

A propósito de dos heridas de ventrículo izquierdo

Dres. DANIEL CASSINELLI, URUGUAY LARRE BORGES y MIGUEL ZAGIA *

El motivo de esta comunicación es agregar dos nuevos casos de heridas cardíacas, tratadas quirúrgicamente, una por arma de fuego y otra por arma blanca, con buena evolución.

Es de todos sabido, la gravedad y la urgencia de tratamiento características de estas heridas, de relativa frecuencia en nuestro medio.

Los casos son los siguientes.

Caso Nº 1.—A. T., 83 años, masc. Reg. Nº 308.582. En un intento de autoeliminación, herida de arma blanca en región precordial. Llega a Emergencia, con el cuchillo clavado, a nivel del 5º espacio intercostal izquierdo, en la región precordial (figs. 1 y 2). No hay signos de descompensación hemodinámica, pu'iso 88 p.m. P.A. 14/7. No anemia clínica, sin signos de taponamiento cardíaco. Se hace descubierta venosa bilateral. La figura 3 muestra la radiografía de tórax en sala de operaciones.

Intervención (Dres. Larre Borges y Zagia). Anestesia general, intubación. Toracotomía anterior sobre 6º espacio, con el cuchillo clavado. Herida transfixiante de llingula. Herida de punta de pericardio. Herida penetrante de la punta de ventrículo izquierdo. Hematoma en la vaina de la aorta. Luego del inventario lesional, se retira el arma. Se hace sutura con lino del miocardio, por no disponer de otro material. Sutura del pulmón. Pericardio ampliamente abierto. Cierre por planos. Drenaje del tórax.

En el postoperatorio inmediato, sangrado por el drenaje pleural, que cede espontáneamente.

La evolución ulterior fue sin complicaciones.

Caso Nº 2.—J. C., 47 años, masc. Herida de bala en región precordial, con tatuaje. Sin orificio de salida. P.A. 12/8. Pulso 90 p.m. Inquieto. Sin signos de anemia aguda. Tonos cardíacos algo alejados. Ritmo normal. No signos de taponamiento cardíaco. Se hace punción pericárdica, y se extraen 20 c.c. de sangre roja.

Intervención (Dres. Cassinelli, Larre Borges y Zagia). Anestesia general, intubación. Toracotomía anterolateral izquierda, en 5º espacio. Herida de llingula. Herida de pericardio. Herida transfixiante de ventrículo izquierdo. Hemopericardio con coágulos. Sutura de la herida anterior y posterior del miocardio, con

seda 000. Pericardio ampliamente abierto. Sutura de pulmón. Cierre por planos. Drenaje de tórax.

Evolución. Pequeña supuración parietal. Resto de la evolución sin complicaciones. Alta a los 10 días.

No vamos a entrar en consideraciones diagnósticas ni terapéuticas, pero queremos destacar algunos puntos que son:

—La gravedad de las heridas por arma de fuego, debido al traumatismo producido por el proyectil, muchas veces transfixiante, con dos heridas cardíacas, de entrada y de salida, y en general, con hemipericardio importante.

—La intervención con el arma "in situ", como se efectuó en el caso Nº 1. Este proceder tiene como ventajas, mantener una hemostasis transitoria, que puede estar haciendo el arma, hasta tanto se esté preparado para cohibirla con medios quirúrgicos. En este paciente, el cuchillo había hecho una herida no penetrante de ventrículo, y fue sacado, luego de tener ampliamente expuesto el tórax, pericardio y corazón.

—La pericardiocentesis. Hay autores que la indican como el tratamiento de elección (5), para evitar el taponamiento cardíaco por hemipericardio, evacuando la sangre colectada, sin indicar la toracotomía salvo en aquellos casos en que este tratamiento sea inefectivo. Para poder seguir esta conducta, el paciente debe estar constantemente controlado, y la sala de operaciones y el equipo quirúrgico, prontos para actuar en cualquier instante, sin la más mínima demora, ya que el taponamiento agudo, y el paro cardíaco, sobrevienen sin aviso.

Otros autores (2, 3, 8, 16, 17) indican como tratamiento definitivo y de urgencia, la toracotomía y sutura de la herida, dejando la pericardiocentesis como un método de diagnóstico, a usar sólo si la urgencia del caso lo permite, o lo exige, como medida salvadora.

