

Imágenes en Cirugía Torácica y Cardiovascular

Heridas cardíacas penetrantes: ¡no es algo superficial!



Penetrating cardiac injuries: They are not something superficial!

Susana Alonso Perarnau*, Ángela Irabien Ortiz, Hugo Rodríguez-Abella González y Ángel González Pinto

Departamento de Cirugía Cardíaca, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

En este artículo presentamos 2 casos de heridas cardíacas por arma blanca, que causaron una comunicación interventricular (fig. 1).

Se trata de 2 varones jóvenes sin antecedentes personales de interés, que fueron atendidos en urgencias por apuñalamiento en hemitórax izquierdo. Ambos llegaron en situación de parada cardiorrespiratoria por disociación electromecánica, en el contexto del shock hemorrágico producido tras la puñalada, recibiendo maniobras de RCP por los médicos del SAMUR. En el cuarto de shock se realiza de forma emergente toracotomía exploradora, reparándose mediante sutura directa las lesiones halladas en el ventrículo izquierdo (VI), una de ellas cercana al ápex. El estudio ecocardiográfico urgente (ECOFAST) solamente detectó derrame pleural izquierdo, ya que en este tipo de casos es incapaz de visualizar daños asociados.

Tras su traslado a la UCI, los 2 pacientes presentaron deterioro hemodinámico (necesidad de soporte inotrópico y vasoactivo, politransfusión, aumento del ácido láctico, caída del índice cardíaco), junto con fallo hepático agudo (elevación de enzimas hepáticas, coagulopatía que requirió de medicamentos de uso compasivo como Novoseven® y Prothromplex®). Inicialmente se realizó una ecocardiografía transtorácica en la que se objetivó disfunción ventricular derecha severa, VI hipercontráctil e insuficiencia tricúspide severa asociada en uno de los casos. Tras los hallazgos obtenidos se realiza una ecocardiografía transesofágica (ETE) (fig. 2), presentando el primer caso una amplia comunicación interventricular (CIV) e insuficiencia tricúspide severa por sección traumática de la válvula (fig. 3), el paciente precisó de cierre quirúrgico de la CIV, así como de sustitución valvular tricúspide. El segundo paciente presenta únicamente CIV, por lo que se intenta el cierre

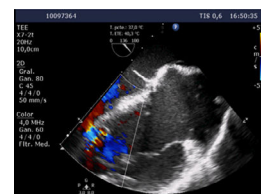


Figura 2. Imagen de la CIV por eco transesofágica.

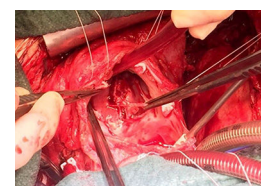


Figura 3. Sección traumática de la válvula tricúspide.

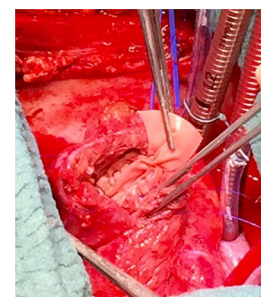


Figura 4. Cierre quirúrgico de la CIV con parche de pericardio.

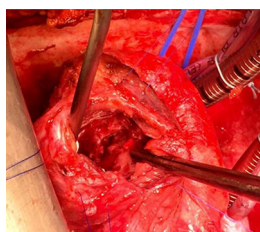


Figura 1. Comunicación interventricular secundaria a herida por arma blanca.

percutáneo sin éxito, finalmente el paciente es re-intervenido realizando el cierre quirúrgico de la CIV con parche de pericardio (fig. 4).

Conclusiones

Existen pocos casos en la literatura que hagan referencia a este tema^{1,2}. Ante una herida cardíaca, por arma blanca, hay que descartar comunicación interventricular, aunque las pruebas iniciales (eco de urgencias) no la detecten, especialmente ante deterioro hemodinámico y fallo derecho, destacando el ETE como mejor prueba diagnóstica.

El mejor abordaje para el cierre de la CIV es el quirúrgico, el cierre percutáneo es altamente complejo y puede agrandar el tamaño de la CIV.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: susana.ap1989@gmail.com (S. Alonso Perarnau).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Baron L. Hamman, Matthew A. Lovitt, Greg J. Matter, Brent Glamann D, Shyla T. High, Susan S. Bruce. Complex cardiac stab wound. 2001;14:239–40.
2. Hideki Ito, Shunei Saito, Ken Miyahara, Haruki Takemura, Sadanari Sawaki, Akio Matsuura. Traumatic ventricular septal defect following a stab wound to the chest. 2009;57:148–50.