

Pericarditis y taponamiento cardiaco secundario a nutrición parenteral total en el adulto

Luis R. Virgen-Carrillo, Raul Blackaller-Palacios, Lorenza M. Luengo-Fernández, Diego Hernández-Velázquez, Gabriel Herrera-Camacho, Alberto Solorzano-García, y Rodolfo Siordia-Zamorano

Cirujanos Cardiovasculares del Noroeste-INCOR CIMA Hermosillo. Hospital Puerta de Hierro. Guadalajara, Jalisco. México.

Se presenta aquí el caso de una paciente femenina que desarrolló **pericarditis y tamponade** como consecuencia de derrame pleural izquierdo tras la instalación de catéter venoso central para NPT. Se piensa que tal vez la irritación química causada por el líquido del derrame pleural pudo haber causado el efecto de irritación pericárdica, manifestado por cuadro clínico doloroso, elevación del segmento ST en el ECG, el cual evolucionó hasta tamponade.

Palabras Clave: Nutrición parenteral total; Derrame pleural; Elevación segmento ST; Cateterismo cardiaco; Pericardiocentesis

We show herein a case of a female patient who presented **pericarditis and tamponade** after left pleural effusion following central venous catheter installation for TPN. We think that it is possible that chemical irritation caused by the liquid of the pleural effusion could be the responsible of pericardial irritation, with chest pain, elevation of the ST segment in the ECG, evolving until tamponade.

Key words: Total parenteral nutrition; Pleural effusion, ST segment elevation; Cardiac catheterization; Pericardiocentesis.

(Cir Card Mex 2016; 1(4): 146-148)

© 2016 por la Sociedad Mexicana de Cirugía Cardíaca, A.C.



Se han reportado en numerosas ocasiones casos de taponamiento cardiaco como complicación de colocación de un catéter venoso central, sobretudo en recién nacidos. Esta complicación es comúnmente fatal y tiene un rápido progreso y desarrollo. El tiempo desde la inserción del catéter venoso central y la aparición de los signos o síntomas varía de minutos a días. Como factores de riesgo se asocian la posición de la punta del catéter (hacia la aurícula y ventrículo derecho más comúnmente) y la infusión de fluidos hiperosmolares como la nutrición parenteral [1-7].

Son raros los casos de taponamiento cardiaco secundario a la administración de nutrición parenteral por catéter venoso central en adultos, y no existen casos reportados de pericarditis por la misma causa previa al taponamiento. El objetivo de esta publicación es reportar el primer caso de pericarditis con consecuente taponamiento cardiaco secundarios a nutrición parenteral total en una mujer adulta.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 53 años, con sobrepeso y sin antecedentes de patología cardiovascular Ingresó para hemicolectomía laparoscópica por diverticulitis. Inició en el post-quirúrgico

con nutrición parenteral (NPT) por catéter venoso central. Cuarenta y ocho horas después de la cirugía presenta disnea y dolor torácico posterior. Una radiografía posteroanterior de tórax que mostró derrame pleural izquierdo, por lo que se realizó toracocentesis. Se drenaron 4.5 litros de fluido pleural turbio con características de NPT en el citoquímico. Los síntomas se atenuaron, pero varias horas después la paciente presentó dolor precordial intenso irradiado a brazo izquierdo. Se solicitaron enzimas cardíacas, con único hallazgo de mioglobina elevada, 231 ng/ml. El electrocardiograma mostraba elevación de ST de 2 mm en DI, AVL y 1 mm en DII, V5, V6 (Fig. 1) (Fig. 2) (Fig. 3). Por los hallazgos electrocardiográficos y clínicos se decidió realizar cateterismo cardiaco de urgencia, sin encontrar obstrucción coronaria. Cuatro días después de presentar dolor precordial, la paciente presentó nuevamente dolor torácico, disnea e hipotensión. Se solicitaron ecocardiograma y TAC (Fig. 4), encontrando líquido excesivo en espacio pericárdico que se drena por pericardiocentesis 8.5 Fr, (Kit pericardiocentesis-Cook Medical*) obteniendo 400 ml de fluido sanguinolento (Fig. 5) (Fig. 6). Se dejó catéter para continuar con drenaje (Fig. 7). La paciente se recuperó por completo a las 48 horas. Los cultivos de líquido pleural y pericárdico fueron negativos, se da de alta de hospitalización una semana después sin complicaciones aparentes. Un mes después del taponamiento cardiaco, se realizó nuevo ecocardiograma transtorácico de control, sin

