

Año XIII

Junio de 1942

Tomo XVII, N° 6

---

**ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA**

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

---

*Hospital de Niños*

---

**LA PERICARDITIS EN EL LACTANTE**

POR LOS DOCTORES

RODOLFO KREUTZER

Jefe del Servicio de Cardiología

Y BENJAMIN PAZ E IGNACIO DIAZ BOBILLO

En el curso de los siete últimos años hemos tenido oportunidad de observar ocho casos de pericarditis en el lactante, diagnosticados clínica y radiológicamente, cuatro de ellos con examen electrocardiográfico. Estas observaciones corresponden a los servicios de los Dres. Prof. Mario J. Del Carril, Martín R. Arana y Caupolicán R. Castilla.

La inflamación aguda del pericardio en el lactante se exterioriza bajo dos formas: la fibrinosa (pericarditis seca) y la exudativa (pericarditis con derrame). De esta última se distinguen tres tipos: la serosa (obs. N° 7), la serosanguinolenta (obs. N° 8) y la purulenta (obs. del N° 1 al 6).

Habitualmente la reacción del pericardio es secundaria a una enfermedad general y por ese motivo la naturaleza del agente etiológico cobra fundamental importancia para establecer la gravedad o severidad de la afección. En raras ocasiones la pericarditis parece primitiva; por lo menos en el estado actual de nuestros conocimientos no es posible determinar su etiología (pericarditis idiopática).

Desde el punto de vista etiológico la pericarditis del lactante



*Edad:* El enfermo más pequeño de nuestra estadística corresponde a un lactante de 5 meses; por debajo de esta edad no hemos tenido ningún caso. En los siete enfermos restantes encontramos: de 6 a 12 meses, 3 casos; de 12 a 18 meses, 1 caso; de 18 a 24 meses, 3. Sánchez S. (<sup>17</sup>), en 1938, publica un caso de pericarditis con derrame en un lactante de 3 meses.

*Sexo:* Sobre ocho observaciones, dos niñas y seis varones. Rillet y Barthez (<sup>18</sup>), también hacen notar la mayor frecuencia de esta afección en los varones.

#### SINTOMATOLOGIA

Citaremos en primer lugar el dolor y la fiebre.

*Dolor:* Que por razones obvias pierde casi todo el valor en el lactante. Los estudios de Capps, parecen haber determinado que el dolor de la pericarditis proviene más que de la pericarditis en sí, de una inflamación pleuropericárdica, al punto que si la inflamación está exclusivamente radicada en el pericardio no hay nunca dolor [citado por Christian (<sup>9</sup>)].

*Fiebre:* Generalmente existe. West, sostiene que aún la mayoría de las pericarditis metaneumónicas siguen un curso apirético. En nuestras observaciones las pericarditis purulentas se han acompañado generalmente de fiebre elevada de tipo séptico. En la idiopática el curso es totalmente afebril.

Fuera de estos síntomas: dolor y fiebre, los otros que aparecen en el curso de la pericarditis son la consecuencia del derrame pericárdico. Un pequeño derrame puede no traer síntoma alguno y en ese caso el curso larvado de la enfermedad hace aún más difícil el diagnóstico. El rápido aumento del derrame intrapericárdico comprime las aurículas, las venas cavas y ocasiona síntomas dependientes del mayor o menor grado de compresión.

*Disnea:* Se acompaña a menudo de irregularidades respiratorias, con fases de aceleración separadas por intervalos más o menos largos.

*Tos:* Generalmente seca de tipo espasmódica.

*Cianosis:* Según el maestro Centeno, cuando hay mucha ansiedad y cianosis sin causa por parte del aparato respiratorio que justifique tales síntomas, se debe pensar en la existencia de una pericarditis.

La elevación de la presión venosa origina distensión de las ve-

nas yugulares y hepatomegalia (obs. 2, 3, 5 y 7). En los grandes derrames pericárdicos la dificultad respiratoria se acentúa en posición acostada y se ve cómo estos pequeños enfermitos tratan de permanecer sentados o en brazos de la madre.

*Llanto y quejido continuo:* Registrado en casi todas nuestras observaciones.

#### SIGNOS FISICOS

El frote adquiere valor patognomónico; desgraciadamente su comprobación es ocasional. En los niños mayorcitos hemos verificado que con frecuencia no es ni siquiera constante en el curso del examen.

El frote indica la participación del pericardio, pero de ninguna manera su presencia niega el diagnóstico de derrame, sea que en estos casos el derrame posterior empuja el corazón hacia adelante, sea que la pericarditis se haya tabicado. A menudo el frote pericárdico modifica la tonalidad de los ruidos cardíacos<sup>(10)</sup>. Con frecuencia su semejanza con el tercer ruido es tan manifiesta que su diferenciación se hace prácticamente imposible. A veces el frote se asocia con el segundo ruido, semejando un soplo diastólico breve con más características auscultatorias de soplo sistólico que del aspirativo soplo diastólico de la insuficiencia aórtica.

Los frotos se auscultan de preferencia en la base, a nivel del 2º ó 3º espacio intercostal izquierdo en la parte vecina del esternón.

En ninguna de las observaciones que presentamos se ha registrado la existencia de frotos, lo que quizás sea debido a las dificultades propias del examen a esta edad.

La distensión del saco pericárdico por el derrame origina: 1º, signos físicos dependientes del agrandamiento del saco pericárdico; 2º, signos dependientes del taponamiento cardíaco.

