



CARTA CIENTÍFICA

PERICARDITIS PURULENTA EN EL POSOPERATORIO DE TRASPLANTE CARDÍACO

AUTORES:

AVELLANA P,
BELFORTE S,
INI A,
CAMARATA C,
AHUALLI L,
CONTARDI P,
WAISTEN K,
RADLOVACHKI D,
AJZENSLZOS M,
ESTEBAN W

HOSPITAL GENERAL DE
AGUDOS COSME ARGERICH

CORRESPONDENCIA:
patricia.avellana@gmail.com

Los receptores de trasplante cardíaco tienen mayor riesgo de sufrir infecciones poco comunes debido a su estado de inmunosupresión. Es extremadamente rara la aparición de una pericarditis purulenta en el período postrasplante cardíaco inmediato, lo que, a su vez, se asocia con una elevada mortalidad¹. La presentación clínica puede ser inespecífica en un paciente inmunosuprimido y esto puede retrasar el diagnóstico. Se describe a continuación el caso de una paciente con derrame pericárdico purulento grave, que apareció a los quince días del trasplante cardíaco y fue tratado con antibioticoterapia y pericardiectomía.

Se trataba de una mujer de 45 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca idiopática terminal y artritis reumatoidea, que había presentado múltiples internaciones por insuficiencia cardíaca avanzada con requerimiento de inotrópicos y que fue trasplantada en carácter de urgencia en nuestra institución. Recibió como tratamiento inmunosupresor, inducción con timoglobulina y un esquema de mantenimiento con ciclosporina, micofenolato morfetilo y prednisona. La cirugía del trasplante cardíaco no presentó complicaciones, pero los resultados del cultivo del líquido de transporte y los hemocultivos del donante y del receptor fueron positivos para *Klebsiella pneumoniae* KPC y *Proteus mirabilis*. Por este motivo, la paciente recibió inicialmente un esquema de tratamiento con colisitina, imipenem y fosfomicina.

Evolucionó a los 15 días con signos de sepsis, por lo que se añadió al tratamiento, vancomicina y amfotericina B en forma empírica. El examen físico mostraba signos de ortopnea y taquipnea, presión venosa central aumentada e hipotensión, aunque no presentó registros febriles. El ECG mostraba complejos de bajo voltaje. Si bien no presentaba todos los signos típicos al examen físico, se sospechó la posibilidad de que la paciente presentara taponamiento cardíaco, motivo por el cual se realizó un ecocardiograma de urgencia que evidenció derrame pericárdico grave (espesor mayor de 70 mm) (figura 1).

El diagnóstico diferencial incluyó la posibilidad de un derrame pericárdico purulento. Por este motivo se decidió el abordaje quirúrgico para realizar una pericardiectomía urgente, en la que

se drenó material purulento del pericardio. Se dejó un tubo de drenaje durante 9 días en el mediastino. Los resultados del cultivo evidenciaron la presencia de *Proteus mirabilis*, por lo que completó el tratamiento inicial durante 14 días, más 3 semanas de imipenem. Los cultivos de hongos y micobacterias fueron negativos. Durante el episodio agudo se redujeron en forma considerable las dosis de inmunosupresores. La paciente evolucionó en forma favorable y fue dada de alta del hospital. Continuó con su seguimiento en forma regular en el servicio de trasplante cardíaco de nuestro hospital sin otras complicaciones.

No hemos encontrado en la revisión de la literatura casos de derrame pericárdico purulento asociado a cultivos de líquidos de transporte positivos para bacterias multirresistentes. Aunque son extremadamente raros en la era de los antibióticos, los pacientes inmunosuprimidos son particularmente susceptibles de sufrir infecciones. La pericarditis purulenta conlleva un muy mal pronóstico. Como factores predictores de mala evolución se encuentran el carácter agudo del derrame, el sexo femenino y el volumen del derrame pericárdico².

En el momento del diagnóstico, el paciente puede estar taponado o en shock. Incluso los pacientes que sobreviven al episodio agudo de pericarditis pueden tener alta mortalidad por la posibilidad de desarrollar pericarditis constrictiva. La presencia de bacterias multirresistentes también se asocia a mortalidad elevada en el período posttrasplante cardíaco³. El tratamiento requiere un abordaje combinado de antibioticoterapia sistémica, reducción de la inmunosupresión y pericardiectomía. El éxito del tratamiento está relacionado con el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado⁴.

Este caso resalta el hecho de que los pacientes inmunosuprimidos pueden sufrir infecciones muy severas sin una presentación clínica clásica, lo que puede demorar el tratamiento⁵. Asimismo, se destaca la importancia de mantener un elevado índice de sospecha y la necesidad de realizar cultivos para identificar el agente causal. Existe la necesidad de realizar más investigaciones para determinar el rol de los cultivos de los líquidos de transporte y el tipo de bacteria que requiere tratamiento. ■



Figura 1.

Imagen ecocardiográfica donde se aprecia derrame pericárdico grave.

REFERENCIAS

1. Kashif M, Raiyani H, Niazi M, Gayathri K, Vakde T. Purulent Pericarditis: An uncommon presentation of a common organism. Am J Case Rep 2017; 18: 355-360.
2. Mohsin N, Budruddin M, Amitabh J, Ehab M, Abbas P. Fatal acute purulent pericarditis in a patient with renal transplant: a case report. Exp Clin Transplant 2009; 7(1): 62-5.
3. Shudo Y, Kasinpila P, Lingala B, Kim FY, Woo YJ. Heart-lung transplantation over the past 10 years: an up-to-date concept. Eur J Cardiothorac Surg 2018.
4. Hindi Z. Rare cardiac tamponade caused by *Streptococcus Constellatus* in a Young immunocompetent patient: case report and review of the literature. Am J Case Rep 2016; 17: 855-859.
5. Canver CC, Patel AK, Kosolcharoen P, Voytovich MC. Fungal purulent constrictive pericarditis in a heart transplant patient. Ann Thorac Surg 1998; 65(6): 1792-4.