

Archivos hace 75 años

PERICARDITIS PURULENTA TRATADA CON PENICILINA. OBSERVACION DE UNA NIÑA DE DOS MESES DE EDAD *

POR LOS

DRES. J. P. GARRAHAN, G. F. THOMAS y J. A. CAPRILE

El 30 de abril de 1945 ingresa al Servicio de Lactantes del Instituto en que actuamos, una niña de dos meses de edad (Historia N° 21.752), nacida a término con 4.100 g. de peso y criada por su madre. Sin antecedentes de importancia, una semana antes se había enfermado con fiebre y catarro de vías aéreas superiores, que en los últimos días habíase agravado, motivo por el cual se la traía para internar. Fué tratada primero con sulfadiazina a dosis insuficientes. Al agravarse, se le suministró sulfamerazina 0,12 g. cada 5 horas. Con esta terapéutica la fiebre desapareció, pero la niña se mantuvo muy postrada, disneica y cianótica. El médico que la trataba encontró respiración brónquica en el vértice pulmonar derecho.

Al ser examinada se comprueba lo siguiente:

Adelgazamiento, disnea, cianosis peribucal, mirada indiferente y vaga.

Submatitez en la mitad inferior de la cara posterior del hemitórax izquierdo. En la misma zona se ausculta respiración brónquica con broncofonía.

Hay taquicardia. El latido de la punta no se ve ni se palpa. La matidez absoluta está aumentada. Los ruidos cardíacos se perciben como alejados.

El abdomen excursiona con los movimientos respiratorios. Es globuloso y depresible. El hígado se palpa indoloro, a nivel de la cresta iliaca.

La telerradiografía muestra una sombra cardíaca enormemente agrandada y globulosa —“en botellón”— con ángulo cardiohepático agudo y éstasis pulmonar. La relación cardiorácica era de 76 % (Fig. 1).

Se diagnostica derrame pericárdico. El electrocardiograma revela una sobre elevación del segmento ST en la primera y segunda derivación, con ondas T aplanadas (Fig. 2).

La punción del pericardio, realizada por vía epigástrica, permite extraer 30 c.c. de líquido purulento, con abundante cantidad de estafilococos y escasos estreptococos de cadena corta. Se inyectan en la cavidad cardíaca, 1,7 gr. de cibazol soluble y se administran 10.000 unidades de penicilina, por vía intramuscular, cada 4 horas. La niña succiona mejor y la disnea y la cianosis son menos intensas. La telerradiografía efectuada inmediatamente después no muestra diferencias con la anterior.

Al día siguiente el hígado se mantiene a tres traveses de dedo del reborde costal. Se decide hacer una nueva punción; esta vez se sacan 75 c.c. de pus achocolatado y grumoso, necesitándose inyectar para ello 20 c.c. de suero fisiológico; para evitar adherencias se inyectan 20 c.c. de aire, en la cavidad pericárdica. La telerradiografía evidencia el saco pericárdico distendido, por el

* Comunicación presentada a la Sociedad Argentina de Pediatría en la sesión del 14 de agosto de 1945.

aire inyectado, y una sombra cardíaca pequeña. D. T. C = 49 m.; antes 84, y R. C. T. 45 % (Fig. 3).

Como el estudio radiológico seriado revela que el líquido se sigue acu-

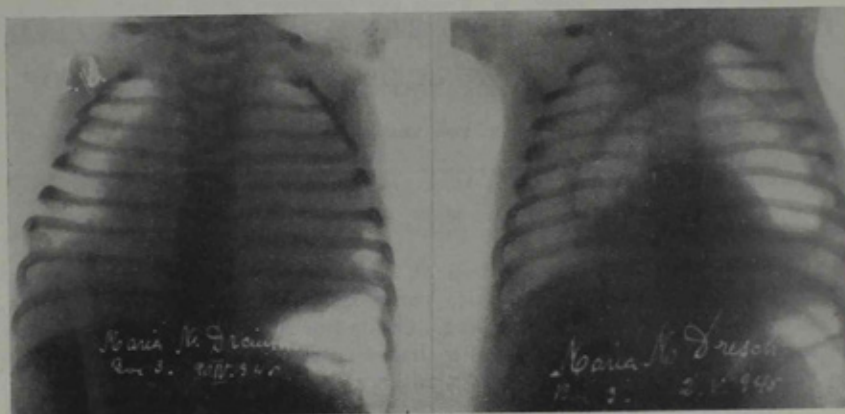


Fig. 1

Fig. 3

mulando en la cavidad pericárdica, se hacen tres nuevas punciones con intervalos de dos o tres días. El pus extraído en cantidades de 25 a 50 c.c., es cada vez menos espeso y sólo revela gérmenes luego de permanecer en los medios de cultivo. En la primera y segunda punción se introducen en el



Fig. 2

pericardio 6.000 unidades de penicilina —en 6 c.c. de suero fisiológico— y en la segunda, además 10 c.c. de aire.

Los electrocardiogramas sacados inmediatamente después de efectuadas

las punciones pericárdicas, no revelan modificaciones de las alteraciones iniciales. Uno, efectuado a los doce días, muestra una tendencia a la sobrecarga de trabajo de ventrículo derecho (desnivel ligero, negativo de ST2 y ST3), alteración que se mantuvo durante toda la evolución del proceso (Fig. 4).

Mientras permaneció en la sala sólo se registraron unas décimas de temperatura, y la curva de peso se mantuvo estacionaria con ligeras oscilaciones. Hubo tendencia al vómito.

