

Herida de corazón biauricular

Dres. José Trostchansky, Hugo Bertullo, Francisco Di Leoni y Jorge Pomi *

Los autores relatan una observación de herida de bala calibre 38 que atravesó el corazón transversalmente penetrando por la aurícula derecha y saliendo por la izquierda. Fue operado en seguida, suturando ambas heridas. La recuperación fue normal. Lleva 8 meses de operado.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Heart injuries / surgery.

Hemos traído una observación curiosa de herida transversal de corazón por bala operada con sobrevida.

OBSERVACION

O. A. B. A. N. R. 368246. Ingreso: el 25-XI-1974.

Historia Clínica.— Experimenta 20 minutos antes del ingreso, herida de bala en hemitórax derecho por arma de fuego, calibre Nº 38. Dolor y parestesia en el miembro superior izquierdo contra el impacto.

Examen.— Disneico, intensa palidez cutáneo mucosa, sodoración profusa. Pulso superficial de 130, pequeño, filiforme. No se auscultan latidos cardíacos. Es imposible determinar la presión arterial. Orificio de entrada en el hemitórax derecho tercer espacio intercostal, paraesternal. No existe orificio de salida.

Síndrome en menos en tercio inferior de hemitórax izquierdo. No hemotórax a la punción. En block quirúrgico se comprueba, hemotórax izquierdo en crecimiento progresivo y un hematoma en cara interna de brazo izquierdo.

Intervención.— Dres. J. Trostchansky, Bertullo, Di Leoni y Pomi. Toracotomía antero-lateral izquierda en cuarto espacio. Hemotórax izquierdo. Herida de aurícula izquierda por detrás de los grandes vasos que se sutura con puntos separados de lino. El sangrado se mantiene a nivel del mediastino superior. Esternotomía transversa. Pulmón derecho sin particularidades. Herida de aurícula derecha. Para ello se extrajo el corazón del pericardio, se le levanta y se desplaza hacia arriba y a la izquierda. Orificio en aurícula derecha que se sutura con puntos separados de lino. Breve paro cardíaco que se recupera al colocar al corazón en su posición.

Se sutura herida en sedal del pulmón izquierdo (lóbulo superior prepedicular). Pedículo sin particularidades. Tubos de drenajes, dos a izquierda y uno a derecha. Tubo de drenaje axilar. Cierre de la toracotomía.

Departamento de Emergencia (Prof. Dr. Guaymirán Ríos Bruno). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

Paro cardíaco al finalizar el cierre de la toracotomía. Reapertura de la herida, masaje cardíaco, desfibrilación. Se inyecta gluconato de calcio y suero bicarbonatado intravenoso. Cierre de la toracotomía y esternotomía. El paciente sale lúcido de Sala de Operaciones.

Evolución.— Ingresa al C. T. I. el mismo día por hipocoagulabilidad, shock hipovolémico por sangrado. Se realiza plan de reposición y tratamiento del trastorno de la crisis.

Desarrolla una neumonitis izquierda y corticopleuritis derecha que motivaron un estado séptico que mejoró con medicación.

Osteitis esternal que mejoró con lavado y antibioterapia. Se da el alta del Centro de Cuidados Intensivos el 9-XII-1974, a los 14 días de operado.

Se le realiza curaciones sucesivas y antibióticoterapia, mejorando la osteitis, progresivamente, desapareciendo el cuadro febril que mantenía desde el ingreso al C. T. I. Es dado de alta del Hospital con herida en vías de cicatrización, sin alteraciones funcionales importantes el 3-I-1975 (38 días en total).

El 22 de febrero de 1975 se controla en policlínica. Herida cicatrizada. Sin trastornos en la motilidad del miembro superior izquierdo, donde está alojada la bala.

El examen cardiológico del 13 de marzo de 1975 no mostró sintomatología ni alteraciones importantes en el E. C. G. Ausencia de onda R. en las derivaciones V1-V2 y V3. Invertida en V3 y V4. Se le indica vida normal.

Actualmente, a los 8 meses de intervenido, paciente en excelente estado general sin alteraciones funcionales. Reintegrado a su trabajo. Realiza deportes.

COMENTARIO

En la revisión de la casuística uruguaya realizada por Gregorio (1) en 1973 no existe ningún caso de herida biauricular operada. De los 115 operados, 84 tenían heridas de ventrículos, existiendo sólo 14 heridas auriculares.

