

UNIDAD DOCENTE MORÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

Herida por arma blanca penetrante en tórax, con lesión del corazón, diafragma e hígado. Presentación de un caso.

Armando Rivero León¹, Julio Betancourt Cervantes², Margis Núñez Calatayud³, Claudio Cordero Jiménez¹, Alberto Rivero León⁴.

RESUMEN

Se presenta un caso de herida por arma blanca preesternal bajo con lesión del pericardio, ventrículo derecho, diafragma e hígado.

El paciente llegó 10 minutos después de su herida y en un breve tiempo fue trasladado al salón de operación donde se encontraron las heridas mencionadas, además de la proyección de la misma en diafragma y lóbulo izquierdo del hígado, todas las cuales fueron suturadas.

Se plantean las condiciones óptimas para el tratamiento exitoso de estos lesionados cumpliendo una estadía hospitalaria de 22 días y teniendo una evolución satisfactoria.

Palabras clave: PERICARDIOCENTESIS, LAPAROTOMIA, PERICARDIOTOMIA, SUTURA, TORACOFRENO-LAPAROTOMIA.

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía General, Profesor Instructor.
2. Médico Militar, Profesor Instructor.
3. Residente en Anatomía Patológica.
4. Alumno de 6to Año de Medicina.

INTRODUCCIÓN

Las heridas del corazón continúan apareciendo con una mortalidad elevada a pesar de que algunos sobreviven a estas lesiones, siendo así las posibilidades de morir, según las estadísticas, mayores que las de salvarse.

Estas heridas del corazón fueron descritas en el pasado como insalvables.

Reerbaave, en 1809 afirmó que todos eran mortales; Morgagni, en 1761, descubrió el efecto compresivo del hemopericardio para provocar la muerte; Larreg, en 1829 practicó una pericardiocentesis en soldado herido.

Hasta el año 1896, el único tratamiento empleado en este tipo de heridas era la pericardiocentesis, hasta que el 9 de septiembre de 1896 Revis Henn, de Frankfort, sutura con éxito una lesión de corazón producida por un cuchillo. (1,2)

En nuestro país se realizó la primera sutura de corazón en 1907, por Bernardo Moas, falleció el operado 18 días después.

Transcurrieron 48 años, hasta que Eugenio Torruela sutura con éxito una herida de ventrículo izquierdo producida por un cuchillo, en la noche del 31 de enero de 1947, en el Hospital Calixto García. Desde entonces hasta la fecha han aparecido en la literatura nacional algunas referencias de estas heridas tratadas con éxitos. (1,3)

Autores como Oviedo Roque (4) coinciden en que hay que tener en cuenta cuatro cuestiones fundamentales para lograr salvar la vida de los pacientes.

1. Cuidados preoperatorios con transporte rápido y apropiado.
2. La disponibilidad hospitalaria de un Departamento de Toracotomía de urgencia para realizar la misma una vez llegado el lesionado al hospital.
3. La oclusión de la aorta torácica descendente para mantener la perfusión del corazón y sus ramas hasta que la hiperfusión sea corregida.
4. Corregir la acidesia que presentan estos pacientes.

El interés dinámico actual en la vida del hombre ha producido un incremento consecuente de los accidentes traumáticos de toda índole. Las estructuras cardiovasculares se ven afectadas con frecuencia y gravedad creciente.

El diagnóstico precoz y el restablecimiento lo más inmediato posible del equilibrio hemodinámico van a ser los puntos clave en relación con la probable supervivencia de este tipo de traumatizado.

Se estima que cualquier intento encaminado a enriquecer las experiencias y criterios en este campo de las afecciones cardiovasculares debe ser tomado en cuenta. (5,6).

PRESENTACION DE CASO

Paciente: IMA., H.C.69062304370 Femenina de 24 años de edad, blanca, es recibida en Sala de Politraumatizados del Hospital General Provincial docente de Morón, 10 minutos después de haber sido herida en el seno de un conflicto familiar; llegó en estado de shock hipovolémico y presentaba una herida de 2 cms, en región preesternal baja.

Se realiza inmediatamente la canalización de una vena profunda, se administran expansores del plasma previa extracción de muestras de sangre para exámenes de laboratorios y para Banco de Sangre, se traslada al salón de operaciones donde se le practica laparotomía alta constatando gran sangramiento procedente de lesión cardiaca, por orificio diafragmático, así como herida en cúpula del lóbulo izquierdo del hígado.

