



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-32 - SUTURA DE HERIDA CARDIACA POR ARMA BLANCA VATS

Sampedro Salinas, C.; Rombolá, C.A.; Pastor Pueyo, P.; Montesinos Encalada, M.; Libreros Niño, A.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: La presentación clínica de las lesiones penetrantes cardíacas es variable, abarca desde la completa estabilidad hemodinámica al colapso cardiovascular y la parada cardíaca, por lo que este tipo de lesión no debe descartarse aún en un paciente estable. La localización topográfica de la herida y los hallazgos en las imágenes sumados a un alto grado de sospecha debe alertarnos sobre la existencia de lesiones cardíacas inicialmente desapercibidas. Son excepcionales los casos descritos de rafia cardíaca por toracoscopia videoasistida (VATS). Por otro lado el rol de la VATS en el trauma cardíaco aún no está claro y no hay algoritmos que establezcan claramente sus indicaciones, estando su uso reservado para casos muy seleccionados.

Caso clínico: Varón de 25 años que ingresa por dos heridas por arma blanca en hemitórax izquierdo. Al ingreso se encuentra ligeramente taquicárdico, estable hemodinámicamente, Hg: 13,3 g/dl. La herida de mayor tamaño, de 8 cm de longitud, en región precordial presenta fuga aérea sin sangrado activo. Se realiza ecocardiograma con resultado anodino y TAC de tórax que evidencia lesión penetrante en 4 espacio intercostal izquierdo, laceración pulmonar en llingula, severo hemoneumotórax y moderada cantidad de hemopericardio, con burbujas adyacentes al ápex cardíaco. En urgencias se coloca drenaje torácico con salida de 950 cc hemáticos y se traslada al paciente a quirófano para exploración quirúrgica. Se realiza VATS izquierda constatándose hemotórax retenido de aproximadamente 700 cc y laceración en llingula que se repara con endogía de 60 mm. Además se observa laceración en pericardio con escaso hemopericardio y por debajo de ésta, lesión penetrante a nivel del ventrículo izquierdo de 2 cm de longitud, contenida por aparente coágulo adherido, con sección distal de la arteria coronaria diagonal (rama de la descendente anterior) sin sangrado activo. Se realiza apertura amplia del pericardio y rafia cardíaca con dos puntos de prolene 2-0, reforzados con *pledgets* de politetrafluoroetileno (PTFE), hemostáticos y sellantes biológicos. Cierre parcial del pericardio y drenaje de la cavidad torácica con un tubo de tórax. Evoluciona en el posoperatorio sin complicación hemorrágica ni pleural, presentando neumonía nosocomial con evolución favorable. A nivel cardiológico presenta área de discinesia de segmentos medioapicales de cara anterolateral y lateral del ventrículo izquierdo, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) globalmente preservada, ligero derrame pericárdico y pericarditis leve sin compromiso hemodinámico. Es dado de alta a los 12 días de su ingreso. No es posible seguimiento ambulatorio por ausencia del paciente.

Discusión: Se debe considerar la exploración quirúrgica en lesiones penetrantes en área cardíaca aún en pacientes estables hemodinámicamente. En este tipo de pacientes, la exploración VATS es posible y segura. La realización de una sutura miocárdica aún en un paciente estable y sin sangrado activo, está justificada por la posibilidad de desprendimiento del coágulo y sangrado masivo en el posoperatorio. Destacamos la importancia de practicar maniobras complejas y rafias cardíacas en modelos animales, ya que aún, no siendo

una competencia estricta de nuestra especialidad en hospitales sin cirugía cardíaca las posibilidades de tener que afrontar este tipo de lesiones es una realidad.

V-33

ROTURA TRAQUEAL POSINTUBACIÓN. ABORDAJE QUIRÚRGICO EFICAZ CON SOPORTE DE ECMO VENO-VENOSA

Ruiz López, E.; González García, F.J.; Poveda Chávez, D.S.; Fernández González, A.M.; Álvarez Kindelán, A.; Baamonde Laborda, C.A.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La rotura traqueal iatrogénica es un evento poco frecuente, pero con una alta morbilidad y mortalidad. La incidencia de la rotura traqueal posintubación se encuentra en una de cada 20.000-75.000 intubaciones orotraqueales electivas, mientras que en las intubaciones de emergencia asciende a un 15%. Su tratamiento puede ser conservador o quirúrgico dependiendo de su gravedad. En caso de defectos mayores a 1 cm está recomendado el tratamiento quirúrgico como primera opción. En el curso de una rotura traqueal posintubación, el uso de ECMO veno-venosa puede ayudar a minimizar los efectos adversos de la ventilación con presión positiva y provee una adecuada y constante oxigenación durante la reparación quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 55 años con antecedente de adenocarcinoma de recto, que fue intervenida de forma programada para revisión de colostomía. Tras intervención quirúrgica fue extubada en reanimación y en el posoperatorio inmediato presentó disnea, enfisema subcutáneo y hemoptisis. Se realizó un TAC torácico, observando extenso enfisema subcutáneo, neumomediastino, y neumotórax bilateral, que requirió colocación de drenajes torácicos bilaterales. Se realizó una fibroncoscopia (FBC) en la que se observó un desgarramiento traqueal, cercano a la carina, de 4 cm de longitud. Tras ello la paciente fue trasladada a nuestro hospital para valoración de tratamiento quirúrgico. A su llegada a UCI, presentaba ventilación espontánea con gafas nasales y saturación al 95%. Tras valoración por un equipo multidisciplinar (cirujanos torácicos, neumólogos, broncoscopistas e intensivistas) se decidió intervención quirúrgica urgente. Se llevó a cabo la intubación selectiva de bronquio principal izquierdo bajo visión endoscópica. Considerando la dificultad para mantener la permeabilidad de la vía aérea durante la cirugía, así como la neumonía bilateral que presentaba la paciente, se decidió la colocación de ECMO veno-venosa previo a la cirugía, con canulación periférica en yugular derecha y femoral, bajo técnica Seldinger. Se realizó una toracotomía posterolateral derecha, con resección de 4ª costilla y elaboración de un colgajo vascularizado del 3º y 4º músculo intercostal. Después de la ligadura de la vena azigos se expuso la tráquea, evidenciando una laceración por desinserción del borde membranoso-cartilaginoso derecho desde el opérculo torácico hasta el bronquio principal derecho. La lesión fue reparada mediante sutura directa con puntos sueltos, y posteriormente la sutura fue protegida con el colgajo. La FBC posoperatoria mostró una sutura de buen aspecto. El posoperatorio transcurrió sin incidencias, gradualmente se retiró la ECMO V-V y la ventilación mecánica, y la paciente fue extubada sin complicación, siendo dada de alta al 10º día posoperatorio.

Discusión: El uso de ECMO veno-venosa en comparación con la ventilación convencional durante la cirugía traqueal, supone un tratamiento seguro y efectivo para asegurar la oxigenación del paciente en este tipo de cirugías. Tras la cirugía, la ECMO puede seguir utilizándose para disminuir la presión positiva de la ventilación mecánica ejercida sobre la sutura traqueal, disminuyendo el riesgo de una dehiscencia mecánica. Este tipo de cirugía debe realizarse en centros con experiencia en vía aérea y tratada por equipo multidisciplinar que incluya cirujano torácico, neumólogo, intensivista incluso cirujano cardiovascular.