

SUTURA CON EXITO DE UNA COMUNICACION INTERVENTRICULAR TRAUMATICA

MIGUEL TRÍAS y ALBERTO VEJARANO

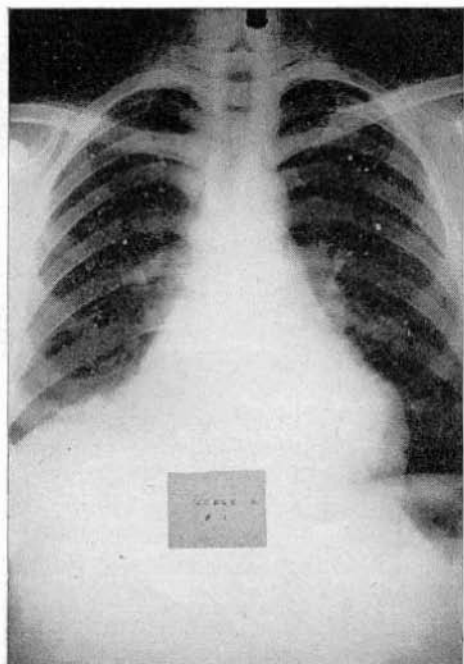
*Departamento Quirúrgico de la Fundación A. Shaio, Bogotá
(Colombia)*

Una comunicación interventricular traumática constituye una rareza, y más cuando el caso ha podido ser operado con éxito. Este caso constituye la base del presente informe.

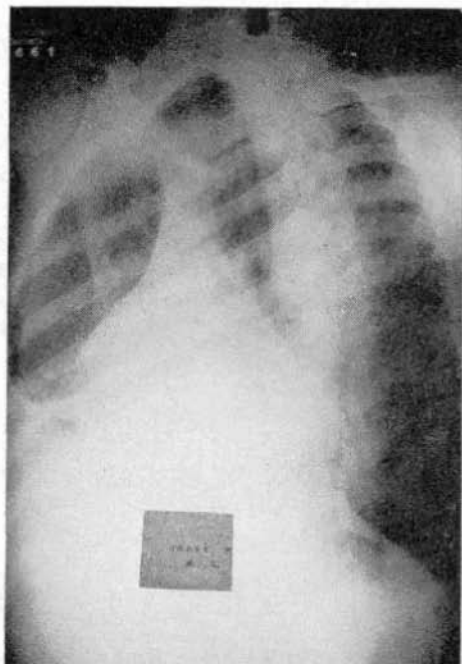
HISTORIA CLINICA

Hombre de 29 años, que recibió una herida corto-punzante en el VI espacio intercostal izquierdo, inmediatamente por fuera del borde esternal.

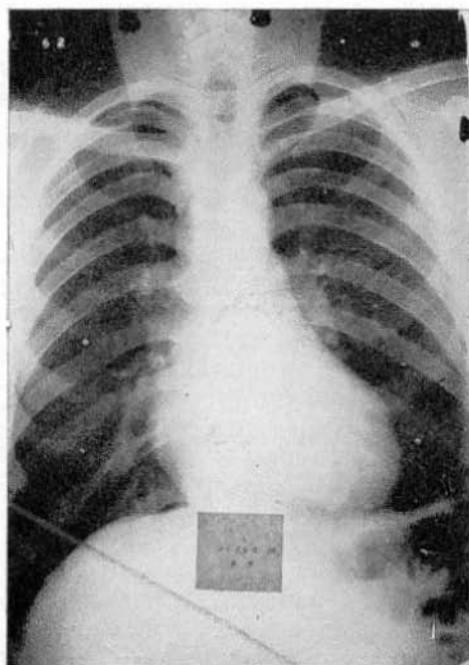
Al examen clínico, una hora después de la herida, el enfermo estaba en «shock» refractario a transfusiones repetidas. Por lo tanto se le intervino de emergencia a través de una toracotomía posterolateral izquierda, evacuándose un gran hemotórax. Al abrir el saco pericárdico, que se veía distendido por sangre, recomenzó una profusa hemorragia a través de una herida de 2 cm. aproximadamente, situada en las cercanías del ápex del corazón, sobre el ventrículo derecho. Tanto por la abundancia de la hemorragia como por la pobre visibilidad obtenida por esta vía, fue necesaria para poder suturar la herida dislocar el corazón fuera del pericardio y, sosteniéndolo en esta posición con la mano izquierda, colocar cinco suturas de seda lo más rápidamente posible. El miocardio principió a fibrilar, pero inmediatamente que se volvió a colocar en su posición normal reasumió el ritmo sinusal. La detención circulatoria no había excedido los tres minutos. La hemorragia había cesado por completo. El postoperatorio fue normal. Apareció precozmente un soplo pansistólico, grado 3 (sobre 4), de mayor intensidad en el IV espacio intercostal izquierdo, que el principio se interpretó como de insuficiencia tricuspídea por probable sección de alguna cuerda tendinosa. Más tarde, sin embargo, se consideró que correspondía a un soplo típico de comunicación interventricular. Con este diagnóstico se pasó a cateterismo (tres semanas después de la intervención), examen que confirmó el diagnóstico de presencia de una comunicación interventricular al poner de manifiesto una diferencia de 2 vol. % de oxígeno entre aurícula y ventrículo derechos.



