

TAPONAMIENTO CARDIACO POR HEMOPERICARDIO COMO COMPLICACION DE UN INFARTO MIOCARDIO TRATADO CON DICUMAROL *

por los Dres.

PEDRO COSSIO y JUAN TENCONI

El empleo de la medicación anticoagulante (heparina o dicumarol) en el tratamiento del infarto miocárdico parece estar ampliamente justificado, según lo evidencian las comprobaciones estadísticas de grupos de pacientes tratados y no tratados de tal manera, especialmente luego de la publicación del estudio realizado por el Comité designado por la American Heart Association con ese solo fin y constituido por Wright, Marple y Beck¹. Como resultado de estas comprobaciones (corroboradas por el mencionado informe), se tiende a utilizar más y más en la práctica médica diaria, la medicación anticoagulante en el tratamiento de rutina del infarto miocárdico, naturalmente bajo el más severo control, a fin de evitar la producción de accidentes hemorrágicos.

Dentro de estos accidentes hemorrágicos, se mencionan, en orden decreciente de frecuencia, la hematuria, la epistaxis, la hematemesis y melena, la hemoptisis y finalmente la hemorragia cerebromeningea. En una sola ocasión se menciona el hemopericardio², por no haber podido leer el original, no sabemos si hubo o no taponamiento cardíaco.

Como en nuestra práctica médica diaria, contamos con una observación en la cual se produjo taponamiento cardíaco subagudo por hemopericardio (atribuible a la medicación anticoagulante) en el curso de un infarto miocárdico, creemos de utilidad darla a conocer para que se repare en esta eventualidad.

Hombre de 45 años de edad, gran fumador de cigarrillos; es examinado por uno de nosotros (J. T.) en abril de 1944 por tener opresión y dolor al pecho, paroxístico, de media hora de duración, comprobándose tensión arterial normal, ruidos cardíacos normales, ausencia de congestiones viscerales; según el informe electrocardiográfico, Q3 profunda, ST3 desnivelado y T3 negativa.

* Curso de cardiología para Graduados, de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

HEMOPERICARDIO Y DICUMAROL

El 28 de Julio de 1949 aqueja nuevamente dolor paroxístico al pecho, pero esta vez mucho más violento y persistente, requiriendo para aliviarle un centigramo de morfina; con esto se alivia sólo parcial y temporariamente. La tensión arterial es de 140/70, los ruidos cardíacos son normales, no hay fiebre.

Al día siguiente la crisis dolorosa se repite, pero ahora exagerándose con los movimientos respiratorios y los cambios de posición. Se hace aminopirina inyectable y luego otra vez morfina. La temperatura, la tensión arterial y los ruidos cardíacos se mantenían normales, la eritrosedimentación era de 8 m/m a la hora; en cambio, había en sangre 15.000 leuccitos por m/m^3 con 34 % de neutrófilos y el porcentaje de protrombina era de 100. El electrocardiograma (29-VII-49) mostraba taquicardia sinusal, bajo voltaje del QRS con Q2 y Q3 profundas, ST2 y ST3 sobreelevados; en las precordiales, sober todo izquierdas, ST deprimido, correspondiendo al cuadro electrocardiográfico de un infarto agudo de cara posterior.

Se prescribe dieta hipocalórica, reposo absoluto, tienda de oxígeno, aminopirina, penicilina con estreptomina y 300 miligramos de dicumarol. Dos días después, el porcentaje de protrombina desciende a 25, la temperatura sube a 39° y la eritrosedimentación a 42 m/m. La radiografía (2-VIII-49) revela un corazón grande y globuloso y una transparencia disminuída de pulmón derecho; aparece expectoración hemoptoica, hemorragias gingivales y melena.

Un nuevo electrocardiograma del 3-VIII-49 demuestra mayor aumento de la frecuencia cardíaca, menos voltaje de QRS, persistencia de Q2 y Q3 y la sobreelevación de ST en las mismas derivaciones.



a

b

c

Fig. 1

Una semana después hay abotagamiento facial, polipnea, taquicardia, oliguria marcada, tensión arterial 100/60, yugulares turgentes y sin latidos, pulso paradójal y ruidos cardíacos sólo perceptibles en la región descubierta. La radiografía del 11-VIII-49 revela un mucho mayor aumento de la sombra cardíaca, ahora con aspecto típicamente globuloso, con pedículo acortado y angostos, con el aspecto de derrame pericárdico (fig. 1 a).