Autor responsable: Dr. Luis Virgen-Carrillo
Correo electrónico: luisvirgenmd@yahoo.com

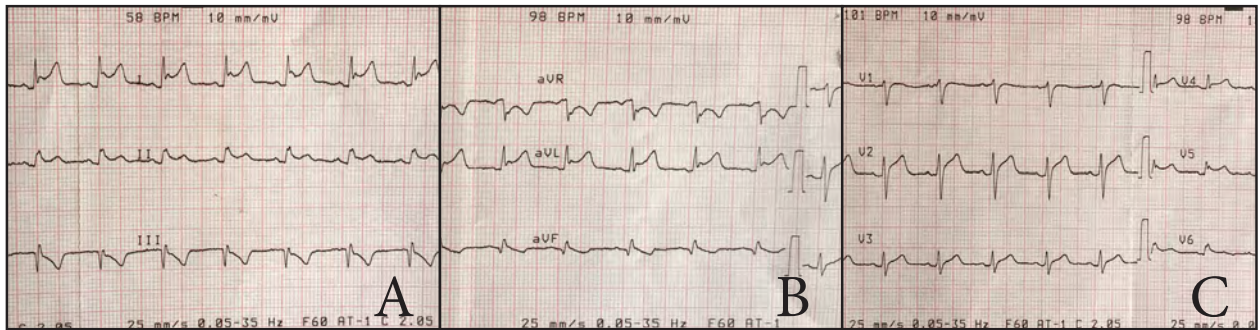


Figura 1. A. ECG con elevación de ST en ST de 2 mm en DI, 1 mm en DII. B. Elevación el ST de 2 mm en aVL y aVR. C. ECG con elevación de ST de 1 mm en V5 y V6.

observar liquido pericárdico residual, estructuralmente sin alteraciones.

Creemos que la elevación del segmento ST fue provocada por pericarditis severa ocasionada por irritación por nutrición parenteral. La paciente estuvo recibiendo anticoagulan-

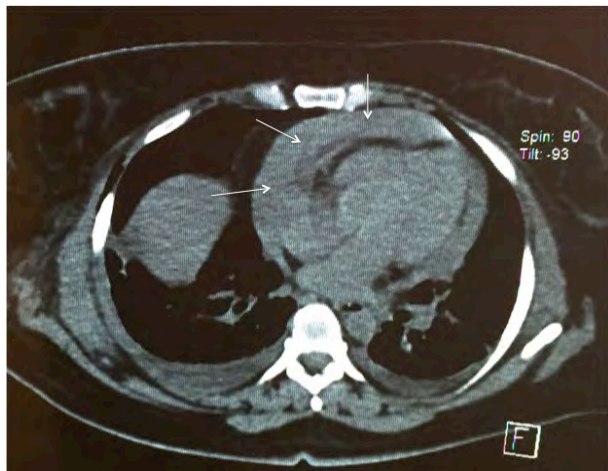


Figura 2. TAC de tórax. Las flechas indican el derrame pericárdico.