#### 1º SIGNOS DEPENDIENTES DEL AGRANDAMIENTO DEL SACO PERICÁRDICO:

- a) Debilitamiento de los ruidos cardíacos.
- b) Agrandamiento de la matitez cardíaca.
- c) Compresión pulmonar.
- d) Agrandamiento de la silueta radiológica.

a) *Debilitamiento de los ruidos cardíacos.*—Es clásico referirse al debilitamiento de los ruidos cardíacos en la pericarditis con derrame. Sin embargo, sería un lamentable error descartar este diagnóstico simplemente porque los ruidos cardíacos se auscultan con toda

nitidez. Nuestras observaciones 3, 5 y 7 con abundante derrame pericárdico tenían los ruidos bien timbrados en los cuatro focos.

b) *Agrandamiento en la matitez cardíaca.*—El ensanchamiento de la obscuridad percutoria a nivel de la base, en posición acostada, es uno de los signos físicos más precoces. Si el derrame es pequeño esta matitez anormal desaparece simplemente al sentar al paciente. Cuando el derrame es abundante se percute la matitez ostensiblemente por fuera del choque de la punta, siendo este hallazgo semiológico de valor patognomónico.

c) *Compresión pulmonar.*—La compresión del lóbulo inferior izquierdo es frecuentemente observada en el niño. Este signo, signo de Ewart o de Pins, se verifica en la base del pulmón por detrás, se exterioriza bajo dos formas: respiración bronquial de tipo neumónico (condensación pulmonar) o signos de derrame pleural.

El signo de Ewart, nos parece particularmente importante en el niño; casi todas las observaciones que nosotros presentamos lo acusaban con mayor o menor grado de intensidad (obs. 1, 2, 3, 6 y 7).

El mecanismo patogénico de este signo no está dilucidado; alguno lo atribuye a atelectasias<sup>(11)</sup>, y otros a verdaderas lobulitis; esta parece haber sido la causa en nuestras observaciones, ya que en la autopsia se encontraron focos de bronconeumonía o de hepatización de la base izquierda.

Sea cualquiera el mecanismo productor de este signo físico lo interesante es que su valor diagnóstico es extraordinario y su presencia, conjuntamente con el agrandamiento del área cardíaca, confirma el diagnóstico del derrame pericárdico.

d) *Agrandamiento de la silueta radiológica.*—El aspecto de la silueta radiográfica depende, como es de preverse, de la cantidad del derrame. Cuando el líquido es poco abundante y la radiografía es tomada en posición de pie, este se deposita en la base del pericardio, produciendo el famoso ángulo cardiohepático obtuso de Rotch o de Ebstein (hacemos la salvedad que este signo fué descrito en la percusión, ignoramos porque se generalizó a la radiografía). Si la radiografía se toma en posición acostada, el líquido se localiza en la base del corazón, produciendo un ensanchamiento de la silueta radiológica a este nivel<sup>(12)</sup>.

Cuando el derrame es muy abundante, la silueta radiológica toma un aspecto globuloso con arcos muy pronunciados a gran convexidad, introducidos en los campos pulmonares como un balón cir-

cular, como una masa esférica estrecha en su pedículo, adoptando la forma de una copa o taza invertida (bacía de los barberos) <sup>(13)</sup>.

Los cambios de posición originan modificaciones características de la silueta radiológica en la pericarditis con derrame. Estos cambios debidos a la gravedad, son a menudo de gran valor, pueden apreciarse al pasar de la posición acostada a la de pie o al tomar una radiografía frontal en posición decúbito lateral derecho.

La radioscopia puede suministrar signos de valor, siempre que no se piense que en toda pericarditis con derrame deban desaparecer completamente los latidos cardíacos. La disminución de los latidos es un hecho frecuente, pero la desaparición total, "corazón mudo o corazón muerto", es un hecho excepcional.

#### 2º SIGNOS DEBIDOS AL TAPONAMIENTO CARDÍACO:

a) Si el derrame se desarrolla rápidamente la presión venosa aumenta, en tanto mayor cantidad cuanto mayor sea la cantidad de líquido y más rápida su acumulación. Este aumento de la presión venosa origina como hemos dicho, una ingurgitación de las yugulares, agrandamiento del hígado y posteriormente se puede llegar a la ascitis y a los edemas, especialmente de la cara, aunque se aprecia también en los miembros (obs. 1, 5 y 8).

b) Como consecuencia del aumento de la presión intrapericárdica, la tensión arterial cae y el pulso aumenta su frecuencia.

c) Pulso paradójal. La bradicardia y la ausencia de colapso sistólico en las yugulares durante la inspiración, es prácticamente imposible de apreciar en el lactante.

El taponamiento cardíaco es la consecuencia de la rápida acumulación del líquido; es poco probable, pues, su aparición en el lactante, salvo en la pericarditis serohemorrágica en que ésta acumulación puede ser muy rápida (Obs. 8).

#### ELECTROCARDIOGRAMA

Las modificaciones del electrocardiograma en la pericarditis han sido puestas de relieve por numerosos autores. Ellas consisten esencialmente en una elevación del segmento ST que puede aparecer en una sola derivación, o lo que es más característico, tanto en las tres derivaciones clásicas como en la derivación precordial <sup>(14)</sup>. En nuestras observaciones la elevación del segmento ST ha sido especialmente notada en segunda derivación. Fuera de la elevación del segmento ST la otra alteración señalada en la pericarditis, es la inver-

sión de la onda T en una o más derivaciones. Esta inversión de la onda T, especialmente cuando se observa en primera y segunda derivación, hace recordar a la inversión de la T registrada en los infartos de miocardio; de ahí que los primeros investigadores <sup>(15)</sup>, sostuvieran que esta alteración electrocardiográfica era debida a la dificultad que ocasionaba a la circulación coronaria la compresión por el derrame; pero esta similitud es en general más aparente que real; en efecto, la inversión de T en la pericarditis, al revés de lo que ocurre en el infarto, a menudo se observa en las cuatro derivaciones y por otra parte cuando tiene el aspecto de la T observada en los infartos de miocardio, tipo punta o tipo base, el segmento ST contribuye a aclarar el diagnóstico, desde que es negativo en la pericarditis e isoelectrico o positivo en el infarto.

#### PROBLEMAS CLINICOS RELACIONADOS CON LOS DIFERENTES TIPOS DE PERICARDITIS EN EL LACTANTE

*Pericarditis reumática.*—De observación excepcional, se acompaña generalmente de participación del miocardio y del endocardio.

