UN CASO DE SUTURA DE HERIDA DE CORAZON

ANDRÉS DORRONSORO

Cirujano-Director de la Clínica Quirúrgica La Inmaculada Concepción de Sevilla

Con cierta frecuencia una pequeña herida, superficial al parecer, es la puerta de entrada a través de la cual se han producido lesiones graves en órganos profundos, aunque de momento no acusen sintomatología clínica alguna. Por tanto es de gran importancia la observación clínica cuidadosa de todo lesionado, para poder hacer un diagnóstico cierto y no dejar sin el correspondiente tratamiento lesiones graves, llevados por una falsa interpretación clínica.

En el caso que vamos a exponer, las lesiones vistas de momento eran, aparentemente, insignificantes y al parecer exentas de toda gravedad, pero un detenido estudio clínico del lesionado nos llevó a la conclusión de que aquellas heridas de aspecto inocente encerraban en su profundidad lesiones graves por la importancia vital del órgano muy probablemente afectado.

El caso es el siguiente:

Con la mayor urgencia somos llamado para ver a un lesionado, sería aproximadamente la una de la tarde, y se trataba, según nos manifestaron, de un hombre de unos sesenta años al cual un hijo suyo, enfermo mental, le había agredido con unas tijeras en su domicilio, sobre las 8 a 9 de la mañana, causándole diversas heridas punzantes en cara anterior de tórax, de pequeñísima extensión: la mayor no llegaba a un centímetro. Habían sido tratadas en primera intención con titura de yodo y cura oclusiva con gasa aséptica, no sangrando en absoluto. Pero como, a pesar del inocente aspecto de las heridas, el lesionado se va agravando a medida que pasa el tiempo, es por lo que somos requeridos en consulta por el médico de cabecera.

Al herido lo encontramos sudoroso, cianótico y con una intensa disnea; su pulso apenas es perceptible. Las pequeñas heridas inciso-punzantes en cara anterior de tórax, hasta el número de 6 ó 7, no sangran y únicamente una de ellas, la situada en quinto espacio intercostal, a unos 2 cm. del borde esternal izquierdo, pudiera ser penetrante.

Los latidos cardíacos están abolidos y por auscultación se percibe un apagamiento total de tonos que resultan casi imperceptibles. Pensamos ver por radioscopia si la sombra es o no pulsátil, pero el estado del herido, con su gran disnea, no permite

someterle a ningún traslado, pues al menor movimiento se le agudiza la disnea. La ausencia total de tonos y el aumento de matidez cardíaca unido al pulso filiforme y a la baja de presión arterial 50/30, acompañado todo ello de una gran disnea y cianosis, nos lleva a pensar en la existencia de una herida de corazón acompañada tal vez en un gran hematoma intrapericárdico que dificulta los movimientos del corazón.

Sentado este diagnóstico proponemos una urgente intervención que se lleva a la práctica a las 6 ó 7 horas de habérsele ocasionado las lesiones.

Bajo anestesia local practicamos una incisión a lo largo del quinto espacio intercostal izquierdo, ampliando la herida que existía a este nivel. Esta incisión se prolonga en gancho hacia arriba, siguiendo el borde esternal, seccionando quinto y sexto cartílago costal, ligamos mamaria interna y seguidamente colocamos un fuerte separador intercostal de Sauerbruch, que nos proporciona un amplio campo. Tenemos muy buen cuidado en estos momentos de la operación el rechazar hacia afuera la pleura izquierda para evitar su abertura accidental, que agravaría extraordinariamente el estado del herido. De esta manera logramos poner ante nuestra vista la cara anterior del pericardio, que se nos presenta de un color azulado negruzco pudiendo apreciar en su parte inferior un pequeño orificio punzante por el que asoma un coágulo de sangre. Dilatamos la pequeña herida del pericardio y súbitamente sale proyectado un gran coágulo de sangre que llenaba totalmente la cavidad pericárdica, comprimiendo el corazón, impidiéndole sus normales movimientos y que, al quedar libre de este obstáculo, empieza a latir ante nuestra vista lanzando un chorro de sangre en cada sístole por una pequeña incisión que se le aprecia en borde derecho y que debe penetrar en ventrículo derecho. Agrandando rápidamente la incisión pericárdica logramos introducir la mano izquierda y sostener con ella el corazón por su base, mientras que con la derecha intentamos dar un primer punto de sutura con seda que a la par de oclusivo nos sirva de sostén y fijación para poder dar los sucesivos puntos de sutura; tenemos la desgracia de que este primer punto, debido al estado un tanto ateromatoso de las paredes del corazón y a la menor consistencia de las del ventrículo derecho, más delgadas que las del izquierdo, se desgarra cuando el ayudante tiraba de él para facilitar la sutura definitiva, contingencia que añade un nuevo dramatismo al momento operatorio ya de por sí muy lleno de emoción. Rápidamente con la mano izquierda comprimimos la base del corazón para cortar la hemorragia, si bien esta compresión no puede durar más que unos segundos, los que aprovechamos para dar un nuevo punto de sutura que abarca más espesor de tejido cardíaco, lo que determina que quede firme y nos sirva de sostén seguro, para poder dar ya con más tranquilidad dos puntos más de sutura, con lo que queda ocluída totalmente la herida dejando de sangrar el corazón.

Seguidamente limpiamos, por aspiración, de sangre y coágulos la cavidad del pericardio, dejando un pequeño drenaje con crines de Florencia para que pueda salir al exterior los exudados que se produzcan, evitando con ello toda compresión del corazón.

Después de la intervención se le administran calmantes para contrarrestar su excitación y calmar el dolor, y al mismo tiempo se le aplica una abundante transfusión de sangre de 500 c. c. de dos donantes.

El drenaje se retira a los tres días, y sin ningún otro contratiempo damos fin a este caso en el que su tratamiento encierra un dramatismo muy superior al de ninguna otra intervención, dada la rapidez conque hay que actuar una vez que el diagnóstico se ha establecido.

Tiene también un particular interés esta historia clínica y es en lo relativo al tiempo transcurrido desde el momento de ser ocasionada la herida hasta

el de ser tratada, tiempo no menor a 6 ó 7 horas; esto va en contradicción con una creencia bastante generalizada de que las heridas de corazón son rápidamente mortales.

RESUMEN

Se expone un caso de herida punzante de corazón, curado por evacuación del ematoma pericárdico y sutura de aquélla.

SUMMARY

A case of heart wound is reported cured by emptying the pericardiac haematoma and suturing the wound.