

Pericarditis purulenta complicada con taponamiento cardíaco debida a *Streptococcus agalactiae*

Purulent pericarditis complicated by cardiac tamponade due to Streptococcus agalactiae

Sr. Editor:

La pericarditis purulenta (PP) es una enfermedad rara, que se asocia a una elevada mortalidad, incluso con tratamiento antibiótico. Describimos a un paciente que presentó una PP complicada por taponamiento cardíaco, causada por un *Streptococcus agalactiae* tipo B. Tras una pericardiocentesis fallida, el drenaje quirúrgico y la pericardiectomía precoz probablemente fueron esenciales en su supervivencia:

Un varón de 70 años, con antecedentes de diabetes mellitus, ingresó por fiebre de 38,5°C de una semana de evolución. A la exploración destacaba presión arterial 106/75 mmHg, frecuencia cardíaca de 95 lpm y edema importante hasta ambas rodillas. En el tobillo derecho y en el talón izquierdo presentaba úlceras cutáneas con un exudado purulento del cual se tomaron muestras. En la bioquímica, al ingreso, destacaba leucocitosis 19.800 células/mm³, AST 68 U/L, creatinina 260 μmol/L, urea 16,4 mmol/L; el resto fue normal. El ECG era anodino. La radiografía de tórax evidenció una cardiomegalia moderada. El eco-Doppler cardíaco mostró un derrame pericárdico difuso de aproximadamente 1 cm, con imágenes compatibles con depósito de fibrina y signos sugestivos de compromiso hemodinámico. La determinación de las presiones intracavitarias mostró una presión de aurícula derecha de 17 mmHg, arterial pulmonar de 37/22 mmHg y capilar pulmonar enclavada de 22 mmHg. El gasto cardíaco fue de 3,7 l/min. En las 12 horas siguientes presentó taquicardia y oliguria progresivas, con hipotensión arterial mal tolerada. Ante el diagnóstico de taponamiento cardíaco y la sospecha de pericarditis infecciosa, y tras pericardiocentesis guiada por ecocardiografía fallida, se indicó una pericardiectomía urgente. Esta se asoció a drenaje del exudado con lavados abundantes con solución salina isotónica y solución yodada. Se dejaron drenajes pericárdicos. El estudio citológico fue negativo para células malignas. En el cultivo microbiológico se aisló un *Streptococcus agalactiae* tipo B, germen que también se aisló en el exudado de las úlceras cu-

táneas. Tras la intervención quirúrgica el paciente mejoró clínica y hemodinámicamente. Considerando el antibiograma, el paciente fue tratado con ceftriaxona 500 mg/8 h durante 4 semanas. A los 9 meses el paciente estaba en clase funcional I.

Antes de la era antibiótica los gérmenes más frecuentes implicados en la PP eran los *Streptococcus* y *Pneumococcus*, por transmisión directa de infecciones pulmonares. Con la aparición de los antibióticos, los gérmenes identificados con mayor frecuencia son los *Staphylococcus* y con menor frecuencia los gérmenes Gram-negativos, tales como *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* y *Pseudomonas aeruginosa*, gérmenes anaerobios, así como los hongos¹⁻³. La PP por *Streptococcus agalactiae* es excepcional, y puede ser mortal, incluso con tratamiento antibiótico⁴. Es una bacteria que puede encontrarse en el aparato digestivo, urinario y genital de los adultos, y que puede ocasionar corioamnionitis en mujeres gestantes o neumonía o meningitis en recién nacidos al contraer la infección durante el parto. La PP en nuestro paciente fue probablemente provocada por la excepcional diseminación hematógena a partir del foco cutáneo. Debido a la sintomatología inespecífica inicial, el diagnóstico de la PP generalmente es tardío y cuando aparecen complicaciones graves, tal como ocurrió en nuestro paciente. La ecocardiografía-Doppler es una técnica accesible y eficaz para visualizar el derrame pericárdico y establecer el grado de compromiso hemodinámico. El retraso del diagnóstico y tratamiento comportan una elevada mortalidad, ya que sin tratamiento fallecen todos los pacientes y con tratamiento antibiótico fallecen 35 a 47% de los enfermos¹⁻⁵.

La pericardiocentesis permite realizar el diagnóstico bacteriológico mediante el análisis del líquido y descomprimir a los ventrículos en situaciones de urgencia. Es recomendable dejar un catéter *pigtail* con drenaje continuo para disminuir el riesgo de recurrencias. En ocasiones la aspiración completa del líquido purulento es difícil debido a que el derrame puede estar compartimentado, lo que puede facilitar la aparición de un absceso pericárdico. Asimismo, el *pigtail* puede obstruirse debido a la alta densidad del exudado purulento. Algunos pacientes que sobreviven tras la pericardiocentesis pueden desarrollar constricción pericárdica, debida al intenso componente inflamatorio asociado³. En nuestro paciente la

pericardiocentesis fue ineficaz y motivó una pericardiectomía urgente⁶. Ello permitió realizar el drenaje quirúrgico que, asociado a lavados abundantes con solución yodada, facilitó un vaciado completo del exudado purulento. La cirugía permitió también liberar adherencias secundarias a la inflamación. El presente caso ilustra la dificultad en el diagnóstico y tratamiento de la PP. Ésta se debe sospechar en pacientes con un cuadro febril con signos de fallo cardíaco derecho asociado a un foco infeccioso primario, en ocasiones difícil de identificar. En nuestro paciente el diagnóstico se realizó tardíamente, cuando apareció el taponamiento cardíaco. La pericardiocentesis es una técnica eficaz para descomprimir rápidamente las cavidades cardíacas, colocar un *pigtail* y realizar un análisis bacteriológico del exudado, pero en ocasiones ésta puede ser ineficaz o incompleta. En nuestro paciente, el drenaje quirúrgico y la pericardiectomía urgente asociados al tratamiento antibiótico guiado por el resultado del antibiograma, probablemente contribuyeron en la supervivencia⁶.

Vicens Martí, Montserrat Vila, Antonino Ginel, José M. Domínguez de Rozas
 Departament de Cardiologia i Cirurgia Cardíaca. Hospital de la Sant Pau.
 Barcelona. España.

Referencias

1. Klacsmann PG, Bulkley BH, Hutchins GM. The changed spectrum of purulent pericarditis: an 86 year autopsy experience in 200 patients. *Am J Med* 1977; 63: 666-7.
2. Sagrista-Sauleda J, Barrabes JA, Permanyer-Miralda G, Soler-Soler J. Purulent pericarditis: review of a 20-year experience in a general hospital. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: 1661-5.
3. Synder RW, Braun TI. Purulent pericarditis with tamponade in a postpartum patient due to a Group F *Streptococcus*. *Chest* 1999; 115: 1746-7.
4. Álvarez R, Sánchez M, Carrió I, Quiñones L, Guerdiaga J. Pericarditis purulenta por *Streptococcus agalactiae*. *An Med Interna (Madrid)* 2005; 22: 198.
5. Rubin RH, Moellering RC Jr. Clinical, microbiologic and therapeutic aspects of purulent pericarditis. *Am J Med* 1975; 59: 68-78.
6. Majid AA, Omar A. Diagnosis and management of purulent pericarditis. Experience with pericardiectomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1991; 102: 413-7.

Correspondencia a:

Dr. Vicens Martí

Departamento de Cardiología y Cirugía Cardíaca, Hospital de Sant Pau.

Av. Antoni M. Claret, 167, 08025-Barcelona. España.

E-mail: mc18461b@hotmail.com