



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

14 - DESCRIPCIÓN DE CASOS DE PERICARDITIS PURULENTA EN NUESTRO HOSPITAL EN ÚLTIMOS 5 AÑOS

Sara Rodríguez Vega, Paula García González, Lucía Pérez Casado, Sara Rodríguez Arboleya, Diego López Martínez, Jesús Toranzo Murugarren, Marta Arias Temprano y Sagrario María Santos Seoane

Hospital de Cabueñes, Gijón.

Resumen

Objetivos: La pericarditis purulenta es poco frecuente (5% de las pericarditis) con una mortalidad elevada (2-20%). Son factores predisponentes: derrame pericárdico previo, uremia, inmunosupresión, diabetes, cirugía cardíaca, traumatismo torácico y alcoholismo. Son factores de mal pronóstico: retraso en el drenaje, taponamiento, desnutrición y BGN o *S. aureus* como agentes etiológicos.

Métodos: Descripción de casos de pericarditis purulenta en 5 años.

Resultados: Caso 1: varón de 64 años con antecedente de cirrosis hepática por VHC y cardiopatía. Acude por disnea y dolor torácico de 1 semana. En pruebas complementarias se observa cardiomegalia en radiografía, ECG con bajos voltajes y en ecocardiograma derrame pericárdico grave sin taponamiento. Se realiza pericardiocentesis: 400 cc de líquido turbio positivo para SAMS, leucocitos 93.562 (89% PMN), glucosa 1, proteínas 48,40. Se realiza drenaje mediante esternotomía media (70 cc líquido purulento, lavado con teicoplanina), siendo hemocultivos también positivos. Al inicio se trata con meropenem y daptomicina 5 días, después cloxacilina, posteriormente trimetropim-sulfametoxazol y rifampicina 3 meses. Preciso ingreso en UCI. Caso 2: varón de 58 años presenta adenocarcinoma de pulmón a tratamiento con gemcitabina. Acude por disnea, fiebre y dolor torácico de 3 días. En radiografía presenta cardiomegalia y en ECG elevación difusa ST. En ecocardiograma hallazgo de derrame severo, sin taponamiento. Se realiza pericardiocentesis: 570cc de líquido serohemático, positivo para *Streptococcus pneumoniae*. Se inicia tratamiento con levofloxacino 21 días. Finalmente fallece 2 meses después por progresión tumoral. Caso 3: Mujer de 76 años con antecedentes de diabetes y artritis reumatoide a tratamiento con prednisona y metotrexato. Refiere postración de 5 días. Presenta cardiomegalia y derrame pleural, con ECG sin alteraciones. En ecocardiograma: derrame pericárdico grave con taponamiento. En pericardiocentesis: 500 cc de líquido turbio positivo para *Staphylococcus pettenkoferi*, leucocitos 39.849 (95% PMN), glucosa 179, proteínas 38,30. Recibe meropenem durante 14 días. Caso 4: Varón de 58 años con antecedente de diabetes. Acude por febrícula y disnea. Presenta cardiomegalia, derrame pleural bilateral y en ECG voltajes bajos. En ecocardiograma: derrame pericárdico severo sin taponamiento. Se realiza pericardiocentesis: 1.500 cc de aspecto hemático positivo para *Aggregatibacter aphrophilus*, leucocitos 18.992 (97% PMN), glucosa 145, proteínas 59,60. Recibe ceftriaxona 10 días y amoxicilina-clavulánico durante 4 días. Caso 5: Mujer de 41 años intervenida por obstrucción intestinal por bridas. En postoperatorio en UCI evolución tórpida presentando colecistitis alitiásica. Se realiza colecistectomía objetivando colecistitis gangrenosa y afectación contigua del ángulo hepático colónico. A la semana realiza parada cardiorrespiratoria. La necropsia muestra pus macroscópico en líquidos ascítico, pleural y pericárdico con cultivos positivos para *Klebsiella*

pneumoniae.

Discusión: Los hallazgos clínicos, analíticos, radiológicos y ecocardiográficos son superponibles. Tres de ellos eran inmunodeprimidos. La sospecha clínica fue precoz en cuatro de ellos, realizándose ecocardiograma en primeras 24 horas. Un caso fue diagnosticado por necropsia. Solamente uno precisó drenaje quirúrgico y el resto pericardiocentesis única. Ningún caso presentó pericarditis constrictiva como complicación. La mortalidad fue elevada, dos casos, aunque solo uno en relación directa con la infección.

Conclusiones: La pericarditis purulenta debe sospecharse en pacientes con insuficiencia cardíaca de predominio derecho, fiebre y/o elevación de reactantes, cardiomegalia en radiografía y bajos voltajes en ECG.