*Pericarditis idiopática.*—Existe una pericarditis aguda a la que tendremos que seguir reservando el nombre de idiopática <sup>(9)</sup>; no hay signos de reumatismo, no hay signos de enfermedad general ni tampoco de enfermedad pulmonar vecina. Se asemeja más que ninguna otra a la pericarditis reumática, pero nada hay que haga sospechar en un reumatismo. La punción da salida a abundante cantidad de líquido seroso donde la búsqueda más minuciosa de laboratorio no permite encontrar ninguna causa etiológica. Se acepta generalmente que en este grupo el pronóstico es muy bueno y dado que constituye en realidad una entidad clínica especial, entendemos que debe seguir separándose en el grupo de las pericarditis con el término de idiopática <sup>(16)</sup>.

Nuestra observación N° 7 confirma el buen pronóstico que se le atribuye.

*Pericarditis purulenta.*—Es la de mayor frecuencia en el lactante, como lo comprueban nuestras observaciones que de ocho, seis eran purulentas. Las formas primitivas son muy raras y tienen su origen en la penetración de microbios a través de heridas o traumatismos. Las secundarias, como hemos visto, son debidas a procesos supurativos localizados en cualquier parte del organismo, generalmente pleuropulmonares (Obs. 1, 2, 3 y 5), o como localiza-

ción de un proceso septicémico con diversas puertas de entrada. En nuestras observaciones 6 y 8 la localización primitiva del proceso séptico fué una adenitis cervical y la 4, consecutiva a una osteomielitis.

Habitualmente los gérmenes encontrados en orden de frecuencia, son el neumococo, el estreptococo, estafilococo, etc.

Es importante hacer el diagnóstico lo más precozmente posible de la pericarditis purulenta. Nada hay más difícil, sin embargo, que reconocer el comienzo de la enfermedad; pero si un niño que sufre de una afección bacteriana conocida, tal como una osteomielitis, una pleuresía purulenta, un absceso intrapulmonar, una peritonitis, una neumonía, etc., no mejora en su estado general, a pesar de que aparentemente la lesión primitiva sigue bien, debe sospecharse en la posibilidad de la existencia de esta temible complicación. Hay diversas opiniones sobre el perjuicio que puede ocasionar la punción pericárdica (<sup>18</sup>), pero a nuestro entender los peligros de desconocer la naturaleza purulenta de un derrame pericárdico, son mucho más importantes que lo que puede ocasionar una punción pericárdica que resultara en blanco. Es el único medio seguro que tenemos para completar el diagnóstico e imponer la única terapéutica posible: la pericardiotomía para liberar al pericardio de su contenido purulento.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Afección de muy difícil diagnóstico, sobre todo en esta edad de la vida, la inflamación pericárdica pasa a menudo inadvertida y constituye en la mayoría de los casos un hallazgo de autopsia. Sin embargo, creemos que en la actualidad con los modernos medios de examen: radiología, electrocardiografía y examinando con más prolijidad el corazón de los lactantes, el número de casos diagnosticados en vida será cada vez mayor. Ultimamente, ha sido muy excepcional hallar pericarditis en las autopsias de niños fallecidos en el servicio de lactantes que no se hubieran diagnosticado en vida.

El diagnóstico de la pericarditis fibrinosa no puede ofrecer dudas auscultándose el frote. Ya hemos dicho que en estos casos lo único que puede ocurrir es que se tome por soplo lo que en realidad es un frote.

El diagnóstico diferencial de la pericarditis reumática con el síndrome de dilatación e hipertrofia del corazón es a menudo difícil. Durante el curso de la carditis reumática activa, con mucha frecuencia el pericardio se inflama y reacciona con la formación de exudado.

Qué parte toma la dilatación y qué parte toma el exudado en el agrandamiento de la silueta cardíaca, es algo difícil de precisar, pero que no ocasiona en general ninguna consecuencia desagradable para el enfermo, desde que el problema se soluciona con el reposo, porque es muy dudoso que una pericarditis reumática exija una paracentesis.

#### PRONOSTICO

El pronóstico de la pericarditis en el lactante está vinculado con la enfermedad causal. En el reumatismo el pronóstico es grave, porque se afecta tanto el endocardio como el miocardio y la terminación fatal es la regla en esta edad de la vida.

En la pericarditis idiopática el pronóstico es favorable (<sup>3</sup>), y la curación total es de esperar.

En la pericarditis serosanguinolenta, nuestra observación nos permite ser optimistas en lo que respecta a la sobrevida.

Por el contrario, en la pericarditis purulenta, nuestra experiencia es desastrosa; todas las observaciones han terminado con la muerte. A pesar de todo, confiamos en que la intervención quirúrgica precoz y la sulfamidoterapia podrán salvar algunas vidas, especialmente en aquellas que no sean la consecuencia de una sepsis generalizada, con localizaciones como ocurrió en la observación N° 6 que comentamos, donde a pesar de ser evidente la mejoría en la evolución de la pericarditis en sí, la localización séptica en los riñones y en los pulmones, contribuyó para terminar con la vida del enfermo.

#### OBSERVACIÓN N° 1

Luis A. M., edad 15 meses. Ingresa al Servicio de Lactantes del Prof. Del Carril el 2 de setiembre de 1934.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Nacido a término. Criado a pecho durante los diez primeros días, luego alimentación artificial.

*Enfermedad actual:* Comenzó hace un mes y medio con estado catarral, manifestado por coriza y bronquitis, que mejora rápidamente. Al cabo de unos días, nuevamente con tos, temperatura que oscila entre 37.5° y 38°, manteniéndose ésta durante varios días, acompañándose luego de disnea y postración.

*Estado actual:* Niño con disnea intensa; llanto y quejido continuo. Palidez cianótica de piel y mucosas. Al examen del tórax, los espacios intercostales se encuentran distendidos a nivel de la región precordial, con ligero abovedamiento en esa zona. Submatitez en vértice derecho con respiración algo soplante y broncofonía a ese nivel. Rales gruesos y medianos en la base y tercio medio. Pulmón izquierdo: matitez en tercio

medio y espacio interescapulo vertebral. A la auscultación de pulmón izquierdo, disminución del murmullo vesicular con soplo y broncoegofonía.

Corazón: Area cardiovascular considerablemente aumentada a la percusión, prolongándose hacia abajo en el séptimo espacio intercostal, palpándose latido de la punta a ese nivel. Ruidos cardíacos alejados.