Trabajo del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de noviembre de 1970.

* Adjunto de Clínica Quirúrgica; Docente Adscrito de Cirugía; Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

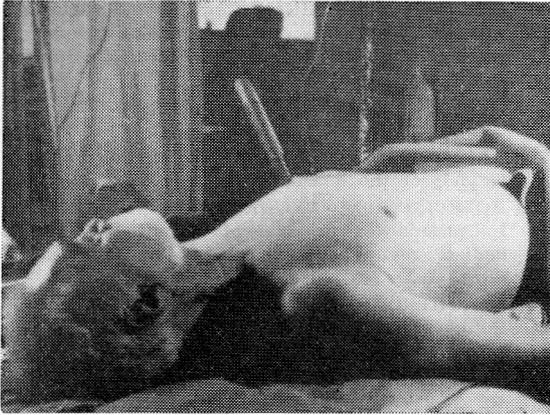


FIG. 1.

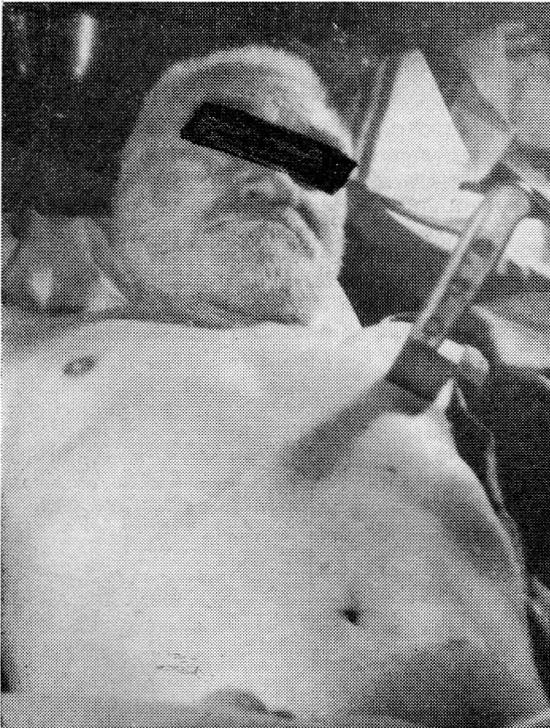


FIG. 2.

Las razones que se invocan para sostener este modo de proceder son:

1) La brusca agravación y paro cardíaco que se ve muy frecuentemente por efectos del hemopericardio agudo.

2) La ineficacia de la pericardiocentesis cuando la sangre colectada en el pericardio se coagula, y es imposible extraerla por punción. Esto se presentó en el caso N^o 2, en el cual en la intervención se encontraron coágulos en el pericardio.

3) La dificultad de controlar a estos pacientes cuando no se cuenta con equipo y sala de operaciones aptos para este proceder. Este último punto, es de gran importancia en nuestro medio, como ya lo dejó sentado uno de nosotros en una comunicación anterior (8).

La pericardiocentesis tiene valor diagnóstico, ya que la extracción de sangre del pericardio, hace el diagnóstico de hemopericardio, y ante la posibilidad siempre presente de un taponamiento cardíaco, debe indicarse la toracotomía.

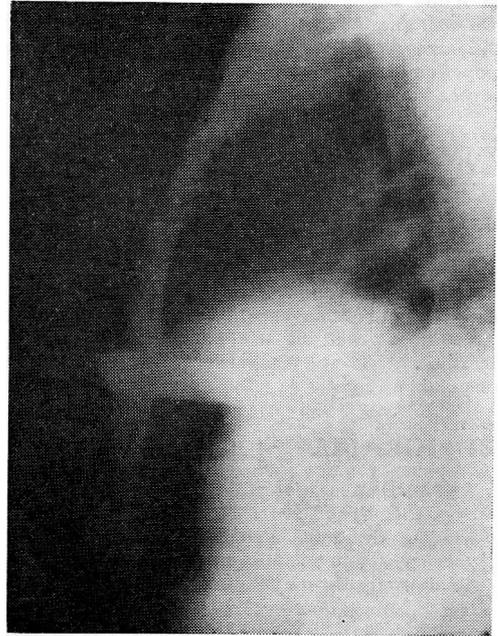


FIG. 3.

