

Heridas de corazón *

Experiencia personal

Dr. LUIS A. GREGORIO **

Presentamos nuestra experiencia en heridas cardiopericárdicas obtenida en el tratamiento de siete emergencias por lesiones de este tipo de enfermos llegados a los Servicios de Puerta de los hospitales Pasteur y de Clínicas.

No por repetida, la expresión de que estas graves lesiones determinan una situación dramática en los Servicios de Emergencia, ella deja de tener plena vigencia. Efectivamente, la práctica de urgencia diaria demuestra que pocos pacientes provocan situaciones más angustiosas al equipo de guardia que éstos. Larghero Ybarz y Otero (9) por un lado, y Suiffet, Perdomo y Vitar (20) por otro, afirman no obstante, que cuando un enfermo portador de una herida cardiopericárdica llega vivo al Servicio de Puerta, sus chances de salvar el trance son grandes, a condición de que se cumplan ciertas exigencias mínimas, tales como conocimiento del equipo de guardia con capacidad para hacer el diagnóstico positivo o presuntivo de la lesión, así como poniendo sin apresuramientos desmedidos al servicio del enfermo rápida y decididamente todos los recursos de que debe estar provisto un Servicio de Urgencia. Nuestra modesta experiencia no hace sino confirmar las precedentes aseveraciones. Y aún agregamos, que más vale el concepto de responsabilidad y el inquebrantable propósito de devolver la vida a un enfermo agónico, que el mejor equipamiento hospitalario. Tal es la conclusión que cabe si se tiene en cuenta que Da Rosa, Fassio y Hernández (7) pudieron salvar la vida a un enfermo en situación gravísima con una herida transfixiante de corazón en un

hospital del Interior de la República y que Nieto (12) en 1910, sin los recursos actuales de las técnicas modernas, ni provisto de anesthesiólogo ni transfusionista, ya había operado a dos heridos con esta afección devolviéndole la vida a uno de ellos. Múltiples cirujanos de urgencias de nuestros hospitales han tenido oportunidad de tener que afrontar esta grave situación, tales como Albo (1), Pérez Fontana (15), Miqueo Narancio (11), Prat (16), Rubio (19), Mérola, Nin y Silva (13), Bermúdez (4), Otero (14), Bosch del Marco (6), Suiffet y Gregorio (21).

Poco tiempo antes de morir, Larghero había iniciado un trabajo de gran aliento tratando de reunir toda la experiencia nacional en este tipo de heridas. Con él afirmamos que el diagnóstico positivo o de sospecha y la conducta a seguir debe basarse en los siguientes aspectos:

1º) Cuando un cirujano con bastante experiencia hace un examen exhaustivo en la Puerta de los hospitales y efectúa un balance lesional completo y responsable, está en el buen camino para hacer el diagnóstico.

2º) Seguramente sus posibilidades serán mejores en enfermos de suma gravedad si prescinde de rayos X y E.C.G., generalmente innecesarios y a menudo causantes de muerte por la pérdida de tiempo y la movilización del enfermo que suponen sus realizaciones. La contraindicación puede no contar para enfermos sin síndrome de taponamiento cardíaco y para aquellos no shokados. Se deberá tener presente siempre la famosa tríada de Beck (3).

3º) Sin embargo, no debe olvidarse que una herida cardiopericárdica compen-

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de agosto de 1967.

** Docente Adscrito de la Facultad de Medicina, Cirujano de Guardia del Pasteur y del Clínicas.

sada al ingreso puede entrar en descompensación súbita y determinar la muerte fulminante.

4º) Temerle siempre al taponamiento cardíaco, que pudiendo ser salvador en algunas circunstancias como en el caso más dramático de nuestra serie, puede matar aun más a menudo que la propia hemorragia. La punción en el espacio de Larrey para evacuar el hemopericardio a tensión es una maniobra a tener siempre presente porque ella puede salvar la vida del paciente y posibilitar después la intervención quirúrgica.

5º) La reposición de masa líquida, ya sea sangre, plasma o sueros, es imperativa frente a un cuadro clínico caracterizado por la gran hemorragia. Mientras se realiza una descubierta, puede ser medida salvadora el vendaje de los miembros desde la zona distal a la proximal.

6º) Una herida cardiopericárdica, como ya fue dicho, puede ser bien tolerada; nunca se sabe cuando puede aparecer la descompensación. El estudio radiológico contraindicado anteriormente puede ser útil en el diagnóstico en ciertas circunstancias, sobre todo si se le repite para comparar la sombra cardíaca y sus contracciones. La presencia de un neumopericardio como en el caso de Rosa y Cardeza (18) o de un hemoneumopericardio como en uno nuestro, hacen el diagnóstico indiscutido.

