



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. jul-dic. 1997; 1(2):89-95

PRESENTACIÓN DE CASOS

Herida por arma blanca penetrante en ventrículo derecho. Presentación de un caso

Penetrating stab in right ventricle. Presentation of a case

Gilberto Collazo Mauri¹.

¹Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. Jefe del Servicio de Cirugía. Hospital General Docente "Comandante Pinares". San Cristobal.

RESUMEN

Se presentó un paciente de 25 años que recibió herida por arma blanca en ventrículo derecho de 3 cm de longitud, llegando al cuerpo de guardia en estado de shock, presentó una satisfactoria evolución postoperatoria. Se señala la presencia de pericarditis en el transcurso de su evolución que resolvió con tratamiento antiinflamatorio sin dejar secuelas al paciente que en estos momentos se encuentra incorporado a su trabajo habitual; luego de seis años de haber sido operado.

DeCS: HERIDA PENETRANTE, CORAZON, MIOCARDIO, PERICARDIO, PERICARDITIS.

ABSTRACT

A 25 years old patient presenting a 3 cm long stab in right ventricle was taken into emergency room. Having arrived in shock, he had a good postoperative evolution. During the evolution period, he suffered from pericarditis, which was solved with an anti-inflammatory treatment, leaving no traces on the patient. Currently, he is working at his previous job, 6 years after the surgical procedure.

DeCS: PENETRATING WOUNDS, HEART, MIOCARDIUM, PERICARDIUM, PERICARDITIS.

INTRODUCCIÓN

Cuando se hace referencia a herida en el corazón, siempre se piensa que existen escasas posibilidades de vida. Si nos remontamos a la historia de este tipo de lesión encontramos que hasta finales del siglo XIX todas las heridas penetrantes en el músculo cardíaco se consideraban mortales, ya que se planteaba por esta época que el corazón era la única de todas las vísceras que no podía tolerar lesión.¹ Fue Louis Rehn en Alemania quien por primera vez en 1896 logró salvar la vida de un paciente al suturar una herida en el ventrículo derecho, significando este un gran aporte a la cirugía cardiovascular.²

En Cuba la primera experiencia de este tipo fue realizada en el año 1907 por Bernaldo Moas al saturar una herida en el músculo cardíaco, falleciendo el paciente días después. No es hasta 1947 en que el profesor Eugenio Torroellas logra salvar la vida de un paciente que llegó al cuerpo de guardia del Hospital "Calixto García" con una herida del ventrículo izquierdo producida por un cuchillo.

Es de señalar que aún en nuestros días las heridas de pericardio y corazón, por la gravedad que entaña se acompaña de una mortalidad elevada y aunque muchos sobrevivan a la lesión, las posibilidades de muerte en algunos trabajos revisados, es mayor que la de salvar vidas.

Un estudio de 113 heridas efectuadas, que se asistieron en el hospital de la localidad de Harlem arrojó el siguiente resultado: 49 llegaron sin vida al hospital, 4 murieron cuando eran conducidos al salón de operaciones, 2 fallecieron en la

intubación endotraqueal, y de los 58 que se intervinieron otros 5 fallecieron. En resumen, 60 muertos (53%) y 53 sobrevivieron para el 47%.³

Todos los autores coinciden en que al producirse una herida en el corazón la causa de mayor número de muertos es la cantidad de sangre que se acumula en el saco pericardio, que de ser rápida y masiva origina la muerte inmediata.⁴

PRESENTACION DEL CASO

Paciente P.M.L.G

Historia Clínica: 11147

Diagnóstico: Herida en el tórax por arma blanca.

H.E.A: Paciente masculino de la raza blanca de 25 años de edad con antecedentes de salud, que llega al cuerpo de guardia en estado de shock y presentando herida en región anterior izquierda del tórax producida por arma blanca. Se valora su estado y es enviado con extrema urgencia al salón de operaciones.

Examen físico de cuerpo de guardia.

Paciente con herida de aproximadamente de 3 cm de longitud incisa y profunda en la región precordial.

Examen físico por sistemas

Sistema respiratorio: Marcada dificultad respiratoria con disminución de la movilidad y expansibilidad torácica; murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo, no estertores. FR 36 por minutos.

Sistema cardiovascular: Auscultación: Ruidos cardiacos rítmicos y algo apagados, no soplos. FC 96 por minutos, TA 70/0.

Sistema nervioso: Paciente con toma de conciencia y desorientado que no cooperó a nuestro interrogatorio.