Sólo en dos casos asociadas a heridas de ventrículos.

RESUME

Blessure de coeur, bi-auriculaire.

Les auteurs rapportent une observation de blessure de balle calibre 38 qui traverse le coeur transversalement, en pénétrant par l'oreillette droite et sortant par

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 6 de agosto de 1975.

* Profesor Adjunto. Cirujano del Depto. de Emergencia Residentes de Cirugía.

Dirección: Gabriel Pereira 2793, Montevideo (Dr. Trostchansky)

la gauche. Le blessé fut opéré immédiatement et les deux blessures suturées. La récupération fut normale, l'intervention datan, d'il y a huit mois.

SUMMARY

Biauricular heart wound.

Authors report an observation of a bullet wound caliber 38, that crossed transversely the heart, penetrating by the right auricle and leaving by the left. It was immediately operated suturing both wounds. Recovery was normal. The patient operated eight months ago is very well.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GREGORIO L. Heridas cardiopericárdicas. *Cir Urug*, 43: 49, 1973.

DISCUSION

DR. PABLO MATTEUCCI.—Creo que es muy interesante este caso. Recuerdo que el 18 de julio de 1964 tuve que operar a un muchacho que tenía una herida de bala en la tetilla derecha y a quien le comprobamos que tenía una herida del ventrículo derecho, entraba por el ventrículo derecho y salía el proyectil a nivel de la punta del corazón. Por la toracotomía derecha no pudimos solucionar el problema, estábamos en el Hospital Pasteur y utilizando un gran costótomo seccionamos transversalmente el esternón y siguiéndolo con una toracotomía izquierda pudimos hemostasiar la herida que tenía en la punta del corazón. Esto nos hizo pensar que debía haber alguna incisión que pudiese en forma más fácil solucionar las heridas de mediastino y las heridas de corazón, especialmente cuando tomaban dos cavidades o eran transfixiantes y por una toracotomía lateral era imposible solucionarlo.

Posteriormente hice en dos casos esternotomía mediana, que me dio muy buen resultado, permitiendo un amplio y rápido abordaje de la herida, además suturando las heridas pleuropulmonares asociadas, lo que se logró fácilmente rompiendo la pleura mediastínica y colapsando el pulmón.

Por eso quiero insistir en que la esternotomía mediana es una excelente incisión cuando se sospeche una herida de mediastino o de corazón.

DR. ROBERTO RUBIO.—Me parece que la observación ha sido de gran interés y ha sido muy bien resuelta. Forma parte de un número ya bastante grande de heridas de corazón que se han ido presentando desde hace años en la Sociedad de Cirugía y desde luego, cuando la herida de corazón es de bala como en este caso, siempre los problemas que le crea al cirujano son más importantes y más serios que en la herida de arma blanca. Me llama la atención, sin embargo, que la herida aparentemente más difícil de tratar que es la de aurícula izquierda y que fue la primera que ellos trataron no tuvieron problemas desde el punto de vista de la contracción cardíaca. Con frecuencia heridas con esta localización obligan al cirujano a levantar la punta del corazón dislocando éste con los consiguientes peligros de paro cardíaco o fibrilación ventricular. En este caso como se ve la situación más difícil fue creada por la herida de la aurícula derecha, que obligó a una ampliación del abordaje en forma de esternotomía transversa. En cualquier forma me parece que el

caso fue muy bien resuelto porque las maniobras de reanimación seguramente fueron efectivas tanto durante el procedimiento operatorio como al final, donde a veces todo es más traicionero y se pierde algún minuto que puede significar la vida del enfermo.

Sin embargo, con respecto a lo que había dicho mi amigo el Dr. Matteucci, yo tengo cierta discrepancia con él. Pienso que en urgencia, cuando se tiene la absoluta seguridad que la herida es sólo de corazón, me parece que el abordaje por esternotomía mediana es excelente, pero creo que cuando hay la impresión de que la herida además de ser de corazón es de pulmón, aquí están mis discrepancias con él. Creo que vale más la pena en esa situación hacer un abordaje antero-lateral que permite, llegado el caso, prolongar en esternotomía transversa y hacer una bitoracotomía, que permite solucionar totalmente y de forma perfecta, una herida de pulmón que puede ser de gran gravedad como en este caso.