7º) Abierto el tórax, con o sin resección de costilla, según la premura de la situación y la edad del enfermo, deberá procurarse la mejor exposición [Bigger (5)] mediante el uso del separador de Finocchio.

8º) La brecha pericárdica siempre debe ser ampliada para evacuar fácil y rápidamente los coágulos y la sangre. Descubierta la lesión cardíaca, si ella es penetrante deberá utilizarse la maniobra digital de Elkin (8) para efectuar la hemostasis inicial. Resuelto el problema de la compresión cardíaca y cohibida la hemorragia, será el momento de pensar lo que se va a hacer, sin apresuramientos, para manejarse de la forma más segura y aprovechando entonces para reponer gran parte de la masa líquida perdida.

9º) Será una conducta previsoramente no suturar el pericardio o suturarlo par-

cialmente, así como reparar las lesiones asociadas y drenar adecuadamente la pleura.

10º) Cumplidas las citadas orientaciones, el cirujano deberá sustituir el equipo quirúrgico por un equipo asesor, en el que estarán presentes el cardiólogo, el neumólogo, el hemoterapeuta y el radiólogo.

CASUÍSTICA

L. G., hombre, 28 años. Historia N° 24.372. Ingresó el 1º-IX-1966 con dos heridas torácicas recibidas en un incidente, provocadas con un cuchillo de hoja de quince centímetros. Fue transportado por la Policía Caminera y llegó al hospital una hora después de la agresión. Relativamente compensado. Pálido, disneico, pulso 110, presión arterial de 9 y 6. Traumatopnea. Dos heridas de hemitórax derecho; una a nivel del 4º espacio a 2 ½ cm. del borde esternal con bisel hacia adentro; otra a nivel del 6º espacio sobre línea axilar anterior. A la hora del ingreso entra en colapso progresivo y rápido, no obstante lo cual conserva buen relleno venoso con discreta ingurgitación yugular, por lo que se piensa que probablemente tenga una herida de corazón conjuntamente con la herida de pulmón. Se hace descubierta y se administra sangre a presión, 3.000 cm³.

Operación. A las dos horas y media de las heridas. Dres. Gregorio, e Irazoqui, Ptes. Sabat y Zuckerman, bajo vigilancia médica del médico interno Dr. Etoena. Anestesia, Dr. Garza. Toracotomía sobre 7ª costilla, que se reseca (estaba fracturada en dos partes por el golpe del cuchillo). Se comprueba herida de diafragma, herida de lóbulo medio de pulmón, de pericardio y de orejuela derecha. Había importante hemopericardio, pero sin gran tensión. Hemoneumotórax. Procedimiento: apertura amplia del pericardio con evacuación de sangre y coágulos. Sutura de la orejuela con dos puntos en U utilizando la grasa que la rodea. Hilo de lino. Sutura de pulmón. Ampliación de la brecha diafragmática y exploración de hígado, negativa. Sutura de diafragma. Se deja pericardio abierto, drenaje pleural en Y. Presión arterial al término de la operación, 13 ½-8. Sangre durante la operación, 1.500 cm. E.C.G. (Dr. Scarsi). Ritmo sinusal de 100 p.m. seg. S.T. ligeramente elevado en V₁, V₂, V₅, V₆, que muestra sufrimiento subepicárdico por probable reacción pericárdica. Alta al 10º día totalmente recuperado. E.C.G. prácticamente normal.

R. O., hombre, 31 años. Sala 11. Ingresó el 5-II-1957. Hace media hora recibe una herida de arma blanca en el hemitórax izquierdo. Se ignoran las circunstancias. Enfermo muy grave; intensa palidez de piel y mucosas, sudoración profusa. Pulso incontable, presión arterial imposible de tomar. Herida a nivel del 8º espacio intercostal izquierdo a nivel de línea axilar anterior. Traumatopnea.

