

Trabajo de la Clínica del Prof. Abel Chifflet

## TAPONAMIENTO Y PARO CARDIACO POR HEMOPERICARDIO TRAUMATICO (\*)

Dr. Raúl Praderi y Br. Carlos Chifflet

Hemos creído oportuno traer aquí la historia clínica de este enfermo en el cual el taponamiento cardíaco como lesión prácticamente única determinó un paro en adiestrofia.

HISTORIA Nº 70714, Hosp. de Clínicas. — J. A. V. de 21 años, sin antecedentes patológicos importantes que ingresa el 13/4/958 una hora después de haber recibido una puñalada en base de hemitórax izquierdo.

En el examen practicado al llegar presentaba una herida penetrante de arma blanca en el 6º espacio intercostal izquierdo línea mamilar.

Muy obnubilado, no se puede tomar la presión; pulso femoral chico, taicárdico; cianosis, polipnea; ingurgitación yugular y de ambas venas cefálicas.

Se traslada inmediatamente a la sala de operaciones. Impresiona como una anemia aguda grave con posible taponamiento cardíaco. De acuerdo con ello se comprueba una importante macidez en el área cardíaca con latidos muy débiles. Entra en coma.

Diez minutos después del ingreso al Hospital el anestesista (C. Chifflet) lo intuba y comienza a oxigenarlo.

Se establece la venocllisis por descubierta con sangre y suero.

Los latidos cardíacos y pulso periférico desaparecen y se instala rápidamente una midriasis.

Hecho el diagnóstico de paro cardíaco por el anestesista nos vemos obligados a intervenirlo sin tiempo de lavarnos ni vestirnos.

**Operación: Dr. R. Praderi, Pte. Borovich y Pte. Senra.** — Toracotomía intercostal 6º espacio izquierdo prolongada por sección del cartílago en el reborde. Hemotórax. Pericardio enorme tenso y sin latidos.

No disponiendo aún de separador de Finochietto practicamos casi a ciegas una pericardiotomía vertical con bisturí por delante del frénico.

Viene una olada de sangre y coágulos. Se amplía el orificio intro-

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa el día 6 de agosto de 1958.

duciendo la mano izquierda. El corazón quieto después de un breve masaje, empieza a latir y adquiere pronto un ritmo regular. En seguida el paciente mejora espectacularmente, desaparece la hipertensión venosa, se recolora y se hace perceptible el pulso periférico.

Una exploración provisoria no muestra herida importante de miocardio, ni grueso vaso parietal sangrante.

Al cortar el reborde costal y el diafragma herí la superficie del lóbulo izquierdo del hígado.

Mientras el paciente se recupera, se completa la desinfección, nos vestimos y aislamos el campo operatorio.

Se amplía la toracotomía, colocando un separador, luego se hace

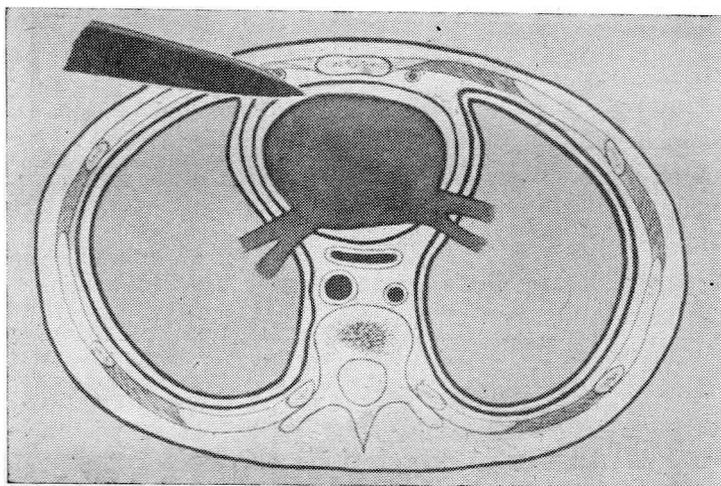


FIG. 1. — En este esquema se representa el posible trayecto del arma.

hemostasis en la herida de hígado y se completa la pericardiotomía hacia arriba colocando 3 riendas de cada lado. Pudimos así explorar cuidadosamente el corazón que quedaba bien expuesto y no encontramos ninguna herida.

Se evacua un pequeño hematoma prepericárdico, haciendo también hemostasis de los vasos parietales a ese nivel.

Descartada la presencia de otras lesiones toracoabdominales, se hace lavado profuso de las serosas expuestas colocando luego antibióticos.

