

Divertículo del pericardio

POR LOS DOCTORES

F. C. ARRILLAGA, C. DONOVAN y A. C. TAQUINI

El divertículo del pericardio es una afección excepcional. Existen hasta el momento algo más de cuarenta casos descritos en la literatura de los cuales sólo ocho han sido diagnosticados clínicamente.

En 1927, Kienböck y Weiss son los primeros que hacen este diagnóstico, en una enferma que durante más de 20 años había sido examinada por distintos clínicos. Con posterioridad los mismos autores describen otros 3 casos en los años 1929, 1932 y 1934, respectivamente. También Eliaschewich (1928), Jansson (1931), Wiese (1931) y Cushing (1937) han llegado al diagnóstico clínico del divertículo del pericardio en otros tantos enfermos.

Por divertículo del pericardio se entiende cavidades ciegas en forma de dedo de guante o verdaderas bolsas que toman asiento en el pericardio. Son generalmente únicos, pero pueden haberlos dobles (casos de Schirmer, Jansson) o múltiples (caso de Rohn). La cavidad de estas bolsas se comunica con la cavidad pericárdica al través de una abertura amplia o estrechada en forma de cuello. El tamaño de los divertículos es muy variable, desde un pequeño dedo de guante conteniendo escasos c. c. de líquido, hasta el de una naranja o más grande aún.

Los primeros sólo han sido diagnosticados en la autopsia. En los casos en que clínicamente se ha llegado a este diagnóstico se ha tratado siempre de grandes bolsas diverticulares.

Asientan preferentemente en la cara derecha del pericardio y se extienden hacia el campo pulmonar correspondiente. Con menor frecuencia se los encuentra en la cara anterior, mas raramente en la izquierda y excepcionalmente en la posterior.

De los casos diagnosticados clínicamente, uno de Kienböck y Weiss, se había desarrollado hacia la izquierda; de los siete restantes, uno era doble (Jansson), tomando asiento los demás en la cara derecha del pericardio.

Se hallan formados por una pared y un contenido. La pared

presenta como el pericardio, una capa externa fibrosa y una interna serosa. El contenido es un exudado amarillento con algunos coágulos de fibrina.

En las personas de edad la capa interna del divertículo suele calcificarse (Kienböck y Weiss). La formación histológica de las bolsas diverticulares explica que ellas obedezcan a la gravedad y aparezcan, cuando tienen cierto tamaño, como formaciones redondeadas a veces abollonadas que penden de su punto de inserción y apoyan sobre el diafragma.

El diagnóstico clínico es difícil y sólo se hace gracias al estudio radiológico prolijo.

Los sujetos con esta afección tienen generalmente antecedentes infecciosos comunes y se presentan al médico con síntomas vagos de orden circulatorio, palpitaciones, opresión, dolor precordial o por la aparición de una fibrícula pertinaz que llega a $37\frac{1}{2}$. El examen clínico común es negativo. Sólo en el caso de Cushing el examen ha mostrado la presencia de una tumoración que hacía saliencia en la cara anterior del hemitórax derecho. Las más de las veces se llega a la exploración radiológica sin haber descubierto ningún signo importante, y es mediante este método que puede llegarse al diagnóstico preciso, siempre que se tenga presente la existencia de esta enfermedad.

Radiológicamente el divertículo del pericardio tiene las siguientes características: Ser una tumoración del tamaño de una naranja o puño que pende de su punto de inserción en el pericardio y que da la impresión, como dice Jansson, de algo blando o elástico, como una bolsa llena de líquido. Apoya sobre la sombra cardiovascular; es de una opacidad parecida a la del corazón y deja ver a su través la sombra de los hileos pulmonares. De superficie lisa o abollonada; de contornos definidos, se encuentra a menudo animada de latidos sincrónicos con los del corazón; modifica su forma con los movimientos respiratorios, acortándose y ensanchándose durante la expiración y alargándose y aplanándose durante la inspiración (Jansson). En las personas de edad la pared del divertículo aparece calcificada, disminuyendo entonces, según Kienböck y Weiss, la amplitud de las pulsaciones.

Este cuadro radiológico se mantiene durante largo tiempo sin presentar variaciones, y este hecho junto a su benignidad casi ab-

solita y a la presencia de los síntomas anotados, palpitaciones, opresión y dolor precordial y en ocasiones a temperaturas insidiosas permiten sentar el diagnóstico de divertículo del pericardio.

El origen de los divertículos del pericardio no está aún perfectamente aclarado; para algunos tendrían un origen congénito (Bristowe, Atayas, Maraty, Kaufman, Schirmer); otros (Kienböck y Weiss, Jansson, Wiese) admiten la existencia de un proceso inflamatorio que originaría una pericarditis adhesiva y la exudación produciría estas bolsas diverticulares. También hay quien admite una tracción externa (Luschka).