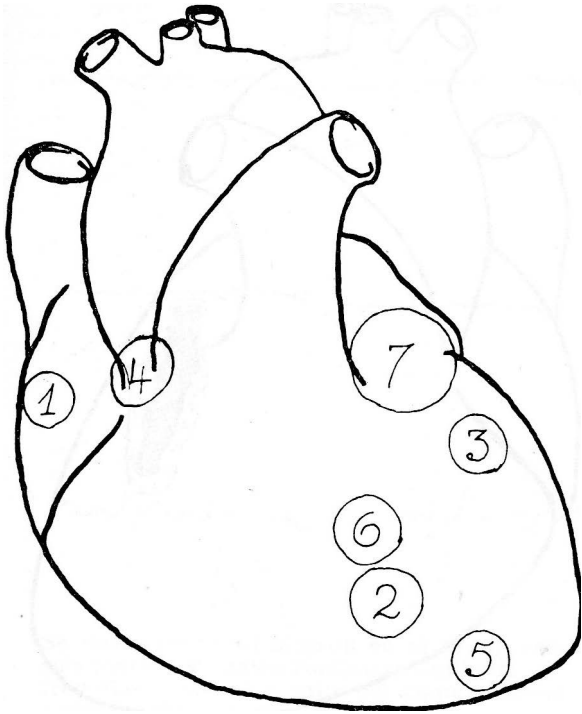


FIG. 1.—Localización de las heridas de nuestra serie.

Matidez del hemitórax en posición de cúbito dorsal, sobre zona lateral. No hay aumento del área precordial. Tonos apagados. El examen fue realizado en sala de operaciones. El equipo quirúrgico iba a operar en ese momento una úlcera perforada en la Sala vecina; abandonó a este enfermo para hacer una descubierta inmediata al herido y pasar sangre a chorro.

Operación. Dres. Suiffet y Gregorio, Ptes. Elena y Hagopian. Anestesia, Dr. Garazza. Toracotomía intercostal sin resección de costilla a nivel de 8º espacio. Gran hemotórax. Herida de diafragma que se amplía para explorar. Herida de pericardio por donde sale sangre roja en forma de chorro, sin presión. Se abre el mismo por delante del nervio frénico. Herida de corazón de 1 ½ cm. cerca de la punta, en pleno ventrículo izquierdo. En cada sístole salta un chorro de sangre roja. Se comprime digitalmente la herida del miocardio. Se evacúa la pleura y el pericardio de sangre y se acelera la transfusión. En ese momento se incorpora el Dr. Suiffet al equipo y se procede a suturar con tres puntos de lino la herida del ventrículo. Cierre parcial del pericardio. Drenaje en Y de la pleura. Cierre por planos. E.C.G. Elevación de segmento S.T. en D₁ y D₂. Signos de pericarditis (Dr. Scarsi). Alta al 10º día en buenas condiciones, con mejoría evidente en el trazado electrocardiográfico.

G. G., hombre, 42 años Historia Nº 18.123. Sala 11. Ingresó el 1º-I-1958 por herida de arma blanca en el hemitórax izquierdo. No sabe precisar ni los caracteres del arma ni las

circunstancias de la agresión, que se produjo media hora antes. Examen: lúcido, pálido, sudoroso, pulso de 120, fino. Presión arterial de 9 y 6. Tonos muy apagados. No hay síndrome de taponamiento cardíaco. Diagnóstico clínico: herida de pulmón.

Operación. A la hora de llegar al hospital. Dres. Gregorio y Etchevarría, Ptes. Elena y Hagopian. Anestesia, Dr. Garazza. Toracotomía sobre 5ª costilla, que se reseca, en zona anterolateral. Se comprueba herida de pulmón en la base del lóbulo de la lingula. Herida de pericardio, hemopericardio. Herida de ventrículo izquierdo cara lateral. Procedimiento: evacuación del hemopericardio. No se suturó ventrículo. Evacuación del hemotórax. Sutura de pulmón, drenaje pleural en Y. No fue posible hacer estudio de E.C.G. Alta al 9º día en buenas condiciones.

A. F., hombre, 18 años. Historia Nº 17.185. Ingresó el 1º-IX-1959, por haber recibido en Míguez (80 kms. de Montevideo) una herida de arma blanca en región precordial. Se trataba de una cuchilla de hoja ancha que se usa en la faena frigorífica. Fue trasladado de inmediato (hora y media de viaje). Examen: lúcido, sudoroso, polipnea de 60 p.m. No hay ingurgitación yugular. Pulso 110. Presión arterial de 11 y 7. Herida a nivel del 3º espacio, junto al esternón, de tres centímetros. Traumatopnea. Enfisema subcutáneo. Hipersonoridad en todo el hemitórax anterior y lateral. Apagamiento de tonos. Rayos X: hemoneumotórax y hemoneumopericardio (Dr. Arias). Diagnóstico: herida de corazón y de pulmón.