A las tres semanas de su ingreso, se empieza a dilatar el vientre y la tensión de éste dificulta la respiración y la alimentación. El Prostigmin y los enemas clorurados no modifican el cuadro. Una semana después, a pesar de no haber signos de derrame peritoneal, se practica una punción que permite extraer 300 c.c. de líquido citrino, ámbar opalescente, con 4 gr.



Fig. 4

por mil de proteínas, Rivalta positiva +, abundante cantidad de linfocitos y sin encontrar gérmenes al examen directo.

El estado de la niña empeora y fallece a los pocos días.

Interesa destacar, con motivo de este caso, el valor del conjunto de los siguientes signos clínicos: *cianosis, alejamiento de los ruidos cardíacos y agrandamiento del hígado*. Justipreciando debidamente dichos signos se evita el diagnóstico erróneo de proceso broncopulmonar, que no rara vez se establece en casos como el que nos ocupa, por el hecho de descubrirse signos pulmonares (tributarios de la pericarditis). Consideramos que de tales signos, la cianosis desproporcionada para el proceso respiratorio que afecta al niño, es el más valioso, cosa sobre la cual insistiera mucho Centeno. Pues la atenuación de los ruidos cardíacos no siempre es neta en los casos de pericarditis; y en cuanto a la hepatomegalia, es ella debida a múltiples causas en el lactante.

Poca proyección práctica tenía antes el diagnóstico de pericarditis purulenta en el lactante, dado que la evolución fatal era la regla; pericarditis purulenta que constituía frecuentemente hallazgo de autopsia. Pero no ocurre lo mismo hoy día: puede decirse, sin ser muy optimista y crédulo, que las sulfamidas y los antibióticos actuales, o por descubrirse, han de modificar el pronóstico de la pericarditis purulenta del niño de pecho. Nuestro caso es, en cierto modo, semiprueba anunciadora de lo que acabamos de afirmar.

Hemos empleado la penicilino-terapia de acuerdo a lo aconsejado por Herrell (Herrell W. E. *Penicillin and other antibiotics agents*. Ed. Saunders, 1945): 6.000 unidades en 6 c.c. de suero fisiológico (repetidas por vía intrapericárdica y 10.000 unidades por vía intramuscular, cada 4 horas. Y le suministramos al niño también sulfamidas. El resultado inmediato fué sorprendente: llegamos a creer que la niña pudiera curar. Pero

luego ésta agravó, presentando gran hepatomegalia y ascitis, cuadro con el cual llegó a la muerte. El agrandamiento cardíaco (Fig. 5), en esa etapa final, coincidente con la escasa cantidad de líquido obtenido entonces por las punciones y con los datos auscultatorios y el electrocardiograma, que revelaba sobrecarga de trabajo, permitieron establecer que se había producido una dilatación cardíaca inmodificable.

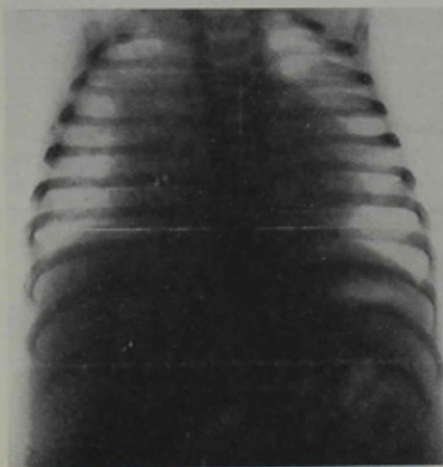


Fig. 5

El niño fué retirado del hospital sin que se le pudiera autopsiar. Hubiera sido interesante determinar si en el pe-

ricardio se habían producido adherencias, o por evolución espontánea del proceso o por irritación medicamentosa.

Cabe pensar que pudiera resultar más seguro y eficaz el tratamiento general con antibióticos y sulfamidas, sin inyección intrapericárdica, evacuando el pus e inyectando aire.

De cualquier modo, nuestro caso, interesante por la edad y el resultado inmediato obtenido, llama la atención sobre lo relativo al diagnóstico precoz de la pericarditis purulenta del lactante. Se arribará con exactitud a este diagnóstico, si apenas sospechado el proceso, por sus síntomas y de acuerdo a lo dicho más arriba se procede a obtener una radiografía y luego si ésta establece dudas se realiza la punción del pericardio.

Al juzgar la radiografía, debe considerarse, como lo ha destacado

Kreutzer entre nosotros (Agrandamiento de la silueta cardíaca en el lactante. Kreutzer R. y Visillac V. O., "Arch. Arg. de Pediatría", 1942, 17:360), que la imagen del derrame pericárdico es a veces similar a las de las cardiomegalias —tal como ocurrió en nuestro caso— noción esta poco difundida aún. Tan es así, que no se mencionan los derrames pericárdicos en la detallada clasificación de las causas del agrandamiento de la silueta cardíaca en el lactante y niños de corta edad, establecida por Kugel, sobre lo cual —con justa razón— llama la atención Kreutzer.

Esto además destaca por fin, el indudable valor diagnóstico del electrocardiograma.

Para terminar, nos parece justificado y de utilidad, volver a poner de relieve la importancia de los síntomas —arriba comentados— que le permiten al médico sospechar la pericarditis por el simple examen clínico. Porque si no sabe él valorarlos, no iniciará tempranamente la búsqueda radiográfica, cosa indispensable para decidir si se debe o no punzarse el pericardio, y para realizar precozmente la enérgica terapéutica con antibióticos y sulfamidas.