



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-665 - ROTURA CARDÍACA SECUNDARIA A TRAUMATISMO TORÁCICO, UNA URGENCIA VITAL

Díaz García, Alberto; Nicolás de Cabo, Sara; Hernández Oaknin, Hanna; López Arévalo, María Luisa; Herrero Collantes, Jorge; García Niebla, Jennifer; Pérez Álvarez, Antonio; Barrera Gómez, Manuel Ángel

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: La rotura cardíaca por traumatismo torácico cerrado es una entidad poco frecuente y un reto quirúrgico con compromiso inminente de la vida del paciente. Se desconoce su incidencia puesto que muchos de estos pacientes fallecen en el acto. Presentamos un caso de rotura cardíaca por traumatismo torácico cerrado tratado en nuestro centro con buena evolución.

Caso clínico: Mujer de 31 años sin antecedentes que sufre traumatismo de alta energía por precipitación involuntaria desde 15 metros de altura a las 13:00. Trasladada a nuestro centro en ambulancia con llegada a las 14:00, con tendencia a la inestabilidad hemodinámica. A su llegada, presenta vía aérea permeable, inmovilización cervical, hipoventilación ambas bases pulmonares con FR 22 rpm, Sat O₂ 99% con gafas nasales a 2L. Hemodinámicamente inestable con TA de 90/60 mmHg, FC 110 lpm, sin exteriorizar sangrado, recibiendo 1.000 cc cristaloides y 1 concentrado hemático. Presenta pupilas isocóricas normorreactivas, Glasgow de 10, con déficit motor y sensible en miembros inferiores. Sin lesiones externas, pelvis estable y fijada con cinturón pélvico. Eco-FAST sin líquido libre abdominal y evidenciándose derrame pericárdico severo con colapso de cavidades derechas. Se realiza pericardiocentesis en área de urgencias, con salida de 350 cc hemático, con mejoría hemodinámica: TA 110/70 y FC 85 lpm, por lo que se decide realizar TC objetivando mínimo neumotórax bilateral, drenaje pericárdico, fractura sacra compleja, acetabular derecha y de L2. Tras los hallazgos, se decide cirugía urgente conjunto con Cirugía Torácica. Accedemos mediante esternotomía media, evidenciando hemopericardio en escasa cuantía, una laceración en cara interna de la entrada de la vena cava superior con extensión hasta la orejuela. Tras realizar clampaje, se sutura el defecto con Prolene 4.0. No se evidencian otras lesiones cardíacas o vasculares. Se coloca un drenaje mediastínico y otro en cada hemitórax, retirándose al 4º y 2º respectivamente. Posteriormente requiere intervenciones por parte de Traumatología para control de fracturas. Presenta una buena y progresiva evolución en UCI, siendo dada de alta 2 meses después.

Discusión: La incidencia de rotura cardíaca en traumatismos torácicos cerrados es incierta debido a su alta mortalidad en el momento del traumatismo. La etiología más frecuente del traumatismo cardíaco cerrado en nuestro medio son los accidentes de tráfico, pero también puede ser consecuencia de caídas de altura, peleas o práctica de deportes de riesgo. Los principales mecanismos de afectación cardíacos son la compresión brusca del mismo entre esternón y columna vertebral, así como la aceleración-desaceleración. La mayoría de las lesiones cardíacas secundarias a un traumatismo se encuentran en el contexto de un paciente politraumatizado con un alto índice de lesiones asociadas, pudiendo pasar desapercibidas al estar difuminada por el resto de lesiones. La eco-FAST es una herramienta útil y costo-efectiva en el manejo inicial de

pacientes politraumatizados, con un alto valor predictivo negativo. Este tipo de lesiones suponen un desafío quirúrgico, exigiendo un abordaje multidisciplinar y coordinado. La esternotomía media es la mejor forma de abordaje quirúrgico, permitiendo una completa exploración cardíaca y de los grandes vasos.