Operación. Cuarenta y cinco minutos después de llegar al Hospital. Dr. Gregorio, Pte. Bonilla y dos practicantes externos. Anestesia, Br. Rivas. Toracotomía en 5ª espacio sin resección de costilla. Evacuación del hemotórax y del hemopericardio. En éste había grandes coágulos como bifos de hígado de 1 a 1 ½ cm. de espesor. Al abrir el pericardio los latidos eran del orden de los 140; retirados los coágulos pasaron a 90 frecuencias por minuto. Ampliación de la brecha pericárdica hacia abajo. Sangraban los vasos del pericardio herido. Hemostasis. El ventrículo izquierdo y la aorta presentaban una herida lineal superficial, que para ésta sólo alcanzaba a la adventicia. Se dispuso no tocarlos. No se suturó pericardio. Sutura de pulmón. Drenaje pleural en Y. Sangre intraoperatoria: 1.500 c.c. Al 3º día se retira el tubo de drenaje. E.C.G. normal. Alta en buenas condiciones al 15º día.

A. P. de A., mujer, 36 años. Sala 18. Ingresó el 28-I-1957. Herida de bala toracoabdominal. No se conoce el calibre del arma. Agredida desde 5 a 6 metros, 40 minutos antes del ingreso. Examen: herida a nivel del 7º espacio sobre la línea vertical del pezón. Orificio de salida en la región lumbar derecha. Sudorosa. Pulso 140. Presión arterial de 8 y 5. Shockada. No síndrome de taponamiento cardíaco. Diagnóstico clínico: herida toracoabdominal. No se hizo radiografía. Descubierta: transfusión de sangre rápida.

Operación. Inmediata. Dres. Gregorio y Etcheverría, practicantes interno y externo. Anestesia, Dr. Garazza. Toracofrenolaparotomía. Hemopericardio. Herida pericárdica junto a la punta del corazón, que también está desflecada y atricionada superficialmente. Se amplía la brecha pericárdica y se evacúan los coágulos y sangre. Hemostasis de vasos pericárdicos. Sutura de pulmón, hígado y diafragma. Drenaje pleural en Y. Sangre intraoperatoria: 2.000 c.c. No fue posible encontrar los estudios electrocardiográficos realizados. Alta en buenas condiciones al 15º día.

O. O. D., hombre, 34 años. Hospital de Clínicas. Historia Nº 192.802. Ingresó el 17-IX-1963 por herida penetrante de arma blanca en base del hemitórax izquierdo, procedente de la localidad de Las Piedras, una hora después de la agresión. Examen: shockado, muy anemizado. Enfisema subcutáneo. Descubierta: administración de sangre rápida.

Operación. Inmediata. Dr. Gregorio, Ptes. Brandner y Laborde. Instrumentista. Anestesia, Dras. Guerra y Wornicow. Incisión anterolateral en 8º espacio. Hemotórax de 750 c.c. Herida transversal del pericardio. Herida transversal del ventrículo izquierdo de 2 ½ cm., no penetrante, de 6 mm. de profundidad. Hemopericardio importante. Evacuación del mismo. Sutura del miocardio con tres puntos de lino. Pericardio abierto. Sutura de pulmón. Drenaje pleural en Y. E.C.G.: trazado anormal. Ritmo sinusal de 90 p.m. Posición eje eléctrico vertical. Traslación a izquierda de zona de transición de QRS (¿cardiomegalia?). Anormalidad en la repolarización ventricular, tipo de sufrimiento epicárdico difuso. Alta en buenas condiciones al 8º día.

R. C. G., hombre, 56 años. Hospital de Clínicas. Historia Nº 198.554. Ingreso el 14-I-1964, 20 minutos después de herirse (en intento de autoeliminación) con una pistola calibre 22, estando sentado en un banco junto al monumento a La Diligencia. Trasladado al hospital urgentemente llegó en estado de coma, con gran shok, sin pulso ni presión. Presentaba tres heridas de bala: dos en el tórax (lado izquierdo) y otra en la región parietal derecha, sin orificio de salida. Se comprobó ingurgitación de las venas de los miembros superiores y de las yugulares. Hemiplejía a izquierda. Diagnóstico clínico: herida de corazón, herida craneoencefálica. Descubierta: sangre a chorro.