Inmediatamente se procedió a realizar toracotomía anterior izquierda a nivel del 5to espacio intercostal, la cual nos permitió abordar gran taponamiento cardíaco, así como su trayecto hacia diafragma e hígado.

Se realizó apertura del pericardio de punta a base, evacuando cuidadosamente todo el coágulo, apareciendo rápidamente salida de sangre a hiperpresión de cavidades derechas, la cual se ocluye con un dedo, pudiendo precisar su origen en ventrículo derecho, manteniendo la oclusión de la herida con el dedo, se dan tres puntos en equis (X) sobre la misma; la cual midió aproximadamente dos centímetros en la proyección alta del ventrículo derecho.

El ayudante mantuvo tenso los puntos sin anudarlos, lo cual yuguló rápidamente el sangramiento, procediendo finalmente a anudarlos y completar la pericardiotomía parcial. Se realizó sutura de la herida diafragmática con puntos en U y sutura hepática.

Gibben (7) recomienda dar un punto en la punta del corazón para facilitar su movilización y sutura.

Se cerró la toracofreno-laparotomía dejando dos drenajes intrapleurales de grasa gruesa, uno dirigido hacia el vértice y a otro hacia la base, exteriorizados por contrabertura a nivel de la línea axilar posterior baja.

Su postoperatorio discurrió durante los primeros diez días en la Sala de Terapia Intensiva, las primeras 48 horas conectada al ventilador mecánico Servo 900 O, siendo corregidas las alteraciones del equilibrio ácido-básico clásicas de este tipo de pacientes.

Al cabo de estos días es trasladada a la Sala de Cirugía, donde evolucionó satisfactoriamente, siendo valorada por Cardiología realizándole Ecocardiograma el cual arroja resultados favorables; la estadía hospitalaria total fue de 22 días, en el momento de su alta, se constató un estado cardiopulmonar normal.

DISCUSIÓN

Este tipo de lesionado requiere de una atención esmerada y rápida, así como garantizar su transporte en ambulancia especializada o helicóptero con todos los recursos básicos para garantizar la vida, el no contar con este tipo de transporte ni con salones de emergencia influye en su mortalidad según los reportes de Oviedo Roque y colaboradores. (4).

Se le atribuye gran importancia a algunos factores que influyen en el éxito tales como:

- La edad.
- Constitución física.
- Otras lesiones asociadas.
- Lesiones en otra cavidad.

La lesión del ventrículo izquierdo conduce a una caída rápida del gasto cardíaco que junto al taponamiento es suficiente para ocasionarle la muerte al lesionado.

Rodríguez Loeches y colaboradores consignan resultados alentadores a pesar de no ser el más afectado internacionalmente. (1).

En cuanto a la oclusión de la aorta torácica descendente para garantizar la perfusión al órgano mencionado por Oviedo Roque (3) no se llevó a cabo, se consideró una medida heroica y se decidió la oclusión inmediata de la herida y la perfusión de sangre y expansores a hiperpresión con resultados favorables.

Su evolución postoperatoria discurre diez días en la Sala de Terapia Intensiva y de aquí pasa a la Sala de Cirugía General.

Su evolución fue satisfactoria sin presentarse complicaciones, se valoró con Cardiología realizándole ecocardiograma, informándose una función cardiaca normal.

En el momento del alta su evolución cardio-pulmonar fue enteramente normal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Loeches, J. Heridas de pericardio y corazón: características y mortalidad en 60 operaciones. Rev Cub Cir 21:487 septiembre-octubre, 1982.
2. Aspan J, Arbulo A. Lesiones penetrantes del pericardio y el corazón. Clin Guir Norteam, febrero, 1978.
3. Vallejo Witenska R. Heridas con arma blanca en ventrículo izquierdo. Rev Cub Cir 19: 129, marzo-abril, 1980.
4. Oviedo Roque E. Heridas múltiples de corazón. Presentación de un caso. Rev. Cuba.Med militar 20(1): 68-71, enero-junio, 1991.
5. Quintero Acuña Q. Heridas del corazón. Estudio de la paciente. Rev Cub Cir 29(3):451-459, mayo-junio, 1990.
6. Rice Blazquez J. Traumatismos cardiacos y de los grandes vasos. Rev Clin Esp 152(4); 281-285, 1979.
7. Sabiston David C. Cirugía torácica. Heridas cardiacas. 2ª. Ed.t1. 340-341, 1983.