

NEUMOPERICARDIO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

G. Falomir Gil, V. Sotillos Parra, J. Carvajal Díaz*, J. M. Benedicto Orovitg*

Servicios de Radiología. Hospital Virgen del Castillo. Yecla. *Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción

El neumopericardio es una entidad poco frecuente, pero fácilmente diagnosticable mediante la radiología convencional. Se presenta aquí un caso observado en nuestro servicio.

El diagnóstico de neumopericardio debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las radiografías de tórax con aire extrapulmonar. Así pues, el neumotórax y el neumomediastino, que son cuadros clínicos que se presentan con mucha más frecuencia en un servicio de urgencias, deberán descartarse previamente.

La demostración radiológica de aire intrapericárdico se realiza evidenciando la movilidad del aire dentro del pericardio.

Caso clínico

Se trataba de un paciente de 70 años que acudió al servicio de urgencias por presentar un dolor torácico de características inespecíficas y de varios días de evolución.

El paciente refería, como antecedentes, la ingestión accidental de una espina de pescado hacia unos días.

El estado general del enfermo era bueno, y no presentaba alteraciones analíticas significativas. Se solicitó un estudio de tórax de rutina (frontal y lateral); los hallazgos radiológicos demostraron la existencia de aire alrededor de la silueta cardíaca. Se realizaban proyecciones en decúbito lateral con rayo horizontal y se comprobó así la movilidad del aire dentro del pericardio.

Con el diagnóstico de neumopericardio el paciente fue trasladado al servicio de cirugía torácica del hospital de referencia (Hospital Virgen de la Arrixaca).

Se realizaron como pruebas complementarias una TAC, un esofagograma y una endoscopia esofágica. El diagnóstico fue fistula esofagopericárdica, probablemente secundaria al enclavamiento de la espina de pescado, que no pudo ser demostrada en la endoscopia.

Discusión

El neumopericardio es una entidad bien definida clínica y radiológicamente. Entre sus causas se inclu-

yen la cirugía transternal, el traumatismo torácico, la pericarditis infecciosa con gérmenes productores de gas y la formación de una fistula entre el pericardio y un órgano adyacente que contenga aire, como el esófago y el estómago¹⁻². Otras causas menos frecuentes de neumopericardio son el asma severa, la laringitis obstructiva y las intervenciones diagnósticas o terapéuticas como la biopsia esternal y la traqueotomía³⁻⁴.

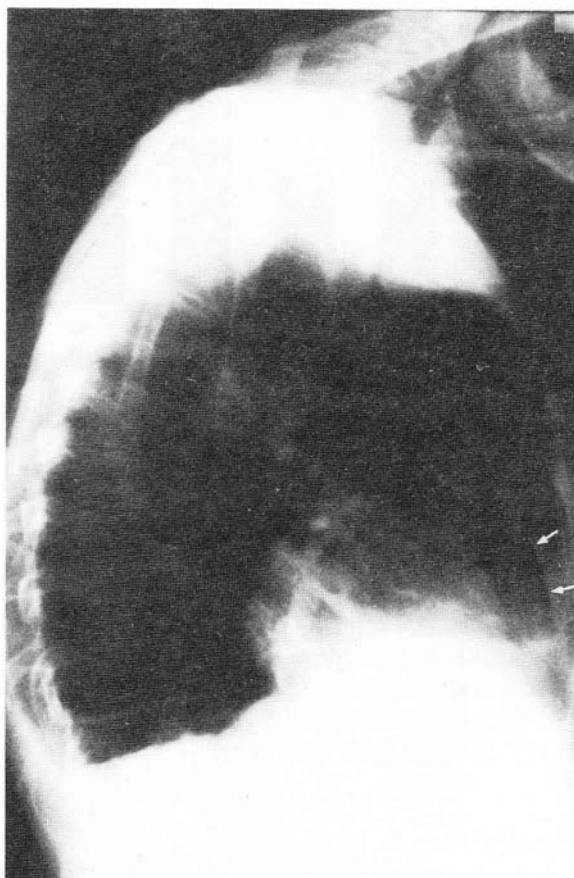


Fig. 1. Radiografía lateral de tórax. Se observa una banda de aire (flechas) en el contorno anterior de la silueta cardíaca.

Correspondencia: G. Falomir Gil.
Servicio de Radiología. Hospital Comarcal Virgen del Castillo. San José, 45. 30510 Yecla. Murcia.

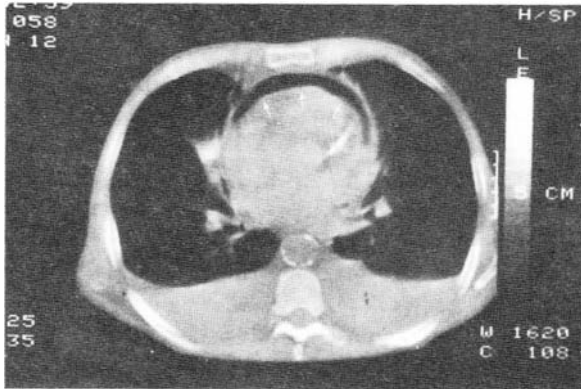


Fig. 2. TAC. Exploración realizada con el paciente en decúbito supino, que muestra una imagen en semiluna (flechas) de contenido aire, en el contorno anterior del corazón.

La identificación de neumopericardio con radiografías de tórax fue descrito por Wenkebach en 1910 y más recientemente por Cimmino⁵. Las radiografías obtenidas en las proyecciones anteroposterior y lateral muestran el corazón parcial o completamente rodeado de aire.

El neumopericardio normalmente puede ser distinguido del neumomediastino. El aire en el saco pericárdico no subirá por encima de los límites anatómicos de la reflexión pericárdica en el gran pedículo vascular proximal. En las radiografías obtenidas en posición

de decúbito, el aire en el saco pericárdico se desplaza de forma inmediata, mientras que en el neumomediastino el aire prácticamente no se desplaza⁵⁻⁶. En ocasiones puede ser difícil diferenciar el neumopericardio del neumomediastino; Felson recomienda realizar proyecciones frontales con el paciente en decúbito lateral izquierdo y derecho, y el rayo horizontal.

Existen unos 250 casos de neumopericardio recogidos en la literatura mundial. De ellos, aproximadamente el 60 % se deben a traumatismos¹. Esta entidad, si bien es excepcional en la clínica diaria, no es rara en aquellas áreas hospitalarias, como los servicios de urgencias, que tratan un gran número de pacientes traumáticos.

Bibliografía

1. Cummings RG, Wesley RLR, Adams DH, Lowe JE. Pneumopericardium resulting in cardiac tamponade. *Ann Thorac Surg* 1984; 37: 511-518.
2. Stridbeck H, Sanwelson L. Pneumopyopericardium. *Acta Radiol Diagn* 1983; 24: 205-208.
3. Posthermus DL, Peirce TH. Fatal tension pneumopericardium complicating tracheostomy. *Chest* 1978; 73: 107-109.
4. Hacker PU, Dorsey DJ. Pneumopericardium and pneumomediastum following closed chest injury. *J Am Coll Emergency Physicians* 1979; 8: 409-411.
5. Cimmino CV. Some radio-diagnostic notes on pneumomediastinum, pneumotorax and pneumopericardium. *Va Med Mon* 1967; 94: 205-207.
6. Westby S. Pneumopericardium and tension pneumopericardium after closed chest injury. *Thorax* 1977; 32: 91-97.