Operación. Inmediata. Dr. Gregorio, Ptes. Morón y Davidenko. Instrumentista. Anestesia, Dra. López y Dr. Bengochea. Toracotomía a nivel de 5º espacio izquierdo, sin resección de costilla. Hemotórax de alrededor de 3 litros. Hemopericardio a tensión. Gran herida desgarrante y penetrante de ventrículo y de la aurícula izquierdos. Sutura de ambos con puntos de lino realizados sobre una lonja de pericardio, de unos 6 cm. de largo por 2 de ancho. Quedó un trozo de aguja quebrada en pleno miocardio. Sutura de pulmón. Pericardio ampliamente abierto. Drenaje pleural en Y.



FIG. 2.—Croquis de la herida auriculoventricular del enfermo R. C. G.

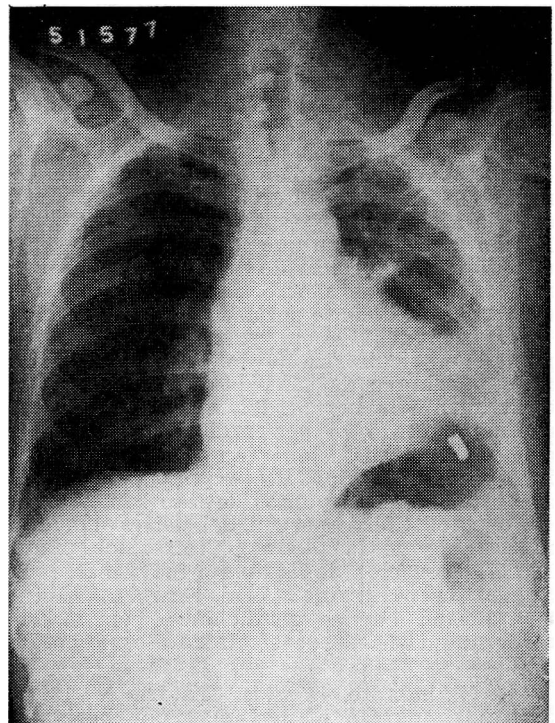


FIG. 3.—Radiografía de tórax de R. C. G. el día del alta.

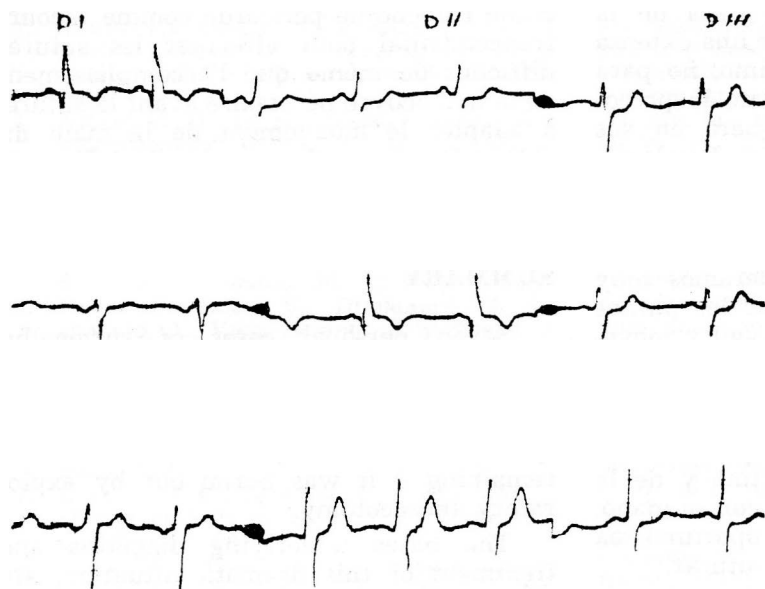


FIG. 4.— Estudio electrocardiográfico del mismo enfermo en la actualidad.

Se retira proyectil alojado en el tejido celular subcutáneo de región escapular izquierda. A los tres días comenzó a salir del coma e inició la regresión de la hemiplejía, en tanto presentaba graves signos de insuficiencia cardíaca izquierda, que fue tratada por cardiólogo con tónicos cardíacos y oxigenoterapia. Recuperación progresiva. Se levanta a la semana con hemiparesia izquierda. En el momento actual se encuentra perfectamente bien, sin ninguna secuela clínica ni electroencefalográfica. El E.C.G. actual informa: alteraciones en la repolarización ventricular. Signos de isquemia coronaria lateral alta del ventrículo izquierdo por presencia de T negativas y simétricas en D₁ y AVL. Q ensanchada, que plantea secuelas de la agresión miocárdica. Ritmo sinusal de 70 p.m. Eje eléctrico no desviado. Posición eléctrica intermedia. Conducción auriculoventricular normal. P_{Ro}, 16. Hipertrofia ventricular izquierda. Este enfermo fue dado de alta a los 22 días de su ingreso.