Abdomen: No se palpa hígado ni bazo.

*Radiografía del tórax:* Sombra cardíaca considerablemente aumentada. Angulo cardiohepático algo borrado y espacio costodiafragmáticos libres. Se confirma el diagnóstico de pericarditis purulenta con la punción del pericardio que da salida a 30 c.c. de líquido purulento, bien licuado de coloración amarilla. El examen bacteriológico del mismo, dió neumococos.

Reacción de Wassermann en sangre: Positiva.

Setiembre 3: Intensa disnea, disfagia, cianosis intensa, edema de la cara.

Se practica nueva punción pericárdica, que da salida a 50 c.c. de pus, con los mismos caracteres anteriores.

Setiembre: Pericardiotomía con resección costal, dando salida a 300 c.c. de pus verdoso, espeso, de tipo clásico a neumo, con numerosos grumos de fibrina. Mejoría inmediata a la intervención.

Continúa mejorando hasta el 14 de setiembre, en que nuevamente vuelve a tener temperatura alta, polpnea y vómitos alimenticios. Ruidos cardíacos muy debilitados. En la fosa ilíaca izquierda se palpa una tumoración renitente. La punción a ese nivel da salida a un líquido purulento, cuyo examen bacteriológico demuestra la presencia de neumococo.

Setiembre 16: Fallece.

Esta observación ha sido publicada por los Dres. Prof. Del Carril, Pflaum y Detchessarry en la "Revista de la Asociación Médica Argentina", tomo XLIX, febrero de 1935, N° 343 (19).

#### OBSERVACIÓN N° 2

Historia clínica 2615. Anselmo R., edad 11 meses; peso, 7.300 gr. Ingresó al Servicio de Lactantes el 11 de agosto de 1936.

*Antecedentes hereditarios:* Padre sano; madre asmática.

*Antecedentes personales:* Nacido a término. Peso al nacer, 3.000 gr. Alimentación artificial desde los primeros días.

*Enfermedad actual:* Comienza hace un mes con bronquitis; desde hace dos días, disnea y respiración quejumbrosa.

*Estado actual:* Regular estado general. Discreta disnea. Agitación. Piel blanca, seca. Turgencia conservada, poco elástica. Rosario costal e incurvación de tibias. Temperatura rectal: 39.3°.

Tórax: Elementos de sarna disseminados en el dorso. Aparato respiratorio: Tos húmeda. A la auscultación: respiración soplante y broncofonía en vértice derecho. Algunos rales subcrepitantes disseminados en

ambos pulmones y sibilancias. Aparato circulatorio: Ruidos cardíacos ligeramente débiles, taquicardia. Abdomen: blando, depresible. Se palpa hígado a dos traveses de dedo del reborde costal. Se palpa polo inferior de bazo.

Reacciones de Wassermann y Kahn: negativas.

Agosto 15: El estado general ha empeorado. En tercio medio de pulmón izquierdo, foco soplante con broncofonía y rales subcrepitantes finos.

Agosto 16: Temperatura 38.4°. Igual sintomatología pulmonar. Ruidos cardíacos débiles. Abdomen globuloso. Hígado grande a tres traveses, aumentado de consistencia.

Agosto 20: La percusión de la región precordial da una matitez cardíaca aumentada en todos sus diámetros, confirmada por la radiografía.

Se practica la punción pericárdica de Marfan, que da salida a 30 c.c. de líquido purulento espeso, grumoso, tipo neumó.

Agosto 22: El Prof. Ruiz Moreno practica nueva punción pericárdica en el cuarto espacio intercostal a un centímetro del borde derecho del esternón, dando salida a 40 c.c. de pus amarillo verdoso, bien ligado. Se inyectan 2 c.c. de aceite gomenolado al 20 %.

Agosto 23: Continúa muy grave, ruidos cardíacos alejados y débiles. Fallece a las 14 horas. (Ver radiografía 68.066).

*Autopsia:* Prot. 869. Pericarditis purulenta con grumos fibrinosos. Bronconeumonía supurada bilateral a focos múltiples. Pleuritis adhesiva bilateral. Degeneración grasa en focos de hígado (Dr. Monserrat).

#### OBSERVACIÓN Nº 3

Historia clínica 3203. Alicia P., 9 meses. Pero, 7.000 gr. Ingresa al Servicio de Lactantes el 20 de abril de 1937.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Nacida a término. Peso al nacer, 3.500 gr. Lactancia materna hasta los 5 meses; luego artificial. Hace dos meses dispepsia.

*Enfermedad actual:* Comenzó bruscamente hace 4 días con fiebre alta, tos seca y discreta disnea; ha continuado con esta sintomatología hasta la fecha.

*Estado actual:* Regular estado general, disnea, intranquilidad, aleteo nasal, cianosis de mucosas, garganta roja. Aparato respiratorio: tos húmeda, disnea intensa, aleteo nasal. Percusión: normal. Auscultación: respiración soplante con broncofonía en vértice izquierdo, base del mismo lado: respiración ruda, con algunos rales subcrepitantes. Igual sintomatología en base pulmonar derecha. Aparato circulatorio: ruidos cardíacos bien timbrados. Abdomen: blando, depresible, Hígado: se palpa a tres traveses de dedo del reborde costal. Bazo: no se palpa. Sistema nervioso: normal.

Abril 22: Algo mejor; la temperatura tiende a descender.

Abril 25: Sigue en iguales condiciones; se alimenta con dificultad.

Abril 28: Sigue con temperatura alta, pañales dispépticos. Submatitez en el tercio medio y base del pulmón izquierdo. Pulmón derecho: respiración ruda con algunos rales medianos. Reacciones de Wassermann y Mantoux: negativas.

Mayo 1º: En las radiografías N° 72.722 y 72.628, se observa sombra cardíaca aumentada de tamaño y de forma globulosa. Se efectúa punción pericárdica de Marfan, saliendo unas gotas de pus verdoso, bien ligado. Matitez cardíaca aumentada y ruidos cardíacos debilitados.

Operación de pericardiotomía (Dr. Rivarola). Anestesia local. Incisión de Larrey. Se da salida a 80 c.c. de pus espeso amarillo verdoso.

