

Ministerio de Salud Pública — Cirugía de Urgencia — Hospital Pasteur

HERIDA CARDIOPERICARDICA (*)

Dres. Walter Suiffet y Luis A. Gregorio

En el año 1957 (1) tuvimos la oportunidad de presentar a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, dos observaciones de heridas cardio pericárdicas y con ese propósito hicimos consideraciones generales de fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.

Relataremos una nueva observación recogida en nuestro turno de cirugía de guardia del hospital Pasteur:

R. O. 31 años, oriental. oviembre 5 de 1957.

Ingresa al hospital Pasteur a la hora 19 y 30. Hace media hora recibe una herida de arma blanca en el tórax izquierdo. Se ignoran circunstancias.

Examen: Estado general grave. Intensa palidez de piel y mucosas. Sudoración profusa. Pulso incontable. No se puede tomar la presión arterial. Herida al nivel del octavo espacio intercostal sobre la línea axilar del hemitórax izquierdo. Traumatopnea. Matidez del hemitórax izquierdo. No hay aumento de área precordial. Auscultación cardíaca: tonos apagados. Taquicardia marcada. No hay ingurjitación yugular. Abdómen: sin particularidades. Diagnóstico: Herida penetrante de hemitórax izquierdo. Anemia aguda. Probable herida de pulmón izquierdo.

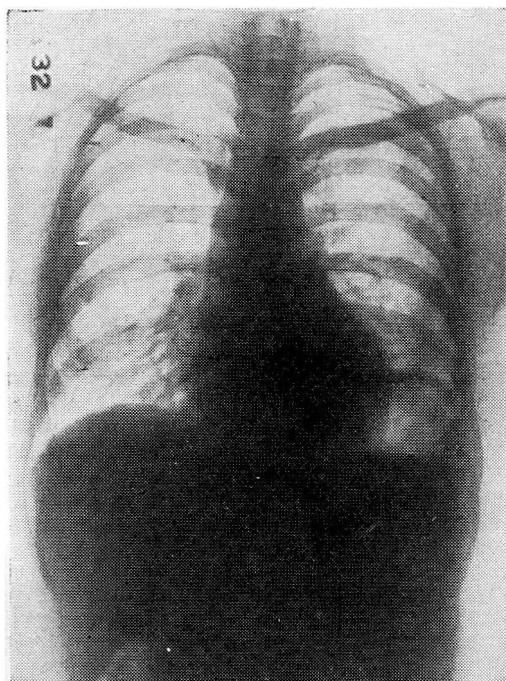
Intervención: Dr. Suiffet, Dr. Gregorio. Ptes. Elena y Hagupian. Anestesia: Dr. Garaza. Transfusión sanguínea inmediata. Toracotomía intercostal. Se abre el octavo espacio intercostal. Se comprueba **hemotórax abundante**. Herida de diafragma izquierdo. Se realiza laparatomía completando la incisión en tóraco frenoloparotomía. Herida de pericardio por donde sale sangre roja en forma de chorro. Se abre el pericardio por delante del frénico. **Hemopericardio. Herida de corazón**, ventrículo izquierdo de 1 cm. $\frac{1}{2}$ de longitud junto al apex cardíaco. Herida penetrante; sale un chorro de sangre en cada sístole. Se comprime digitalmente la herida. Se evacúa el hemitórax y el hemopericardio. Se transfunde a presión y luego se cierra la herida cardíaca con tres puntos de hilo de lino. Hemostasis. Cierre parcial del pericardio. Reexpansión pul-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 12 de noviembre de 1958.

monar. Pulmón sano. La exploración abdominal es negativa. Drenado del tórax. Cierre del diafragma. Cierre de la toracolaparotomía. Se transfundieron en total 2 litros 500 cc. de sangre. Termina la intervención con P. A. $13/8$. Pulso 100.

Post operatorio: Inmediato: excelente. Se recupera sin dificultades. A las 24 horas. Roces pericárdicos. Se aspiran 200 cc. de líquido sero-hemático de la pleura.

Radiografía de tórax: Pulmón reexpandido. Silueta cardíaca aumentada (fig. 1). A las 48 horas: se retira drenaje pleural. Sigue bien. Soplo



mesocardiaco rudo, audible en los dos tiempos del ciclo cardíaco. La evolución sigue favorable y es dado de alta a los diez días de operado.

Evolución electrocardiográfica: Electrocardiograma a las 24, 48 horas y a los seis días. Elevación del segmento S. T. en D. y D 2 y en precordiales de la izquierda, que disminuyen tendiendo a normalizarse en el último trazado. Estos signos y la rápida evolución son características de las pericarditis. (Dr. R. Scarsi).

Consideraciones: Hacemos resaltar en esta nueva observación los siguientes hechos: 1) Herida lateral de hemitórax izquierdo, con penetración en el octavo espacio, línea axilar anterior; 2) Herida cardio-pericárdica, con herida penetrante de ventrículo izquierdo; 3) Pericardio

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

abierto. Hemopericardio discreto; 4) Enorme hemotórax izquierdo apreciado groseramente en una cifra cercana a los 2 litros; 5) Ausencia de lesiones pulmonares y abdominales; 6) Recuperación post-operatoria inmediata; 7) Evolución posterior favorable, con discreta pericarditis; 8) Alta a los 10 días de operado.

BIBLIOGRAFIA

- 1) SUIFFET, W., PERDOMO, R. y VITAR, M. — Heridas Cardiopericárdicas. Bol. Soc. Cir. Urug. XXVIII - 1957, 408.