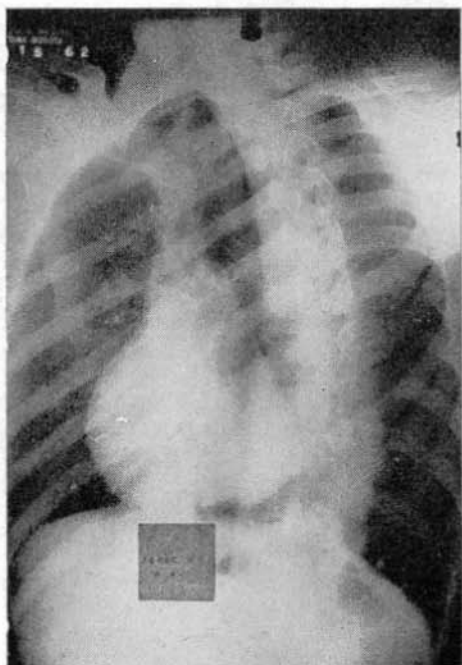
A



B



C



D

Fig. 1. — Obsérvese el aumento manifesto del tamaño del corazón en el curso de seis meses, en un enfermo afecto de una comunicación interventricular traumática: Noviembre 1960, A) posteroanterior, B) lateral; Mayo 1962, C) posteroanterior, D) lateral.

El paciente fue mantenido en observación por un período de seis meses, tiempo en el que se pudo comprobar un aumento manifiesto en el tamaño del corazón (compárense las figuras 1, A, B, C y D).

La corrección completa de la lesión se llevó a cabo el 25-V-61, bajo circulación extracorpórea con ayuda del oxigenador de Kay-Croos, de discos. Siguiendo la técnica habitual en las comunicaciones interventriculares congénitas, se practicó una ventriculotomía derecha en el sentido paralelo al tronco de salida, resultando todas las maniobras dificultadas por las densas adherencias creadas después de la primera intervención. Finalmente se identificó una comunicación interventricular de un centímetro aproximadamente de diámetro, situada inmediatamente de la cresta supraventricular y parcialmente oculta por el músculo papilar del cono, de forma ovalada con bordes gruesos y fibrosos. Su aspecto era muy parecido al usual en las comunicaciones congénitas. Se pudo cerrar con cuatro puntos de seda 4-0. El postoperatorio fue normal. Persistió, sin embargo, un soplo sistólico, grado 2 (sobre 4), hallazgo frecuente en las comunicaciones interventriculares operadas, por probable deformación y rugosidad en el tracto de salida, con producción de flujo turbulento responsable del soplo residual.

El enfermo, controlado dos años después de cirugía, se encuentra en perfectas condiciones, aunque persiste su soplo sin modificación. Por razones geográficas no ha sido posible someterlo a un cateterismo de control.

COMENTARIO

Aun cuando es relativamente frecuente la producción de comunicaciones interventriculares adquiridas, después de infartos miocárdicos que hayan afectado al tabique, las de etiología traumática son muy raras y son pocos los casos descritos en la literatura que hayan sido operados con buen resultado. Por lo general, los publicados corresponden a defectos situados más abajo, en el tabique, en su porción muscular. No puede caber la menor duda acerca de la etiología del caso que reportamos a pesar de su localización y aspectos tan similares a los defectos congénitos. En efecto, la aparición postoperatoria inmediata del gran soplo en un enfermo en quien repetidas investigaciones médicas de rutina no habían demostrado nada, así como el rápido crecimiento de la imagen cardíaca en pocos meses a partir de la creación de la lesión, son hechos más que concluyentes.

RESUMEN

Paciente de 29 años de edad, quien sufrió una herida penetrante del tórax que le interesó la pared anterior del ventrículo derecho y el tabique interventricular. En una primera operación —de urgencia— se le suturó la pared anterior del ventrículo y, seis meses después —comprobado por cateterismo el diagnóstico de comunicación interventricular traumática—, se le cerró ésta con éxito mediante el uso de circulación extracor-

pórea. El enfermo se encuentra bien, un año después de la segunda intervención.

SUMMARY

A case of penetrating wound of the thorax is reported. The anterior wall of the right ventricle and the ventricular septus were injured. Emergency operation: suture of the anterior wall of the ventricle. Six months later the interventricular communication was closed using extracorporeal circulation. The patient was cured.