RESULTADOS

Como se ve, los siete enfermos tratados con estas heridas, en una extensa gama que va desde lesiones mínimas por lo superficiales hasta las heridas penetrantes e incluso destructivas de una parte del músculo cardíaco, evolucionaron satisfactoriamente.

Seis de nuestros pacientes eran hombres de edad variable, entre 18 y 56 años, con un franco predominio en la cuarta década de la vida. Dos fueron heridos de bala y los cinco restantes de arma blanca. Dos de las heridas eran penetrantes en las ca-

vidades cardíacas; en el caso compartido con Suiffet lo era en las vecindades de la punta del ventrículo izquierdo, en tanto en el otro la penetración se había hecho en ventrículo y aurícula izquierdos, con grave atrición de las paredes vecinas. En la única mujer con este tipo de lesión de nuestra serie, la herida alcanzó al corazón en la zona de pared más gruesa, es decir la punta, razón por la que el desgarró y atrición de miocardio provocado por la bala no llegaron a tener entidad mayor. La herida de adventicia aórtica y capa superficial de ventrículo izquierdo, así como el de la herida lateral del ventrículo izquierdo no requirieron suturas dado la superficialidad de las lesiones. Distinta fue la situación de la importante herida del ventrículo izquierdo, que sin llegar a la penetración obligó a la sutura. Lo mismo cabe decir del enfermo con sección parcial de la orejuela derecha.

Únicamente en dos de nuestros siete casos se practicó estudio radiográfico previo y en uno de ellos sirvió para hacer el diagnóstico de herida pericárdica por lo menos.

En cada uno de los enfermos de nuestra serie se cumplió en parte o con todas las orientaciones antes citadas y en dos de ellas nos valimos de maniobras suplementarias que resultaron por lo menos en uno de los casos la razón del éxito alcanzado.

Nos referimos al uso de la grasa de la orejuela en el primer caso y de una extensa lonja de pericardio en el último, no para afirmar los puntos de lino como lo preconizara nuestro maestro Larghero en sus experiencias en el Instituto de Patología, sino para efectuarlos a través de la misma lonja pericárdica, único mecanismo que encontramos para realizar la sutura.

Una maniobra que consideramos muy provechosa para poder realizar los puntos en el músculo cardíaco, tan frágil y movidizo, mucho más aun en estas circunstancias, cuando multiplica su frecuencia para subsidiar el déficit de masa líquida circulante, es antes de dar el punto, la adopción por parte del cirujano del ritmo y de la frecuencia cardíacos repetidos con su mano, para que en el momento más oportuno sea más fácil y segura la presa a suturar.

RESUMEN

Se presentan siete casos personales de heridas de corazón tratadas quirúrgicamente. En dos de ellas el diagnóstico clínico de heridas cardiopericárdicas fue seguro; en una tercera fue sospechada, en tanto que en las cuatro restantes resultó un hallazgo al efectuar la toracotomía exploradora correspondiente.

Se describen las orientaciones para llegar al diagnóstico y tratamiento de esta dramática situación. Se aconseja el uso de una lonja de pericardio, como recurso de gran trascendencia para efectuar suturas difíciles, así como el cumplimiento de la maniobra necesaria previa a la sutura, a adaptar el movimiento de la mano del cirujano al ritmo y la frecuencia del miocardio.

RÉSUMÉ

On présente sept cas personnels de blessures du coeur traitées chirurgicalement. Dans deux de ceux-ci le diagnostic clinique de blessures cardio-pariétales fut certain; dans un troisième il fut douteux, d'autant que dans les quatre cas restants il fut reconnu après avoir procédé à la thoracotomie exploratrice correspondante.

On décrit les orientations pour obtenir le diagnostic et le traitement de cette dramatique situation. On conseille l'emploi

d'une tranche de péricarde comme recours transcendantal pour effectuer les sutures difficiles de même que l'accomplissement de la manoeuvre nécessaire avant la suture, à adapter le mouvement de la main du chirurgien au rythme et à la fréquence du myocarde.

SUMMARY

Seven personal cases of surgically-treated heart wounds, are reported upon. In two of them the clinical diagnosis of cardio-pericardiac wound was ascertained; in one, it was suspected while in the remaining 4 it was borne out by exploratory thoracotomy.