Informe operatorio:

Descripción de la operación: previa asepsia y antisepsia con agua, jabón y alcohol después se realiza toracotomía anterior en 5to espacio intercostal izquierdo hasta llegar a cavidad torácica. Se comprueba que existe hemopericardio por lo que se decide abrir esta rápidamente para evitar el taponamiento cardiaco, existiendo herida miocárdica de aproximadamente 3 cm que penetra en la cavidad ventricular derecha en toda su extensión por la cual fluye gran cantidad de sangre. Se ocluye la herida digitalmente con el fin de yugular el sangramiento a dar puntos de polilene verde No.0 hasta saturar toda la herida (en total 5 puntos).

Se observa durante una hora y constatamos que el sangramiento había cesado totalmente por la herida.

Estando recuperado ya la T.A. del paciente decidimos el cierre parcial del pericardio con el fin de evitar el taponamiento cardiaco; limpieza y aspiración de la cavidad, procediendo después al cierre y dejando sonda torácica gruesa para el drenaje y aspiración.

Al término de la operación es trasladado a la U.C.I. donde aun continua entubado y acoplado al ventilador, se le comienza la terapéutica complementaria y se conecta al monitor apreciándose ritmo sinusal.

Evolución:

Día 25 de mayo 1990. El paciente llega a U.C.I. operado y acoplado al ventilador Engstrom 300, y como tratamiento medicamentoso se administra Fosfocina, Amicacina, Metronidazol, Dextran 40 y Vitaminoterapia, continua hidratado y se toman medidas generales. Se le realiza E.K.G. apareciendo taquicardia sinusal, supradesnivel del ST en cara diafragmatica y lateral (E.K.G.# 1).

Sus cifras tensionales son elevadas y la diuresis ha disminuido por lo que se administra Furosemida y Nitroprusiato de Sodio.

Día 26 de mayo. El paciente a la 6:00 a.m. presento sudoración profusa y sigue taquicárdico, diuresis normal y la T.A. continua algo elevada. A las 10:20 a.m. es desacoplado del ventilador, realiza respiraciones sin dificultad y está bien despierto.

Día 27 de mayo. Aunque sigue taquicárdico su estado general es bueno; la T.A. tiende a hacerse normal.

Día 28 de mayo. Se mantiene sin variaciones significativas con relación al día anterior.

Día 29 de mayo. Se realiza ultrasonido de región cardiaca apreciándose pequeño derrame pericárdico con separación de 3 mm entre ambas hojas pericárdicas. Vuelve a presentar T.A. elevada que se controla con corinfar sublingual.

Día 30 de mayo. Se encuentra mas recuperado, pero presento fiebre de 38 grados. Se toman M.A.T., se reciben resultados de cultivo de los drenajes pericárdicos y de la herida quirúrgica, los cuales son negativos al igual que el hemocultivo.

Día 31 de mayo. Se realiza ultrasonido cardiaco evolutivo donde informan que no existe derrame pericárdico.

Día 1ro de junio. Sigue evolucionando bien, la T.A. se ha normalizado, así como la taquicardia, continuando asintomático hasta el día 4 de junio que se decide el alta con tratamiento médico y seguimiento por consulta.

Consulta 10 de julio. Se siente bien, pero en ocasiones presenta palpitaciones. Lo valoramos con cardiología y se indica ecografía cardiaca.

Consulta 24 de julio. No ha vuelto a presentar palpitaciones, el resultado del ecocardiograma fue de pericarditis crónica adhesiva, función conservada, septum IV pseudoparadógico, se recomienda tratamiento con antiinflamatorio (indometacina).

Consulta 28 de agosto. Es valorado por cardiología y le realiza EKG, que informa: (Q) en cara inferior y (R) en derivaciones precordiales derechas (EKG # 2). Se indican pruebas ergométricas para determinar capacidad funcional.

Consulta 23 de noviembre. Se le realizaron las pruebas ergométricas y EKG que aportan los siguientes resultados:

Prueba ergométrica negativa en lo referente a:

-Insuficiencia coronaria aguda al esfuerzo.

-EKG: Taquicardia sinusal. Signos de necrosis posterior en fase crónica (EKG # 3).

Consulta 30 de noviembre. Fue visto por el cardiólogo quien lo autoriza a continuar su vida laboral normal sin realizar esfuerzos físicos intensos.

A los 6 años de haber sido operado el paciente se encuentra sin invalidez alguna para realizar su vida normal y el EKG realizado informa: taquicardia sinusal y signos de necrosis posterior en fase crónica (EKG # 4).