Mayo 10: Reagravación del estado general y nutritivo. Temperatura: 38.8º. Disnea, 60 respiraciones por minuto. Rales subcrepitantes, medianos y finos en ambos pulmones, especialmente en las bases Ruidos cardíacos débiles.

Mayo 12: Fallece.

*Autopsia:* Corticopleuritis de base izquierda con pleuresía fibrinopurulenta. Focos bronconeumónicos en base pulmonar derecha. Pericarditis fibrinopurulenta. Embolias sépticas en riñón. Esplenitis subaguda. Congestión hepática.

#### OBSERVACIÓN N° 4

Historia clínica 4699. Ramón N., edad, 21 meses. Peso, 11.800 gr. Ingresó al Servicio de Lactantes el 23 de diciembre de 1938.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Nacido a término. Peso al nacer, 4.300 gr. Pecho materno hasta los 9 meses. No ha tenido infectocontagiosas.

*Enfermedad actual:* Comenzó hace una semana con decaimiento general, anorexia, fiebre 40º. El mismo día, aparece edema a nivel de la articulación tibiotarsiana izquierda y dolores en la parte superior de ambos miembros inferiores. Desde hace dos días presenta dolor, tumefacción y edema en la región mastoidea izquierda.

*Estado actual:* Buen estado de nutrición, abundante panículo. Facies tóxica, ojos hundidos, mucosas secas. Presenta en la región mastoidea izquierda, piel roja con pequeña abertura en vías de cicatrización. Se queja continuamente. En parte interna de la región claviclar derecha presenta una tumoración fluctuante del tamaño de una nuez, cuya punción da salida a 1 c.c. de pus marrón claro flúido. Edema a nivel del pie izquierdo con tumefacción dolorosa en la articulación tibiotarsiana del mismo lado. Aparato respiratorio: nada de particular. Aparato circulatorio: ruidos cardíacos alejados. Abdomen: ligeramente tenso. No se palpa hígado ni bazo.

Se indica prontosil por vía bucal e intramuscular; redoxon y tónicos cardíacos.

29 de setiembre: Ha continuado en igual estado. Temperatura: 40º. Ruidos cardíacos más alejados. La matitez cardíaca ha aumentado de extensión. Se practica punción pericárdica y se extraen 40 c.c. de

líquido serofibrinoso turbio. Reacción de Mantoux al  $1 \times 1000$ : positiva débil.

30 de setiembre: Radiografía de tórax: sombra cardíaca aumentada en todos sus diámetros. Se practica nueva punción del pericardio y se extraen 30 c.c. de pus con iguales caracteres que el día anterior.

Se continúa con prontosil inyectable, tónicos cardíacos e inyecciones de suero fisiológico y transfusiones de sangre.

1 de octubre: Mayor tumefacción a nivel de la articulación tibiotarsiana y edema del pie que se extiende hasta el 1/3 inferior de pierna. Estado general grave; continúa con temperatura alta.

*Examen bacteriológico* del líquido pericárdico: Neumococos.

10 de octubre: Fallece.

#### OBSERVACIÓN N° 5

Historia clínica 2959. Juan J. V., edad 24 meses. Ingres a la sala II. Servicio del Dr. Caupolicán R. Castilla el 16 de agosto de 1941.

*Antecedentes hereditarios*: Sin importancia.

*Antecedentes personales*: Nacido a término. Criado a pecho hasta los seis meses.

*Estado actual*: Regular estado general. Buen estado de nutrición. Tos catarral discreta. Micropoliadenia inguinal. Discreta somnolencia. Cabeza y cuello: sin particularidades.

Tórax: bien conformado. Aparato respiratorio: sonoridad conservada. Auscultación: roncus y rales de mediana burbuja. En ambos vértices, broncofonía y en axila derecha respiración soplante.

Corazón: ruidos cardíacos ligeramente apagados. Pulso: 120 pulsaciones por minuto. Abdomen: blando, depresible, indoloro. Hígado: a tres traveses.

Se indica daganan, revulsión torácica y aceite alcanforado.

Examen de orina: contiene acetona y vestigios de urobilina.

Agosto 20: Continúa con fiebre alta; persiste la sintomatología pulmonar.

Agosto 25: Mejor estado general. Ha caído la fiebre. Angina roja. Soplo tubario y rales subcrepitantes en axila derecha.

Setiembre 1°: Niño afebril, muy disneico; facies abotagada, miembros edematizados. Submatitez en algunas bases. Soplo de tipo pleurítico en base derecha. Tonos cardíacos bien timbrados. Taquicardia. Yugulares ingurgitados.

Setiembre 3: Mal estado general. Cianosis y disnea. Igual estado cardiopulmonar.

Setiembre 4: *Electrocardiograma*: QRS de muy bajo voltaje. T1 difásica. T2 isoclétrica o negativa. ST2 ST3, positiva.

Por el electrocardiograma se pudo haber hecho diagnóstico de pericarditis.

Setiembre 6: Fallece. En la autopsia: pericarditis exudativa fibrinopurulenta.

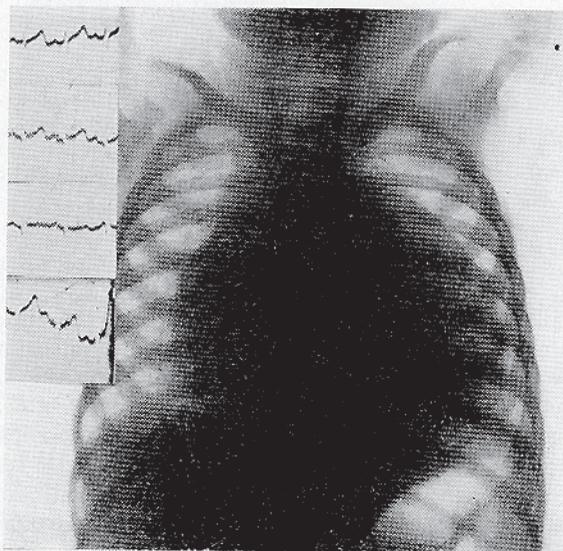
OBSERVACIÓN Nº 6

Historia clínica 8213. Beatriz V., edad 11 meses. Ingresa al Servicio de Lactantes del Dr. Del Carril el 20 de noviembre de 1941.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Nacida a término, de parto eutócico. Dentición a los siete meses. Alimentación mixta. Adenitis cervical hasta los siete meses.

