

CASOS CLINICOS

TRAUMA CARDIOPENETRANTE

Dr. Luis A. Duran Nieto, Dr. Nicolás Saavedra Rojas
Departamento de Cirugía, Hospital General
Huamantla Tlaxcala, Secretaría de Salud

RESUMEN DE CASO CLINICO

Nombre: ACV, Edad 41 años. HGH, Fecha de Ingreso: 08 Oct 03. Fecha de Egreso: 14 Oct 03 Diagnóstico de Ingreso: Herida Penetrante de Abdomen y Tórax, por instrumento punzocortante. Diagnóstico de Egreso: PO Cardiografía Ventriculo Derecho y Drenaje de Hemopericardio secundario a herida corto contundente de Tórax. P.O. de laparotomía; Síndrome Anémico; Derrame Pleural Izquierdo.

Masculino que ingresa al Hospital General de Huamantla (HGH), por presentar herida cortante en área precordial a la izquierda de la línea media. Se somete a laparotomía exploradora sin evidencia de lesión intra abdominal. Se realiza ventana pericárdica observándose hemopericardio por lo que se aborda mediante abordaje intercostal izquierdo realizando cardiografía de una lesión de casi 1.5 cm en cara anterior de VD, dejando doble sistema de drenaje a sello de agua. Se realiza traslado a la UCI del Hospital General de Tlaxcala.

Evolución clínica satisfactoria con signos vitales normales, sin detectarse problemas de conducción cardiaca, isquemia o necrosis mediante círculo torácico, el gasto por drenaje en 24 hs es de 220 cc serohemático. Las heridas sin sangrado ni evidencia de infección.

Resultado de estudios de laboratorio de control: BH: Hb. 10.9, Hto. 34.4; Leucos: 5.5, linfos: 720; Plaquetas: 287 mil. QS: Gl: 91, Cr. 0.9, BUN: 16, Ur: 34.2, Ac Ur.: 6.0. ES: Na: 143, K: 4.1, Ca: 8.1

Manejo: apoyo ventilatorio, ayuno, soluciones de requerimiento, laboratorios de control Medicamentos: Omeprazol, Dicloxacilina, Ac. Acetil salicílico, Autrin 600

Días de estancia en Hospital: 06

VER VIDEO

ALGUNAS CONSIDERACIONES BIBLIOGRAFICAS

Se conoce como Tríada de Beck a la presentación clásica de un paciente que llega al servicio de urgencias con taponamiento pericárdico agudo, Hipotensión arterial, Aumento de la PVC y Rscs velados. Aspecto sustantivo es el signo de Kussmaul que es la distensión yugular durante la inspiración. Aunque se tiene que considerar a ésta presentación clínica es la excepción.

La presentación clínica de las heridas cardíacas penetrantes, varía entre estabilidad hemodinámica completan y colapso cardiovascular agudo hasta paro cardiopulmonar.

La presentación clínica es de acuerdo a varios factores: mecanismo de la herida, tiempo transcurrido para llegar al centro de atención, extensión de la lesión, pérdida sanguínea mayor al 40%, las lesiones por PAF de alta velocidad con destrucción tisular masiva, la llegada tardía al centro de atención, la presencia de paro cardiopulmonar, la perdida de la mayor parte del volumen intravascular y taponamiento cardiaco con pocas probabilidades de supervivencia.

El taponamiento es manifestación de lesión cardíaca, el pericardio de naturaleza fibrosa resiste los incrementos repentinos o agudos de presión intrapericárdica comprimiendo el VD, de paredes delgadas, los lo tanto disminuye su capacidad para llenarse dando por resultado también disminución del llenado del VI y de la fracción de expulsión, disminución del gasto cardíaco y del volumen de contracción, hay elevación de las demandas de energía del corazón y por lo tanto de oxígeno que no se puede satisfacer dando por resultado hipoxemia y acidosis láctica.

Los métodos de valoración contemplan la ventana pericárdica subxifoidea, se contempla también que todo paciente con lesión penetrante por debajo de las clavículas, por arriba de los rebordes costales y en una posición medial en relación con las líneas medio claviculares, debe considerarse caso sospechoso de lesión cardíaca.

Ecocardiografía bidimensional, Moss y Bruhn empezaron a definir la ecocardiografía como técnica valiosa para diagnóstico de los derrames pericárdicos desde 1965. Horowitz, en 1974 empieza a definir la sensibilidad y especificidad, concluyendo que por lo menos se requieren de 50 ml de líquido en pericardio, antes de demostrar sin ninguna duda derrame pericárdico. Weiss y Miller empezaron a aplicar la ecocardiografía bidimensional en el diagnóstico de los traumatismos cardíacos cerrados, es decir contusiones miocárdicas. Choo y cols, en 1984 emplean el mismo procedimiento en lesiones cardíacas penetrantes. López y cols., concluyen que el hemopericardio con trombos o sin ellos, se puede identificar mediante ecografía bidimensional.