Con respecto a la conducta seguida en los dos casos, vemos que en el N^o 1, se intervino, con el arma "in situ", luego de la radiografía hecha ya en sala de operaciones, y se hizo la sutura del miocardio con lino, ya que no se disponía de otro material.

En el caso N^o 2, a pesar de no existir signos de taponamiento cardíaco, el hecho de la pericardiocentesis positiva, al extraer sangre roja, nos hizo indicar la toracotomía, encontrándose una herida transfixiante de ventrículo, con un hemopericardio no a tensión, pero con coágulos, que no hubieran podido ser extraídos por punción. Se hizo la sutura de las dos heridas de ventrículo izquierdo, con seda 000.

RESUMEN

Se presentan dos casos de heridas cardíacas a nivel del ventrículo izquierdo, una por arma blanca, otra por arma de fuego, ésta transfixiante, tratadas quirúrgicamente con buena evolución.

Se hace hincapié en la intervención sin retirar el arma blanca, en la importancia de la pericardiocentesis diagnóstica, y la urgencia y gravedad de las heridas ventriculares.

RÉSUMÉ

Présentation de deux cas de blessures cardiaques au niveau du ventricule gauche, l'une par arme blanche, l'autre par arme à feu, avec transfixion pour la seconde. Traitement chirurgical dans les deux cas, suivi d'une bonne évolution.

On souligne tout particulièrement l'intervention pratiquée sans retrait de l'arme blanche, l'importance de la ponction du péricarde diagnostique, la gravité des blessures ventriculaires et l'urgence de leur traitement.

SUMMARY

Two cases of cardiac wounds at the level of the left ventricle one of them caused by a blade and the other by a gun, were treated by surgery, with good evolution.

The authors stress the fact that surgery was performed without removal of weapon (in the case of the blade), as well as the importance of diagnostic pericardiocentesis and the urgency and seriousness of ventricular wounds.

BIBLIOGRAFIA

- BERMUDEZ, O. Heridas cardiopericárdicas. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 27: 654, 1956.
- BOYD, Th. and STRIEDER, J. W. Immediate surgery for traumatic heart disease. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 50: 305, 1965.
- CHEN, H., RIPSTEIN, C. and BURNS, H. Successful surgical management of through and through gunshot wound of the heart. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 49: 868, 1965.
- GREGORIO, L. Heridas del corazón. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 38: 201, 1968.
- HARDY, I. and WILLIAMS, R. D. Treatment of wounds of the heart. *Ann. Surg.*, 166: 228, 1967.
- HOLFELDER, W., LYONN, C. and EDWARDS, W. Indications for removal of intracardiac foreign bodies: review and report of four cases. *Ann. Surg.*, 163: 249, 1966.
- LARGHERO, P. y OTERO, J. Herida del corazón. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 11: 224, 1940.
- LARRE BORGES, U. y FILGUEIRA, J. Injurias ventriculares por traumatismo directo. *Cir. Urug.*, 40: 34, 1970.
- MORGAN, B., GUNTHEROTH, W. and DILLARD, D. The effect of blood volume on venous pressure in cardiac tamponade. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 51: 4, 1966.
- MULDER, D. G. Stab wound of the heart. *Ann. Surg.*, 160: 287, 1964.
- OTERO, J. P. Heridas del corazón. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 36: 95, 1961.
- PEARCE, C. and COOL, M. Control of bleeding from cardiovascular wounds. Balloon catheter tamponade. *Ann. Surg.*, 163: 257, 1966.
- RUBIO, R. Heridas graves del tórax. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 28: 74, 1957.
- SUIFFET, W., PERDOMO, R. y VITAR, M. Heridas cardiopericárdicas. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 25: 408, 1957.
- SUIFFET, W. y GREGORIO, L. Heridas cardiopericárdicas. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 29: 394, 1958.
- THOMAS, T. V. Management of cardiac and intrathoracic great vessels injuries. *Surg. Gynec. and Obst.*, 125: 997, 1967.
- YAO, S., VANECKO, R., PRINTEN, K. and SCHOLEMAKER, W. Penetrating wounds of the heart: review of 80 cases. *Ann. Surg.*, 169: 67, 1968.