*Enfermedad actual:* Comienza hace 20 días con tumefacción de los ganglios del cuello, con 39° de temperatura. Desde hace dos días mayor decaimiento; palidez, tos húmeda, pérdida de peso y respiración quejumbrosa.



*Radiografía 1*

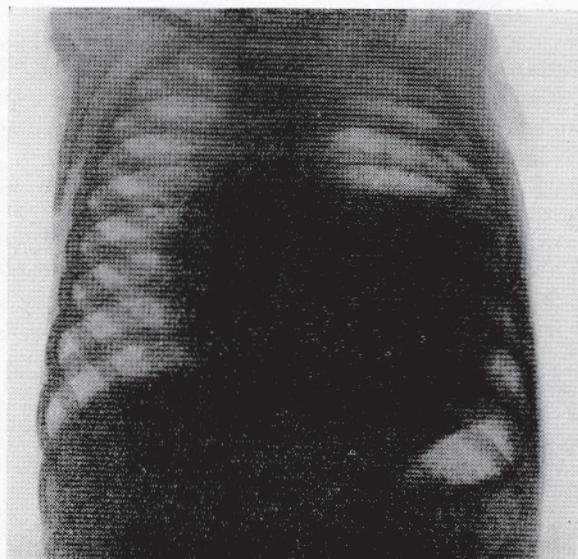
Obs. Nº 6. Beatriz V., 11 meses. Pericarditis purulenta.  
Electrocardiograma Nº 5564

*Estado actual:* Discreto estado nutritivo; turgencia conservada. Psiquismo normal. Disnea con el quejido expiratorio, discreto aleteo nasal y labios algo cianóticos. Fontanela deprimida. Temperatura: 40°.

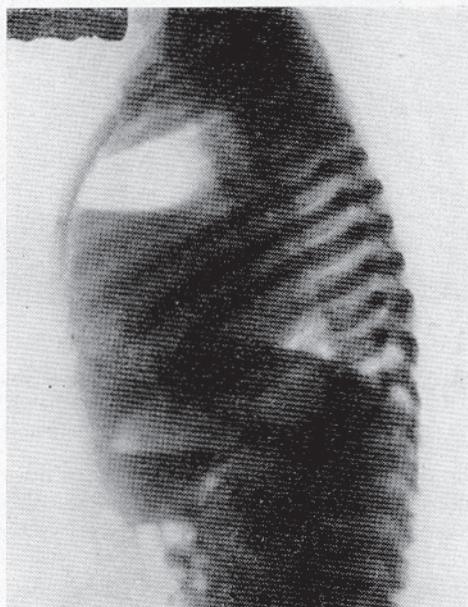
Cuello: con adenopatía más marcada en el lado izquierdo.

Aparato respiratorio: a la inspección, tórax marcadamente bombé en su mitad superior, por delante. Percusión: sonoridad disminuída sin llegar a la matidez en la parte media de pulmón izquierdo. A ese nivel y bien paravertebral, se ausculta soplo tubario y a su alrededor, rales crepitantes finos.

Aparato circulatorio: a la percusión del tórax, por delante, aumento del área cardíaca. Auscultación: marcado alejamiento de los ruidos.



*Radiografía 2*



*Radiografía 2 bis*

Obs. N° 6. Beatriz V., 11 meses. Pericarditis purulenta  
(Después de la punción)

536

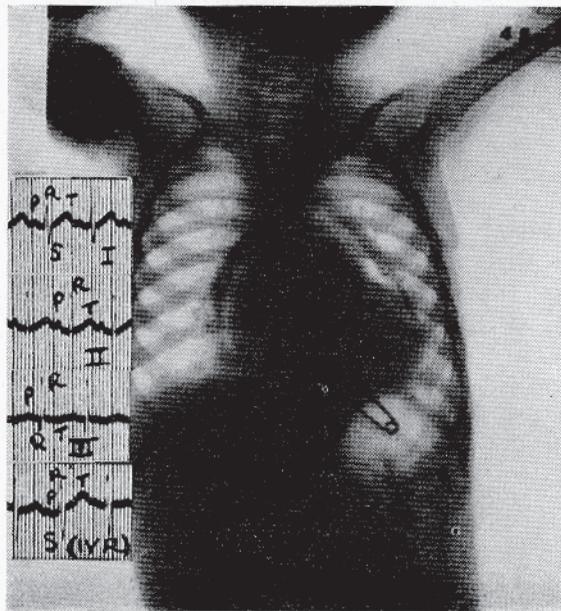
Se indica dlagenan, tónicos cardíacos y antisépticos bronquiales. Se pide radiografía de tórax.

23 de noviembre: Disminución franca de la temperatura; la niña continúa inquieta, sueño discontinuo, persiste el quejido expiratorio, aunque algo disminuído.

25 de noviembre: Radiografía: se aprecia un notable aumento de la sombra cardíaca en todos sus diámetros (Radiografía N° 1).

Electrocardiograma N° 5564: Desnivel positivo ST en II y III.

Con estos datos se practica punción pericárdica al nivel del quinto espacio intercostal izquierdo, junto al borde del esternón, y se extraen 60 c.c. de líquido seropurulento. Por la misma punción, se inyecta



*Radiografía 3*

Obs. N° 6. Beatriz V., 11 meses. Pericarditis purulenta (Después de pericardiotoma). Electrocardiograma N° 5568

aire y una ampolla de soluseptazine. Se obtienen dos nuevas radiografías en las que se ve claramente el nivel líquido (Radiografías N° 2 y 2 bis).

Se hace pericardiotomía (operación de Larrey), por el Dr. Rivalola, que da salida a 300 c.c. de pus.

26 de noviembre: Estado general francamente mejorado.

*Examen del líquido pericárdico:* Abundantes polinucleares; no se observan gérmenes. Se cultiva.