HISTORIA CLINICA

A. B., uruguaya, 26 años. Casada.

Antecedentes hereditarios y familiares. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Nacida a término, lactancia materna. Sarampión y tos convulsa en la infancia. Menarquía a los 12 años, menstruaciones regulares dolorosas. Casada a los 17 años.

Hace 6 años, gripe fuerte seguida de estado bronquial asmatiforme que dura 5 meses y cura con clima de mar.

Desde entonces tiene todos los inviernos gripe y resfríos frecuentes que le hacen perder 4 a 5 kilos de peso, reponiéndose siempre en el verano con su cura de mar.

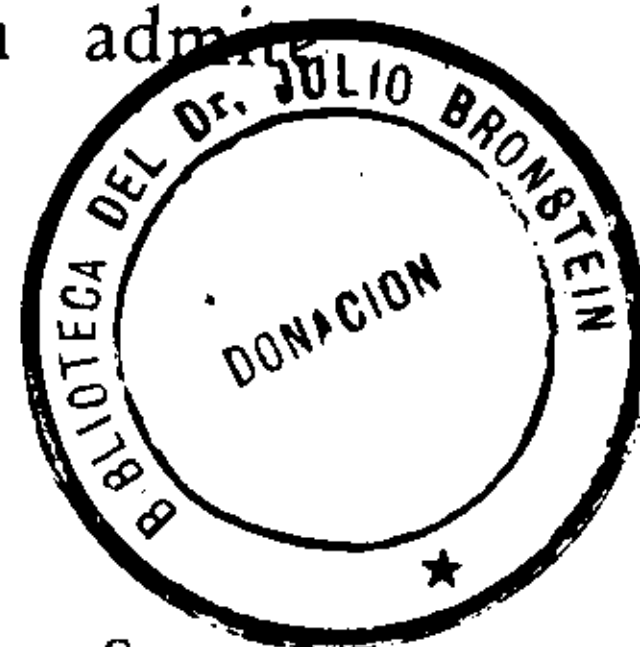
Enfermedad actual. — Hace 3 años y medio comienza a sentir palpitaciones, dolor en forma de puntadas en el tercer espacio intercostal y reborde costal izquierdos, opresión precordial, afonía, apareciendo simultáneamente temperatura que llega a $37^{\circ}1/2$. Consulta facultativo que previa una radiografía diagnóstica pleuresía enquistada, iniciando tratamiento médico sin notar mejoría. Algunos meses después nos consulta en el mes de septiembre de 1934, encontrando el siguiente estado actual.

Enferma en buen estado de nutrición, normotipo; *cabeza y cuello* sin particularidad; *tórax*, simétrico, ángulo de Louis pronunciado. Buena excursión respiratoria; *pulmones*, por delante y por detrás normales.

Aparato circulatorio: Inspección sin particularidad; *área cardíaca*, aumentada hacia hemitórax izquierdo (ver radiografía); *auscultación*, ruidos normales en todos los focos; *arterias*, depresibles de paredes elásticas; *pulso*, regular rítmico amplio, 82 por minuto; *P.A.*, en ambos miembros superiores Mx. 14. Mn. 9 (Baumanómetro); *índice oscilométrico*, antebrazo izquierdo $2^{1/3}$ grados. Antebrazo derecho 2 grados (al Boullitte). *Venas*, pulso venoso en cuello con caracteres normales.

E.C.G.: Ritmo sinusal; buena conducción A.V.; buena conducción intraventricular.

Abdomen: Fuera de dolor franco en punto vesicular el resto del examen del abdomen es negativo; *sistema nervioso y urinario*, sin particularidad.



Análisis. — *Wasserman*: negativa; *Cazzoni y Ghedini*: negativa. *Orina*: recuento globular y fórmula leucocitaria: normales.

Examen laringoscópico. — Engrosamiento de cuerdas vocales. No hay parálisis ni paresias.

Con este estado actual se practica la primera radiografía en setiembre 1934, que muestra (fig. 1) la existencia de una sombra que sobresale hacia la izquierda de la sombra cardiovascular, que cubre íntegramente el hileo izquierdo que se vé a su través.

Esta sombra, que parece formar cuerpo con la sombra cardiovascular, es de bordes netos y no origina ninguna modificación en el pulmón correspondiente.

Nace por arriba, a la altura de la parte superior del cayado de la aorta y se extiende hacia abajo hasta 3 ó 4 cms. del diafragma, sitio en que se confunde con la sombra del ventrículo izquierdo.

La sombra del corazón y grandes vasos se encuentra dentro de límites normales.

Se indica tratamiento tónico con lo que mejora el estado general manteniéndose la temperatura inmodificable.

Un año después, en octubre de 1935, se obtiene una segunda radiografía que muestra una sombra superponible exactamente a la anterior.