COMENTARIOS

Durante 15 años que lleva inaugurado nuestro hospital el cuerpo de guardia ha recibido un numero no precisado de heridas de corazón y solo dos pacientes han logrado salvar la vida. Como hemos podido apreciar uno de ellos llega en estado de shock y moribundo. Maynard ⁵ ha señalado que la gravedad clínica de una herida de corazón no necesariamente ha de tomarse como un indice de la lesión que presenta; Los hay moribundo con presión arterial 0/0 y pulso imperceptible que se salvan y otros que presentan estado general sin alteraciones significativas y fallecen al ser operados.

El shock por anemia aguda y taponamiento cardiaco son las causas mas frecuentes de muerte en estos pacientes, ocupando el primer lugar el taponamiento cardiaco, también es de señalar como agente agresor que las heridas por arma blanca son mas frecuentes que las heridas por armas de fuego y además son de mejor pronostico, ya que la destrucción del tejido miocárdico que provocan las armas de fuego no permiten que muchos pacientes lleguen con vida al hospital. Nuestro paciente recibió herida por arma blanca penetrante en el ventrículo derecho con una longitud de 3 cm aproximadamente.

Algunos autores plantean ^{3,6} que el comportamiento de estos pacientes es variable, ya que podemos encontrar desde los que mueren en el acto hasta otros que pueden caminar distancias para llegar al hospital y algunos que pueden resistir sin complicaciones, como registran los libros de necropsia de la ciudad de New York, donde se han descrito fragmentos de hierro, de hoja de cuchillo y de punzones, empotrados en el corazón que correspondían a lesionados que murieron meses o años después por otras causas.

Diferentes estudios muestran los resultados obtenidos por la reparación quirúrgica inmediata de estas lesiones.⁷

Levitsky ⁸ señala que la sola condición de recibir a una persona joven en la que se sospecha herida cardiaca con respiración jadeante, moribunda, sin pulso y sin T.A. es indicación precisa de una toracotomía

de urgencia, de ser posible en el cuerpo de guardia, lo que resultaría de gran utilidad, ya que disminuiría considerablemente la mortalidad inmediata de los pacientes con heridas cardiacas.

Es frecuente después de haber tenido éxito en la operación quirúrgica de este tipo de lesión la presencia de complicaciones postoperatoria, encontrándose entre ellas la sepsis, pericarditis y arritmia; aunque también se describe la insuficiencia cardiaca, trombosis mural, comunicación interventricular, aneurisma ventricular, etc.^{1,7,9,10,11}

En nuestro paciente pudimos observar pericarditis ligera en el postoperatorio inmediato, lo cual se resolvió sin grandes dificultades, obteniéndose finalmente la recuperación de forma satisfactoria y realizándose seguimiento por consulta externa de cardiología y cirugía durante 6 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Branwald E. Tratado de cardiología. V.2 T.3 Ciudad de la Habana. ed. Cient. Tec. 1981.p.1754-7.
2. Asfow IA. Arbulu. Lesiones penetrantes del pericardio y el corazón. Clin Quir. Norteamérica 1978. Febrero 3.
3. Rodríguez L, Fernández J, Guevara González LA. Herida de pericardio y corazón. Características y mortalidad en operados. Rev Cub Cir 1982;21:5.
4. Martin W. Pericardial taponade: Newer dynamic concepts. Ann Surg. 1960; 99:782.
5. Maynard A de L. Penetrating wounds of the heart a report of 81 cases. Surg Ginecol Obstet. 1976.p.94-605.
6. Davidson J. Prolongue activity and movement after penetrating stab wounds of the heart. Br Med J. 1952; 1:210.
7. Ballejo Witonska R, Álvarez P, Delgado Hernández M. Herida con arma blanca en ventrículo izquierdo. Rev Cub Cir 1980; 19(2):129 -38.
8. Levitsky S. Nuevos conceptos en el tratamiento de traumatismos cardiacos. Clin Quir de Norteamerica 1975 febrero; 43:
9. Demetriades D. Penetrating Injuries of the heart: Experience over two years in South Africa J trauma 1983; 23:1034.
10. Del Rio Alvarez J. Heridas por arma blanca penetrantes en ventrículo izquierdo. A propósito de un caso. Rev Cub Cir 1990; 29(1):164 -72.
11. Roque EO, Rodriguez I, Pereira JL. Heridas múltiples de corazón. Present ación de un caso. Rev Cub Med Militar 1991; 20(1):68 -71.

Recibido: 31 de enero de 1997.

Aprobado: 3 de julio de 1997.

Dr. Gilberto Collazo Mauri: Edificio 5, Apart. B5, Reparto Noel Camaño. San Cristobal.