Se obtiene un nuevo electrocardiograma, el que aparece prácticamente normalizado, lo que prueba que el desnivel ST2 no es por agre-

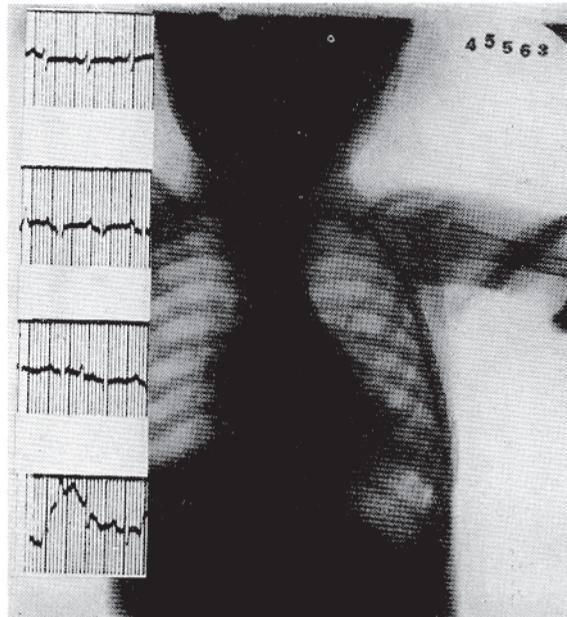
537

sión pericárdica, sino por compresión del seno coronario. Taquicardia sinusal ST4 ligeramente positivo (Electrocardiograma N° 5568).

La radiografía obtenida después de la operación, demuestra claramente el espacio dejado libre por el pus drenado, entre la sombra cardíaca y la hoja parietal del pericardio, espesada y no retraída aún (Radiografía N° 3).

27 de noviembre: El examen del pus que drena por la herida (examen directo y cultivo), da estafilococos.

2 de diciembre: Reagravación del estado general; más disnea e inquietud. Nuevamente con fiebre alta. Estomatitis. Electrocardiograma: desnivel positivo de ST2. Bajo voltaje de T.



*Radiografía 4*

Obs. N° 6. Beatriz V., 11 meses. Pericarditis purulenta. Electrocardiograma N° 5589. (Diciembre 10 de 1941)

Notable reducción de la sombra radiológica

4 de diciembre: Estado general grave; mayor cianosis, agitación. En región paravertebral izquierda, soplo tubario y rales subcrepitantes. En la nueva radiografía, sombra cardíaca disminuída de tamaño.

6 de diciembre: Continúa en iguales condiciones; persisten los signos pulmonares; herida operatoria de aspecto atónico.

10 de diciembre: Fallece.

*Autopsia:* Pericarditis fibrinopurulenta. Bronconeumonía pulmonar izquierda. Pielitis y glomerulonefritis.

OBSERVACIÓN N° 7

Servicio de pensionistas. Jefe Dr. Martín Ramón Arana. P. R., varón de 5 meses de edad, ingresa al Servicio el 31 de julio de 1941.

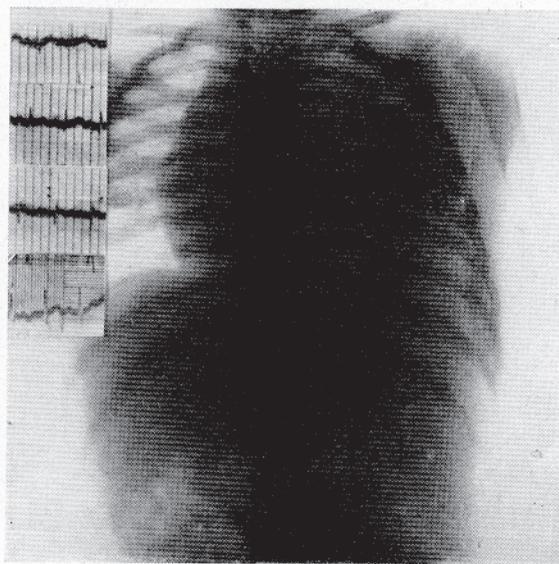
Esta observación de pericarditis idiopática ha sido publicada en esta misma revista (mayo 1942), por los Dres. Kreutzer y Visillac (2°).

OBSERVACIÓN N° 8

Historia clínica 1087. Mario M., edad 24 meses. Ingres a al Servicio de Pensionistas el 4 de julio de 1939.

*Diagnóstico:* Pericarditis serohemorrágica.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.



*Radiografía 1*

Obs. N° 8. Mario M. Electrocardiograma N° 3162. (Julio 5 de 1939)

*Antecedentes personales:* Nacido a término, pesando 3000 gr. Criado a pecho hasta el año. Vacunación antivariólica. Estreñimiento, alternado con períodos de diarrea.

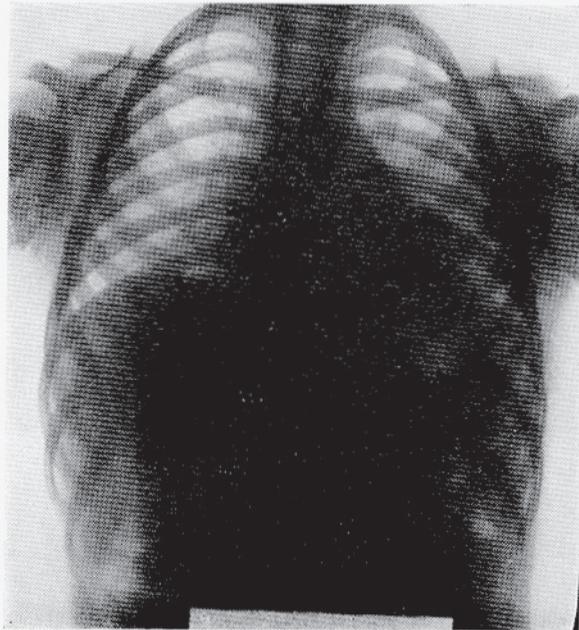
*Enfermedad actual:* Hace un mes y medio tuvo un absceso en la región submaxilar derecha, que curó en tres o cuatro días, previa incisión. Fiebre de 38.5° a 39°. Siguió con trastornos intestinales, acompañados de ligera temperatura. Siempre estuvo molesto con insomnio y disnea; cara abotagada. Hace diez días se constata una tumoración en

— 539

el hipocondrio izquierdo acompañada de temperatura, disnea (60 respiraciones por minuto) taquicardia (160 pulsaciones por minuto). Respiración sopiante en ambas bases pulmonares. Incisión y drenaje del absceso.