The bases underlying diagnosis and treatment of this dramatic situation, are dealt with. The author advocates the use of a pericardium strip as a major contribution in the case of difficult sutures as well as the performance of the maneuver required prior to the suture and the adjustment of the movement of the surgeon's hand to the myocardial rate.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBO, M. Discusión. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 1921.
2. BALLESTRINO, E. Contribución al conocimiento electrocardiográfico en las heridas penetrantes de corazón. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 24: 156-167, 1953.
3. BECK, C. S. Wounds of the Heart. *Arch. Surg.*, 13: 205, 1926.
4. BERMÚDEZ, O. Heridas cardiopericárdicas. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 27: 654-664, 1956.
5. BIGGER, I. A. Wounds of the Heart. *J. Thoracic Surg.*, 8: 239, 1939.
6. BOSCH DEL MARCO, L. M. Heridas penetrantes de tórax. *Cong. Uruguayo Cir. 7º*, 1: 64-129, 1956.
7. DA ROSA, B., FASSIO, R. y HERNÁNDEZ, H. Herida de bala de corazón transfixiante (aurícula izquierda). Operación, curación. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 29: 249-257, 1958.
8. ELKIN, D. C. Wounds of the Heart. *Ann. Surg.*, 120: 817, 1944.
9. LARGHERO YBARZ, P. y OTERO, J. P. Herida del corazón (ventrículo izquierdo). Operación, curación. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 11: 224-240, 1940.
10. LARGHERO YBARZ, P. et AMARGÓS, A. Asystolie droite aigüe par corp étranger (aiguille), du coeur. *Presse Medicale*, 42: 27 mai, 1939.

11. MIQUEO NARANCIO, M. y BALLESTRINO, E. Herida penetrante de corazón por arma blanca. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 24: 154-155, 1953.
12. NIETO, M. B. La sutura del corazón. Dos observaciones. Congreso Internacional de Medicina e Higiene. B. Aires, 1910. *Rev. de los Hospitales*, III: 5-6, 129-145, 1910.
13. NIN y SILVA, J. Discusión. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 1921.
14. OTERO, J. P. Heridas de corazón. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 36: 1, 95-115, 1961.
15. PÉREZ FONTANA, V., DUOMARCO, J. L., PIAGGIO, A., VIGIL SÓÑORA, E. y NOZAR, J. Heridas del corazón y del pericardio. Libro de Oro del Prof. A. Lamas, 1944. *An. Fac. Med. Montevideo*, 28: 9-10-11-12, 747-799, 1943.
16. PRAT, D. Discusión. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 1921.
17. PRIARIO, J. C., FIANDRA, O. y CUCULIC, C. Herida de bala de corazón. *El Tórax*, III: 3, 207-214, 1954.
18. ROSA, F. y CARDEZA, H. Hemopericardio traumático. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 25: 2-3, 192-201, 1954.
19. RUBIO, R. Heridas graves del tórax. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 28: 74, 1957.
20. SUIFFET, W., PERDOMO, R. y VITAR, M. Heridas cardiopericárdicas. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 28: 408, 1957.
21. SUIFFET, W. y GREGORIO, L. A. Herida cardiopericárdica. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 29: 394, 1958.

DISCUSION

Dr. Rubio: A mí me ha correspondido como cirujano de urgencia, tratar dos pacientes con heridas de corazón. El primero presentó una herida de arma blanca en el ventrículo izquierdo y el segundo una herida de bala de la aurícula derecha. En este paciente yo fui ayudante de la intervención que realizó el Dr. Martín Martínez, que era Asistente en nuestra guardia. En ambos casos existieron lesiones asociadas pulmonares y abdominales y los dos tuvieron buena evolución.

A mí me agradó mucho la presentación que ha hecho el Dr. Gregorio; considero que él ha seguido una conducta semejante a la que nosotros preconizamos, es decir, frente a la sospecha de una herida de corazón, operar de inmediato. Creo también que para un cirujano que ha actuado años en la Cirugía de Urgencia, es excepcional que haya podido reunir siete observaciones de herida de corazón como lo ha hecho el Dr. Gregorio. Me parece que el resultado ha sido excelente, puesto que dentro de esas siete hay cuatro heridas de ventrículo izquierdo que tienen una elevada mortalidad.

Dr. Abó: Yo también quiero expresar mis felicitaciones al Dr. Gregorio por esta serie personal tan numerosa y exitosa.