Con radiografías en posición transversa se vé: En la I. A. (fig. 2), sobre la sombra cardíaca, una tumuración, con el aspecto de una bolsa de paredes elásticas, llena de líquido, que cuelga por delante de la sombra del corazón. Los bordes de esta tumuración son nítidos. Su límite superior se confunde con el límite superior de los grandes vasos; su límite inferior, llega casi hasta el diafragma; sus límites anterior y posterior se diferencian perfectamente de la sombra del corazón que le sobrepasa en ambos sentidos. La radiografía en posición transversa anterior derecha (fig. 3), de más difícil lectura, muestra la sombra patológica de diámetros mayores como consecuencia de su alejamiento de la película, ya que, como se ha visto, ella se encuentra ubicada hacia la izquierda del corazón.

Un nuevo examen practicado un año después, en octubre de 1936, presenta igual cuadro radiológico. La sombra anormal mantiene idéntico aspecto y tamaño. Las radiografías estereoscópicas tomadas en esa oportunidad en posición frontal y transversa, permiten ver que la formación patológica se encuentra hacia la izquierda y

un poco adelante del corazón, apoyando sobre él, y que tiene el aspecto de una verdadera bolsa de goma llena de líquido.



FIG. 1



FIG. 2

Finalmente, en un último examen practicado hace 15 días, el cuadro conserva exactos caracteres clínicos y radiológicos. La enferma acusa iguales síntomas, pero conserva perfectamente su estado



FIG. 3



FIG. 4

general y hace una vida absolutamente normal. El cuadro radiológico se superpone a los anteriores; en posición Trendelenburg exagerada la sombra se desplaza hacia arriba, pero que se mantiene adherida al pericardio en una ancha zona.

Una radiografía tomada en esta posición en inspiración for-

zada muestra la sombra patológica alargada y aplanada (fig. 4), mientras que en espiración forzada esta misma sombra se acorta y ensancha (fig. 5). El radioquimograma obtenido en posición frontal (fig. 6), permite ver que a cada sístole la sombra patológica presenta un pico, y a cada diástole un valle. Examinando comparati-



FIG. 5



FIG. 6

vamente los picos que aparecen en la sombra tumoral con los de la aorta se vé que no son exactamente sincrónicos, sino que existe un ligero retardo en la aparición de estos últimos. Esto permite afirmar que esta masa tumoral es independiente de la aorta o pulmonar y que sus latidos son producidos por la sístole cardíaca en forma comparable al choque de la punta. Por otra parte, examinando aisladamente los picos que aparecen en la sombra anormal se vé que sus ramas son de igual velocidad, vale decir que estos picos son perfectamente simétricos, contrariamente a lo que ocurre con los picos aórticos y ventricular.

DISCUSIÓN

En síntesis, la historia de esta enferma nos muestra: en sus antecedentes, la existencia de síntomas circulatorios vagos, palpitaciones, opresión, ligera fatiga, dolores precordiales; su examen clínico fuera de la temperatura subfebril es absolutamente negativo. El

examen radiológico muestra la existencia de una tumoración que impresiona como una bolsa a contenido líquido, que nace y apoya sobre la sombra cardiovascular, que sigue la acción de la gravedad, que modifica su forma con los cambios respiratorios y que se encuentra animada de latidos transmitidos por el corazón. Este cuadro se mantiene estacionario sin agresión del estado general desde hace 3 años, permitiendo a la enferma su vida normal.

Todo ello nos ha llevado al diagnóstico de divertículo del pericardio, ya que las demás tumoraciones líquidas que pueden asentarse en esta zona, aneurisma de la aorta o pulmonar, quiste hidático y quiste dermoideo se descartan: los aneurismas, por la edad de la enferma, la ausencia de lues, el sitio de aparición, el tamaño normal del corazón y de la aorta, la benignidad absoluta de la lesión, y, finalmente, porque el estudio radioquimográfico prueba que la pulsación de la sombra patológica no es sincrónica con la de los grandes vasos; el quiste dermoideo por la flacidez que presenta la sombra, por la presencia franca de latidos y por la homogeneidad de la misma; el quiste hidático: por la ausencia de sintomatología, por la negatividad de las reacciones serológicas, por la ausencia de crecimiento y finalmente por el aspecto de la sombra radiológica, ya que los quistes hidáticos mantienen su forma redondeada sin obedecer a las leyes de la gravedad, sin modificarse mayormente con los cambios respiratorios y sin presentar latidos.

En contra de un origen pericárdico sólo estaría la inserción alta. Este hecho que también se observa en uno de los casos de Kienböck y Weiss y en el de Jansson, se debería a adherencias que toma el divertículo durante su crecimiento con zonas altas del mediastino: la acción de la gravedad da por ello cuando el sujeto está de pie la impresión de que la bolsa se encuentra colgando de los grandes vasos, cuando en realidad toma inserción en una amplia zona pericárdica, como se vé en las radiografías tomadas en posición de Trendelenburg.

