 1985; t2.p.2313-27
7. Miller PE. Pericarditic complications after living donor lobectomy . Thorac cardiovasc surg. 2000 ; 120 (5): 909-15
8. Mange BN. Conection. Calcific constrictive pericarditic. Ann interm med 2000; 133(8):659
9. Clemants HK. Myocarditis, Pericarditis and other Pericardial diseases. Heart. 2000; 84 (4) : 449- 54
10. Haslam RT. Reversal of the pattern of respiratory venation of doppler sinflow velocities in constrictive pericarditis during mechanical ventilations J. AM Soc Echocardiogr 2000; 13 (9): 827-31.
11. Anderson TK, Mortell XE. Pericardial effusions: A continuing droin on our diagnostic acument. AM J. Med 2000; 109 (2): 169-70.
12. Patterson HL. Clinical clues to the causes of large pericardial effusions. AM J Med 2000; 109 (2): 95-101.

13. Thonson LM. Steptococcus millirc, a rare cause of pericarditis success feel tretment by pericarditis combined with parenteral antibiotics. Acta clin Belg 2000; 55 (4): 222-4.

Recibido: 21 de octubre de 2000

Aprobado:15 de junio de 2001