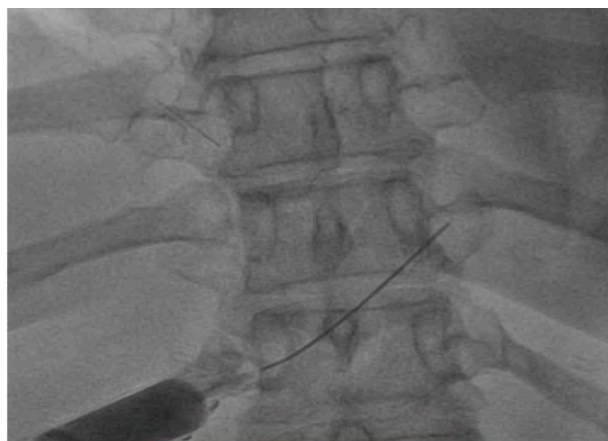


Figura 3. Punción pericárdica

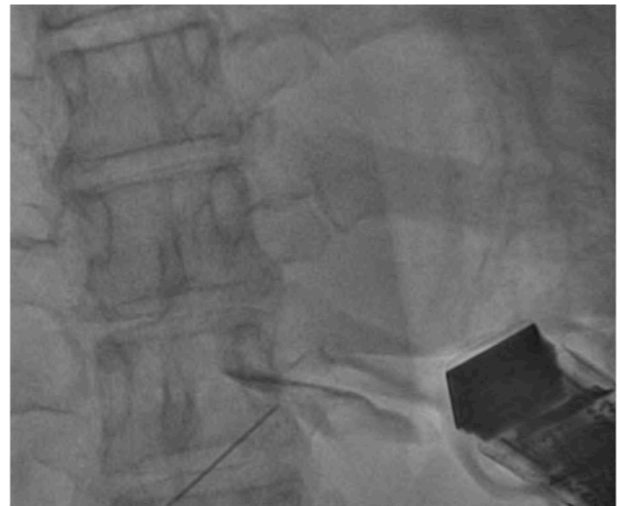


Figura 4. Punción pericárdica guiada por ultrasonido.

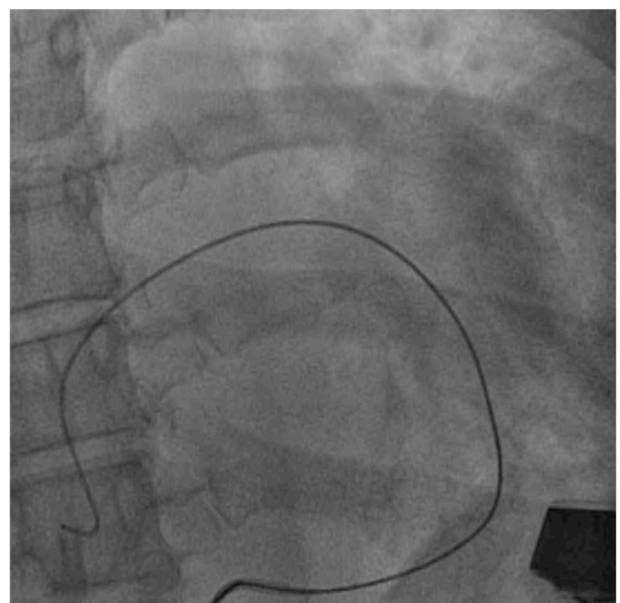


Figura 5. Paso de guía y dren pericárdico

tes durante su internamiento lo que probablemente desencadenó junto con la pericarditis el derrame pericárdico con la consecuente sintomatología de taponamiento cardiaco. Este

hallazgo no se ha reportado previamente en la literatura.

DECLARACIONES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Booth S. A, Norton B, Mulvey D. A. Central venous catheterization and fatal cardiac tamponade. *Brit J Anaesth* 2001; 87(2): 298-302.
2. Arya S. O, Hiremath G. M, Okonkwo K. C, Pettersen M.D. Central venous catheter-associated pericardial tamponade in a 6-day old: a case report. *Int J Pediatr* 2009; 1-4.
3. Paw H.G.W. Bilateral pleural effusions: unexpected complication after left internal jugular venous catheterization for total parenteral nutrition. *Br J Anaesth* 2002; 89: 647-50.
4. Booth S. A, Norton B, Mulvey D. A. Central venous catheterization and fatal cardiac tamponade. *Br J Anaesth* 2001; 87(2): 298-302.
5. Martínez Simón A, López Olaondo L. A, Rodríguez Paz J. M, Cacho Asenjo E, et al. Mediastinitis tardía con hidrotórax bilateral tras perfusión vascular por catéter venoso central. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2005; 52: 634-6.
6. Sridhar S, Thomas N, Kumar T. S, Kumar Jana A. Neonatal hydrothorax following migration of a central venous catheter. *Indian J Pediatr* 2005; 72(9): 795-6.
7. Armas Pérez B. A, García Rodríguez M. E, Duménigo Arias O, Reyes Balseiro E. V, et al. Revisión y experiencia en cinco casos de pericardectomía extensa. *Rev Cubana Cirugía* 2011; 50(4): 438-50.