Se suprime el sodio de la ingesta y se administran aminofilina y un diurético mercurial. Unos días después la situación se torna desesperante, había gran embotamiento psíquico y polipnea marcada, el pulso casi no se percibía; las

yugulares continuaban turgentes. En trance casi agónico, se toma la determinación de puncionar el pericardio directamente por la región precordial y en cuanto se introduce la aguja brota sangre incoagulable a presión, llenando la jeringa de 10 c.c. rápidamente, por lo cual se la retira ante el temor de estar dentro del corazón o existir una ruptura cardíaca. Se inyectan coagulantes y analépticos.

Al día siguiente se encuentra marcada mejoría, diuresis abundante, pulso radial bien palpable y no ya paradójal, intelecto lúcido, menos turgencia yugular y mucho menos abotagamiento de la cara. Gradualmente la mejoría se acentuó, apareció soplo sistólico apexiano de mediana intensidad.

El electrocardiograma del 23-VIII-49 demuestra persistencia del bajo voltaje de QRS con Q2 y Q3 profundas, el segmento ST prácticamente está nivelado y se insinúa T3 negativa.

La radiografía del 26-VIII-49 muestra franca reducción de la sombra cardíaca, conservando todavía la forma globulosa, el pedículo recobra su longitud, los campos pulmonares se han aclarado, aunque persisten sombras difusas (fig. 1 b).

El electrocardiograma del 10-V-50 demuestra ligero aumento del voltaje, Q2 profunda con T2 ligeramente negativa, Q3 profunda con T3 negativa, en AVF Q profunda con T negativa.

El paciente se encuentra hoy totalmente restablecido, desarrollando su actividad física habitual. Una radiografía hecha el 2-XI-50 comprueba que el corazón es de forma y tamaño normal y que la trasparencia pulmonar está disminuída por aumento de la trama (fig. 1 c).

C O M E N T A R I O S

El cuadro clínico, electrocardiográfico y radiológico es suficientemente demostrativo; no requiere comentario el diagnóstico de infarto de miocardio con pericarditis epistenocárdica y luego taponamiento cardíaco por hemopericardio. Lo que merece discutirse es el papel jugado por la medicación anticoagulante en la producción del hemopericardio con taponamiento y si la extracción de sólo 10 cc. de sangre del saco pericárdico pudo ser suficiente para hacer desaparecer el síndrome de taponamiento cardíaco. **Aboga en el sentido de que la medicación anticoagulante es la responsable del hemopericardio, la producción simultánea de otras hemorragias, coincidiendo con la brusca caída del porcentaje de protrombina. Si esto fuese así, enseñaría que cuando hay pericarditis epistenocárdica (sobre todo con derrame), hay que extremar la prudencia en la administración de anticoagulantes, ante la perspectiva de producir hemopericardio con taponamiento cardíaco.**

En cuanto a la segunda cuestión, la extracción de 10 cc. de sangre a presión de la cavidad pericárdica, implica un mayor lleno

diastólico más o menos equivalente, lo cual, con una frecuencia de 108 ciclos por minuto, significa el aumento de algo más de un litro del volumen-minuto circulatorio previo, aumento más que suficiente para hacer desaparecer el colapso, incrementar la diuresis y restablecer la distribución de los líquidos en el organismo.

R E S U M E N

Se refiere una observación de infarto miocárdico, en el curso del cual se produjo taponamiento cardíaco por hemopericardio que requirió punción, relacionándolo con la medicación anticoagulante que se había instituido.

B I B L I O G R A F I A

1. *Wright I. S., Marple Ch. D. y Fahns Beck D.* — *Am. Heart Jour.* 1948, 36, 801.
2. *Hammarsten J. F.* — *Minnesota Med.*, 1949, 32, 1003.

RÉSUMÉ

On raconte une observation d'infarctus de myocarde pendant l'évolution duquel se produit une hémopéricardios avec tamponnement cardiaque qui fit une ponction nécessaire et qui se relationna avec la médication anticoagulante que le malade recevait.

SUMMARY

A case of myocardial infarction with cardiac tamponage is presented. The development of hemopericardium, attributed to anticoagulant therapy, required evacuation.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird über die Beobachtung berichtet, dass im Verlaufe eines Herzmuskelsinfarkts ein Hämopericardium mit Herztamponade auftrat, das eine Punktion erforderte und mit der Verabreichung gerinnungshemmender Mittel an den Patienten zusammenhing.