Se deja el pericardio abierto.

Drenaje pleural bajo agua, cigarrillo en hipocondrio izquierdo. Cierre de la toracofrenolaparotomía.

**Evolución:** Al salir de la anestesia recuperó totalmente la lucidez. Evolución ulterior satisfactoria, buena diuresis, no hubo secuelas neurológicas.

Se retiró el drenaje pleural al 3er. día.

En las placas de tórax se vio velo pleural de base y aumento de la sombra pericárdica. La herida operatoria cerró bien, sin infectarse.

El estudio cardiológico hecho por el Dr. E. Yannicelli confirmó la no existencia de herida miocárdica.

En los electrocardiogramas se observó elevación de los segmentos S. T. revelando injuria subpericárdica debida al manoseo y hemo-pericardio.

Fue dado de alta en buenas condiciones a los 15 días de la operación.

Radiografías y electrocardiogramas ulteriores mostraron la mejoría con desaparición de los elementos de injuria.

Actualmente está recuperado por completo.

### COMENTARIO

El interés del caso radica en la curiosa herida que respetó al corazón llegando a producir una sangría de los vasos pre-pericárdicos en esta serosa. La presión sistólica de la arteria herida (mamaria interna) llenó la cavidad pericárdica aprovechando las variaciones de tensión en su interior por la revolución cardíaca.

El paro del corazón se produjo por la adiestolía consecutiva a la compresión de sus paredes.

Y también como destaca Larghero (1) por la alteración de la circulación coronariana, la cual se hace preferentemente en la diástole.

También con motivo de este caso queremos recalcar un hecho de interés práctico.

Si este paciente hubiese llegado a nuestras manos un rato antes, tal vez en mejores condiciones, es posible que se hubiera curado con una pericardiocentesis.

Creemos que la punción tiene su indicación en ciertas condiciones, sin significar esto que nos embarquemos en el criterio abstencionista sobre el tratamiento de estas heridas.

Si bien Bermúdez (2) ha analizado con detalle el problema existen publicaciones de Blalock y Elkin, (3, 4) con resultados halagadores en heridas mínimas con taponamiento, curadas por evacuación del derrame hemático.

En un reciente trabajo experimental Seror y Azoulay (5) estudian detalladamente el asunto destacando los tres inconvenientes del abstencionismo: hemorragia secundaria, aneurisma cardíaco tardío y pericarditis constrictiva.

Por eso como aconsejan Elkin, Griswold y otros autores (6 y 7) un paciente con una posible herida cardiopericárdica se debe colocar en la sala de operaciones con buena oxigenación y transfusión y allí completar el examen.

Se puede confirmar el diagnóstico de herida cardíaca y taponamiento, con la toma de la presión venosa y si se quiere con el electrocardiograma (cuando el estado del paciente permita esta demora).

Si es así, se punciona el pericardio. Este se puede hacer sin tocar el ventrículo conectando a la aguja la derivación precordial del electrocardiógrafo que acusa una elevación del segmento ST al rozarlo. Lo hemos hecho puncionando pericarditis en Sala de Medicina y es fácil de apreciar.

De esta manera inocua, puede mejorar el paciente y quedar en mejores condiciones para ser operado.

En el caso de que no se reproduzca el derrame, es posible que sea innecesaria la operación. Como tal vez hubiera sucedido en nuestro enfermo.

## SUMARIO

1) Se relata un caso de taponamiento y paro cardíaco sin herida de miocardio tratada quirúrgicamente.

2) Se destacan las ventajas de decomprimir el corazón evacuando por punción el hemopericardio antes de la intervención.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) LARGHERO, P. — En discusión de GRILLE, V. Herida de bala del corazón. Bol. Soc. Cirug. Urug. 28:5, 1957.
- 2) BERMUDEZ, O. — Heridas cardiopericárdicas. Bol. Soc. Cirug. Urug. 27:654, 1956.
- 3) ELKIN, D. C., CAMPBELL, M. D. — Cardiac Tamponade. An. of Surg. 133:623, 1951.
- 4) BLALOCK, A., RAVITCH, M. M. — Non operative treatment of cardiac tamponade. Surgery 14:157, 1943.
- 5) SEROR, J., AZOVLAY, CL. — Plaies du coeur experimentales. Lyon Chirurgical, 53:497, 1957.
- 6) ELKIN, D. C. — Wounds of the Heart. An. of Surg. 120:817, 1944.
- 7) GRISWOLD, R. A., DRYE, J. C. — Wounds of The Heart. An. Of. Surg. 139:922, 1954.