

Riscontro occasionale di pneumopericardio postpericardiocentesi

Massimo Slavich, Daniele Briguglia, Francesco Maria Sacco, Ida lafelice, Carlo Meloni, Domenico Cianflone

Reabilitazione Specialistica Cardiologica, Istituto Scientifico Universitario H San Raffaele, Milano

(G Ital Cardiol 2010; 11 (7-8): 602-603)

© 2010 AIM Publishing Srl

Ricevuto il 21 settembre 2009; nuova stesura il 12 ottobre 2009; accettato il 27 ottobre 2009.

Per la corrispondenza:

Dr. Massimo Slavich

Reparto di Cardiologia
Ospedale San Raffaele
Via Olgettina, 58
20132 Milano
E-mail: massimo.slavich@gmail.com

Un giovane uomo di 25 anni, sottoposto recentemente ad intervento di resezione quadrangolare del lembo posteriore della mitrale ed anuloplastica per insufficienza mitralica severa da prolasso del lembo posteriore, ha presentato nel decorso postoperatorio iperpiressia e presincopi. Al controllo ecocardiografico si evidenziava versamento pericardico con segni di tamponamento cardiaco che ha richiesto pericardiocentesi d'urgenza. Per la persistenza di iperpiressia e la negatività degli esami colturali si eseguiva Rx torace (Figura 1) e seguente tomografia computerizzata *total body* (Figura 2) che documentavano una discreta falda di pneumopericardio. Controlli radiologici seriatî hanno mostrato il totale riassorbimento del pneumopericardio. Data la persistente stabilità emodinamica veniva rimosso il drenaggio pericardico. Il successivo decorso è stato privo di complicanze ed il paziente veniva dimesso in buone condizioni cliniche ed in buon compenso cardiocircolatorio.

Il pneumopericardio è una rara condizione clinica caratterizzata dalla presenza di aria nella cavità pericardica. I meccanismi eziologici principali sono¹: 1) trauma determinante perforazione pericardica²; 2) infezione da microrganismi generanti gas¹; 3) meccanismo iatrogeno (in seguito a biopsie miocardiche³, toracentesi, acquisizione di accessi venosi per via giugulare interna, durante ventilazione assistita invasiva con seguente barotrauma, in seguito alla chiusura di una tracheotomia¹); o 4) formazione di una fistola tra strutture contenenti aria (albero bronchiale, tratto gastrointestinale o cavità peritoneale) ed il pericardio stesso¹. Il meccanismo nel caso da noi descritto è iatrogeno, da pericardiocentesi, con riscontro occasionale nell'ambito di una serie di indagini volte a definire la genesi dell'iperpiressia. D'altra parte, in condizioni di stabilità emodina-

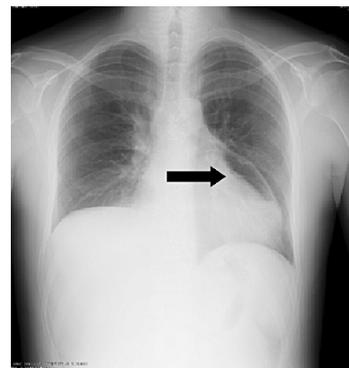


Figura 1. Radiografia del torace. La freccia indica la presenza di aria a livello del sacco pericardico.

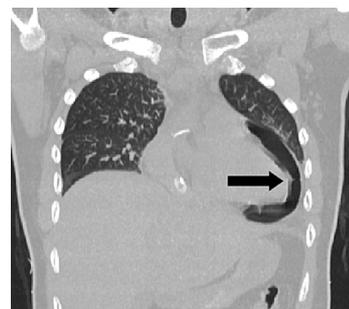


Figura 2. Tomografia computerizzata del torace. La freccia indica il pneumopericardio.

mica, la diagnosi di pneumopericardio può essere misconosciuta; talvolta può essere suggerita dal riscontro di sfregamento pericardico all'obiettività, mentre l'ECG è abitualmente normale o con alterazioni aspecifiche⁴. La diagnosi definitiva è radiologica con l'evidenza di un'area radiolucida lungo la parete laterale del cuore. È proprio questa distribuzione paracardica dell'aria che permette di differenziare il pneumopericardio dal pneumomediastino. La sua risoluzione è

generalmente spontanea, anche se occasionalmente può divenire emodinamicamente significativo fino a determinare tamponamento cardiaco; per tale motivo deve essere prontamente riconosciuto, correttamente monitorizzato e, se necessario, aspirato. Nella nostra esperienza, in seguito alla rimozione del drenaggio pericardico, il paziente si è mantenuto asintomatico, a riprova che l'entità del pneumopericardio non fosse emodinamicamente significativa. L'eventuale comparsa di dispnea a seguito della rimozione deve fare sospettare immediatamente la presenza di pneumopericardio tensivo, in quanto la mortalità, se non tempestivamente trattato, è maggiore del 50%^{4,5}.

Bibliografia

1. Koloutsos G, Barbetakis N, Kirodimos E, Samanidis G, Paliouras D, Vahtsevanos K. Pneumopericardium following tracheostomy closure. *Tuberk Toraks* 2009; 57: 205-7.
2. Di Filippo A, Batacchi S, Ciapetti M, Spina R, Peris A. Pneumopericardium after major trauma. *J Trauma* 2009; 66: 1260.
3. Celik T, Iyisoy A, Kursaklioglu H, Gunay C, Yuksel UC, Isik E. A case of pneumopericardium following endomyocardial biopsy. *J Card Surg* 2007; 22: 519-21.
4. Haan JM, Scalea TM. Tension pneumopericardium: a case report and a review of the literature. *Am Surg* 2006; 72: 330-1.
5. Kim HR, Choi D, Chung JW, Youn YN, Shim CY. Tension pneumopericardium after removal of pericardiocentesis drainage catheter. *Cardiol J* 2009; 16: 477-8.