*Estado actual:* Buen estado nutritivo. Abundante panículo adiposo. Piel blanca, con discreto tinte cianótico en ambas mejillas, orejas y labios. Disnea.

Cabeza y cuello: sin particularidades. Tórax: simétrico, bien conformado. Aparato respiratorio: respiración del tipo costoabdominal profundo y marcadamente acelerada. Percusión: pulmón derecho, sonoridad normal. Pulmón izquierdo, submatitez en posición sentado, que desaparece en posición genupectoral. A la auscultación: respiración sopiante



*Radiografía 2*

Obs. N° 8. Mario M. (Octubre 31 de 1939)

en ambos vértices pulmonares. Aparato circulatorio: punta late en quinto espacio, fuera de la línea mamilar. A la percusión: área cardíaca notablemente aumentada, especialmente en la región de la base, percutiéndose el límite exterior a 2 centímetros, por fuera del latido de la punta. A la auscultación: ruidos alejados, especialmente en los focos mitral y pulmonar.

Abdomen: blando, depresible, indoloro. A nivel del hipocondrio izquierdo, herida operatoria, por la que fluye escasa secreción purulenta.

Bazo: no se palpa. Hígado: se palpa a un través de dedo del reborde costal.

Julio 5: Radiografía N° 1. Sombra cardíaca considerablemente aumentada.

Electrocardiograma N° 3162: Taquicardia sinusal. Q3 profunda. ST1 y especialmente ST2 positivas. T3 negativa.

Julio 6: Se hace radioscopia que confirma los datos de la radiografía anterior. Gran sombra cardíaca que se modifica en su forma con los cambios de posición.

Se efectúa punción pericárdica, extrayendo 10 c.c. de líquido serohemorrágico. La punción se practica en el cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al borde del esternón.

*Examen del líquido pericárdico:* Prot. 1.014; reacción de Rivalta, positiva franca. Albúmina 42 gr. ‰. Examen citológico: hematíes, leucocitos polinucleares muchos en degeneración. Fibrina. Examen bacteriológico directo: negativo. Se cultiva. Se inocula al cobayo N° 185.

*Líquido pericárdico:* Cultivo; colonias de estafilococos.

Julio 15: Nueva punción pericárdica; se extraen 250 c.c. de líquido serofibrinoso. Examen N° 1198: aspecto límpido, coágulos fibrinosanguinolentos. Color: citrino. Albúmina 32 ‰. Rivalta positiva. Examen bacteriológico: escasos estafilococos.

Agosto 3: La radiografía del 27 de julio muestra disminución de la sombra pericárdica. Hay grandes edemas. Pulmón izquierdo, submatitez y rales crepitantes. Se ha continuado con inyecciones de salirgán. Ruidos cardíacos bien timbrados.

Electrocardiograma N° 3384 (setiembre 20 de 1939): ST normalizado. Q3 profunda con T3 negativa; extrasístoles infranodales.

Posteriormente el enfermo ha continuado bien, siendo dado de alta.

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Stroud William D.*—The Diagnosis and Treatment of Cardio-vascular Disease. Philadelphia, 1941, pág. 288.
2. *Hutinel U.*—Les Maladies des Enfants. París, 1909, tomo IV, pág. 476.
3. *Blechman G.*—Les épanchements du péricarde. Tesis. París, 1913.
4. *Leitner Philipp.*—Ueber einen durch Optochin behandlung geheilten Fall von eitrigen Pneumokokken Perikarditis. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, junio 1932, pág. 71
5. *Díaz de Vivar P.*—Pericarditis supuradas en la infancia. Tesis. Buenos Aires, 1913.
6. *Acuña M. y Bettinotti S.*—Pericarditis purulenta en una niña de 19 meses. "La Prensa Méd. Arg.", 1934:XXI:251.
7. *Navarro J. C. y Beretervide E.*—Sobre dos casos de pericarditis en lactantes. "La Semana Médica", 1922:1:27.
8. *Waldorp C. y Genijovich S.*—Enfermedades del pericardio. 1933.
9. *Christian Henry A.*—The Diagnosis and Treatment of Diseases of the Heart. New York, 1940, pág. 80.

10. *White Paul D.*—Heart Disease. Second Edition. New York. 1937, pág. 473.
11. *Leaman William G.*—Management of the Cardiac Patient. Philadelphia. 1940, pág. 162.
12. *Arana M. R., Kreutzer R. y Aguirre R.*—El ángulo cardiohepático en la pericarditis con derrame. "Arch. Arg. de Pediatría", 1939, pág. 44.
13. *Assmann H.*—Diagnóstico radiológico de las enfermedades internas. Editorial Labor. 1936, pág. 120.
14. *Barnes Arlie R.*—Electrocardiographic Patterns. 1940, pág. 106.
15. *Katz Louis.*—Electrocardiography. Philadelphia. 1941, pág. 251.
16. *Moulene L.*—Contribution a l'étude de la péricardite aigüe chez le nourrisson. Tesis. Lyon. 1925.
17. *Sánchez Santiago.*—Pericarditis con derrame en un lactante de 3 meses. "Bol. de la Soc. Cubana de Pediatría", 1938, pág. 387.
18. *Marfán A. B.*—La ponction du péricarde. 1938.
19. *Del Carril M. J., Pflaum A., Detchessarry R.*—Pericarditis purulenta en una niña de 19 meses. "Rev. de la Asoc. Méd. Arg.", tomo XLIX, 1935, N° 343.
20. *Kreutzer R. y Visillac V. O.*—Agrandamiento de la silueta cardíaca en el lactante. "Arch. Arg. de Ped." 1942, XVII, 5, pág. 439.