Indudablemente seguimos y compartimos la conducta seguida por él de operar todos estos

enfermos, aunque algunos de ellos creemos que pudieron haber evolucionado bien con el procedimiento conservador. Sin embargo, creemos que en estos casos es mejor el procedimiento cruento, la exploración quirúrgica, a pesar que en varios de los casos del Dr. Gregorio, por lo menos tres o cuatro, seguramente la herida del miocardio ya no sangraba en el momento en que él operó. En estos casos es posible tener un tratamiento incruento por punción pericárdica que ya ha tenido también buenos resultados. Sin embargo, a este respecto queremos recordar un caso que operamos hace unos años, de un enfermo que fue herido en el Interior del país, de un puntazo en el sexto espacio intercostal izquierdo, que fue internado en un hospital del Interior, que estuvo varios días en observación y a los diez u once días fue dado de alta y luego apareció con síntomas de insuficiencia ventricular derecha; ingresó al Hospital de Clínicas con un cuadro típico de hemopericardio. Nosotros operamos este enfermo y tenía un hemopericardio crónico, constituyendo realmente una pericarditis constrictiva típica, con un espesamiento en algunos sectores de más de un centímetro. De manera que pensamos que la conducta quirúrgica de explorar todos estos casos es la mejor. En el último caso, realmente importante por el éxito que ha tenido, la utilización del pericardio ha sido un elemento que ha contribuido al éxito. Nosotros hemos usado en cirugía cardíaca músculo tomado de la propia toracotomía, en algunas ocasiones. Nada más, nuevamente felicitaciones.

Dr. García Capurro: Considero que este trabajo del Dr. Gregorio merece un comentario muy especial y unas felicitaciones también sobre medida.

Pocas veces he oído un trabajo en el cual me sintiera más agradao por la forma de encarar el problema.

En una de las primeras frases, frase que yo creo que debe comentarse muy especialmente, dijo una cosa que es una verdad para este tema y que también es una verdad en muchísimos otros problemas de la cirugía y que la gente joven ha perdido un poco la noción de ello. La voluntad de salvar el enfermo, lo capital, junto a la decisión y la capacidad del cirujano. Todos los equipos mecánicos en este caso y también en muchos otros, pasan a segundo término.

Quiero hacerle, por lo tanto, felicitaciones muy especiales.

Dr. Perdomo: Nos ha parecido de mucho interés el trabajo del Dr. Gregorio y también nosotros queremos felicitarlo por el éxito que ha tenido.

Esta situación de la herida cardíaca la hemos vivido en tres oportunidades.

Colaborando con el Dr. Suiffet que fue el cirujano en esa ocasión, y la tercera es una observación que vamos a relatar brevemente para contribuir a la casuística. Se trataba de una paciente que la transportaron desde el Pereira Rossell, bajo transfusión y con la

guardia acompañándola, con un cuadro de intensísima anemia aguda y que tenía una herida de arma blanca en la región precordial. Esta paciente fue llevada a la mesa de operaciones y nosotros la intervinimos de inmediato, comprobando la existencia de una lesión de ventrículo izquierdo que fue suturada y evolucionó sin incidentes desde el punto de vista torácico. Pero la paciente en el postoperatorio con motivo de su intensa anemia que duró un plazo bastante prolongado, hizo una anuria, de la cual se recuperó, quedando luego perfectamente bien.

Estos casos, después de haber vivido dos como acompañante de cirujano, y uno como actuante, nos hicieron pensar que evidentemente el cirujano no puede, como decía el Dr. Gregorio, utilizar con largueza los métodos de diagnóstico. Pero es evidente que algún método tiene que tener y desde entonces recurrimos sistemáticamente, cada vez que pensamos que existe la posibilidad de una herida cardíaca, a la punción del pericardio.

Lo hacemos sistemáticamente porque creemos que con ello tenemos un elemento que nos apoya en los pasos a dar, que es un elemento fundamental, no sólo como posible tratamiento, sino como diagnóstico. Estos enfermos tienen una dualidad sorpresiva, que seguramente el Dr. Gregorio lo ha hecho y lo ha vivido; esa dualidad es la del enfermo sumamente grave y la del enfermo que no impresiona para nada como grave. Nosotros, con el Prof. Suiffet, el primer caso que vimos para nada impresionaba como un enfermo grave, tenía un taponamiento cardíaco y el enfermo no parecía tener una herida muy importante, pese a la topografía de la herida cutánea. Se hizo la exploración inclusive dudando de la posibilidad de una herida cardíaca, y la tenía, con un taponamiento. En cambio, frente a eso está el enfermo con una intensísima anemia aguda, que tiene una hemorragia tan pavorosa que uno tiene que actuar de inmediato para cohibir esa hemorragia.