En cuanto al origen de este divertículo, consideramos, que si bien en los antecedentes del enfermo se registra una fuerte gripe hace 6 años, el tamaño de la sombra, la forma y la evolución inclinan más a pensar en un origen congénito que infeccioso. Lo probable es que en la producción de todo divertículo exista una lesión congénita pericárdica y que el proceso infeccioso sea sólo el determinante de su producción. Pensamos así dado que esta es una afec-

ción excepcional a pesar de la frecuencia con que aparece la pericarditis.

RESUMEN

Se presenta un caso diagnosticado divertículo de pericardio. Enferma de 26 años que desde hace 6, a raíz de fuerte estado gripal, repite periódicamente estado infeccioso indeterminado caracterizado por temperatura que llega a 37° y medio, adelgazamiento dolor precordial, opresión, etc. Un examen radiológico practicado hace 3 años descubre un tumor que apoya sobre el lado izquierdo del corazón. Desde entonces hasta la fecha no se ha modificado este aspecto radiológico. Gracias a radiografías simples y estereoscópicas en diversas posiciones se ha podido probar que esta tumoración toma contacto con pericardio y tiene un contenido líquido. El radioquimograma ha probado la existencia de latidos, habiendo llegado finalmente al diagnóstico de divertículo del pericardio.

BIBLIOGRAFIA

- Bristowe J. S. — "Tr. Path. Soc. London", 1868, XX, 101.
Röhn A. — "Prag. Med. Wochenschr.", 1903, XXVIII, 491.
Schirmer O. — "Zentralb. f. allg. Path. u. path. Anat.", 1923, XXXIV, 61.
Kienböck R. u. Weiss K. — "Fortschr. der Röntgenstrahl.", 1929, XL, 389.
Jansson G. — "Acta Radiologica", 1931, XII, 51.
Jäderholm K. B. — "Acta Chirug. Scandin", 1932, LXXI, 516.
Kienböck R. u. Weiss K. — "Forschi. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen", 1934, L, 442.
Cushing E. H. — "Arch. Int. Méd.", 1937, LVII, 56.

RÉSUMÉ

On présente un cas avec diagnostic de: diverticule de péricarde. Malade âgée de 26 ans. qui depuis 6 ans, a consequence d'une grippe, tombe périodiquement dans un état infectieux indéterminé, caractérisé par température jusqu'à 37°⁵, amaigrissement, vague douleur précordiale, le oppression, etc.

Un examen radiologique pratiqué il y a 3 ans, découvre une tumeur qui s'appuie sur le côté gauche du cœur. Depuis lors jusqu'à présent cet aspect radiologique ne s'est pas modifié. Grâce a des radiographies simples et stéréoscopiques prises en différentes positions on a pu vérifier que cette tumeur prends contact avec le péricarde et qu'elle contient du liquide.

Le radioquinogramme démontra l'existence de battements, arrivant finalement au diagnostic de: *diverticule* de péricarde.

SUMMARY

A case is presented of a female patient who after a severe grippal condition, suffers from periodically repeated infections conditions of undetermined origin characterized by fever (37.5° C in the armpit) loss of weight, precordial tenderness, feeling of oppression, etc.; a roengenographic examination showed three years ago a tumoural shadow lying on the righth side of the heart, a picture which remained unchanged ever since. After several radiographs, simple and stereoscopic, taken in several positions, the conclusion was reached that the tumor held contact with the pericardium and that it contained fluid. The roengkymogram showed pulsations, and finally the diagnosis was made of diverticulum of the pericardium.

ZUSAMMENFASSUNG

Man stellt einen diagnostizierten Fall von Perikarddivertikel vor. Sechszwanzigjährige Patientin die seit 6 Jahren nach einem heftigen grippösen Zustand von Zeit zu Zeit von unbestimmten Infektionserscheinungen befallen wird, begleitet von Fieber bis zu 37.5°, Abmagerung, undeutlichen Prekordialschmerzen, Kurzatmigkeit, usw. Bei einer Roentgenuntersuchung, die vor 3 Jahren gemacht wurde, stellt man einen Tumor fest, der seinen Sitz auf der linken Seite des Herzens hat. Von jener Zeit bis zum heutigen Tage, hat sich diesen roentgenologische Befund nicht geändert. Dank einfacher und stereoskopischen Radiographien in verschiedenen Stellungen, konnte man feststellen, dass diese Tumoration mit dem Perikard in Verbindung steht und flüssigen Inhalt hat. Das Radiokymogramm zeigte die Pulsationen und so kam man schliesslich zur Diagnose von Perikarddivertikel.