En suma pues, pienso que frente a la seguridad de una herida de corazón pura, la esternotomía mediana de urgencia es un gran abordaje, pero cuando se sospecha que puede haber una herida de pulmón de cierta importancia asociada como se podía ver por el trayecto que había recorrido la bala, pienso que una toracotomía antero-lateral que se puede prolongar en esternotomía transversa puede dar más luz para abordar las dos cosas y resolver así los dos problemas.

DR. JUAN C. CASTIGLIONI.—Felicito al Dr. Trostchansky por el magnífico resultado final del enfermo y como se discutía el abordaje posible en estos tipos de enfermos quería aportar algo que no se ha dicho y que creo que puede ser de utilidad.

Hemos tenido oportunidad de tratar lamentablemente muchos heridos graves y sobre todo multiheridos y practicamos varias veces abordajes simultáneos de distintos sectores del organismo; de heridas cervicales y abdominales y torácicas con varios equipos quirúrgicos actuando simultáneamente y entre ellos en alguna oportunidad tuvimos que tratar heridas transfixiantes de tórax, heridas transversales que son de enorme gravedad porque afectan el mediastino o lesionan la médula y en dos ocasiones que recuerdo se hicieron toracotomías antero-laterales simultáneas bilaterales por dos equipos quirúrgicos actuando simultáneamente que fueron bien toleradas por el enfermo y que permitieron abordaje simultáneo de ambas cavidades pleurales, del mediastino por sus dos caras y del corazón en toda su extensión también. Creo que la toracotomía bilateral antero-lateral simultánea con dos equipos quirúrgicos en determinados casos puede ser de valor en el tratamiento de los heridos tan graves como son las heridas transversales de tórax.

DR. DANIEL CASSINELLI.—Quiero hacer una pregunta, no sólo al Dr. Trostchansky sino también al Dr. Rubio y al Dr. Matteucci. ¿Qué pasó con el tabique interauricular?

Es decir, se plantea que la bala haya atravesado el tabique auriculo-ventricular. ¿Se puede detectar de alguna manera si hay un orificio o no? ¿Puede tener una jerarquía de importancia en la vida futura del paciente?

DR. JOSÉ TROSTCHANSKY. (Cierra la discusión).—En cuanto a lo que plantea el Dr. Matteucci, nosotros no tenemos experiencia en urgencia con esternotomía, además creemos que no tenemos en el block quirúrgico

de urgencia el material necesario para realizarla. Estoy más de acuerdo con el Dr. Rubio en que la toracotomía lateral da mucho más luz, además nosotros considerábamos que ese enfermo podía tener una lesión de grandes vasos y de pulmón y creímos que la toracotomía alta nos iba a dar el abordaje de ambas zonas. Cuando observamos las lesiones que tenía hicimos la esternotomía que nos dio una amplísima luz, tan es así que dominamos todo el corazón, los grandes vasos y toda la cavidad pulmonar.

En cuanto a las maniobras que realizamos desde el punto de vista técnico fue de acuerdo a nuestra actitud como cirujanos de emergencia. Releyendo posteriormente las intervenciones quirúrgicas sobre cirugía cardíaca de urgencia la exteriorización del corazón y su rotación para la búsqueda de la lesión de la aurícula derecha es la maniobra clásica que debe realizarse para las heridas de esa aurícula. Siempre entrando por una toracotomía izquierda.

En cuanto a lo que plantea el Dr. Cassinelli, nosotros consultamos a los cardiólogos y nos dijeron que las lesiones del tabique interauricular si no son muy

grandes no dan ninguna sintomatología física, ni funcional. Se plantea en el futuro hacer un cateterismo pero en principio el enfermo no tiene absolutamente nada funcional.

En cuanto al orificio de salida recuerdo que era sobre la cara lateral de la aurícula por eso explico al Dr. Rubio que yo no movilicé mucho el corazón para suturar la lesión de la aurícula izquierda. En cuanto al paro cardíaco, fue tan traicionero que el Dr. Di Leoni que estaba cerrando la pared constató el paro cardíaco, abrió inmediatamente y le hizo el masaje. Posiblemente se debió a un problema de reposición que se superó en cierto sentido porque era un enfermo joven que se recuperó con gluconato de calcio y suero bicarbonatado, restableciendo rápidamente el ritmo cardíaco.

En cuanto a heridas múltiples como dice el Dr. Castiglioni, el abordaje en dos equipos para heridas múltiples creemos que siempre es beneficioso porque la cirugía de urgencia es una cirugía de rápida resolución y de ideación rápida.

Nada más.