



## V-009 - TRAUMA CARDÍACO PENETRANTE. LESIÓN VENTRÍCULO DERECHO Y SEPTUM INTERVENTRICULAR POR ARMA BLANCA

Martínez Hernández, Andreu<sup>1</sup>; Ottolino Lavarte, Pablo<sup>2</sup>; Ramos Perkis, Juan Pablo<sup>2</sup>; Zinco Acosta, Analía<sup>2</sup>; Lugo Peñuela, Jesús<sup>2</sup>; Paz Rodríguez, David<sup>2</sup>; Laguna Sastre, José Manuel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Castellón, Castellón; <sup>2</sup>Hospital Sótero Del Río, Santiago de Chile.

### Resumen

**Introducción:** Históricamente, las lesiones cardíacas penetrantes tenían resultados fatales y se consideraban intratables, cerca del 90% de los pacientes fallecían antes de llegar al hospital. Con la mejoría de la atención prehospitalaria y los sistemas de emergencias, casi la mitad de estos pacientes llegan con signos de vida al hospital, presentando unas tasas de supervivencia hospitalaria entre el 19-73%. No obstante, la todavía elevada morbimortalidad de estas lesiones hace del tratamiento de los traumatismos cardíacos un reto para los equipos de trauma. La presentación clínica del trauma penetrante cardíaco es variable (desde el paciente clínicamente asintomático y con hemodinamia estable hasta el paciente en *shock*) y depende de varios factores: mecanismo del trauma, tiempo transcurrido del traslado, magnitud de la lesión cardíaca, taponamiento cardíaco y/o paro cardiorrespiratorio. La sospecha clínica y el E-FAST son las principales herramientas de diagnóstico. Su asociación con una atención inicial, reanimación y tratamiento quirúrgico precoz es imprescindible para disminuir las elevadas tasas de morbimortalidad. Presentamos los aspectos técnicos y resultados del papel de la cirugía de trauma y urgencias, mostrando un caso clínico atendido durante el período de rotación externa por la Unidad de Trauma y Urgencias en el Hospital Sótero del Río, Santiago de Chile.

**Caso clínico:** Aviso prehospitalario con activación del código politrauma por traslado de paciente varón de 54 años con herida única penetrante por arma blanca en región anterior del tórax. A su llegada al hospital, se realizó una evaluación primaria (A: vía aérea permeable, SaO<sub>2</sub> 95%, B: hipofonesis en hemitórax izquierdo, C: FC 110 l/min, TA 95/75 mmHg, D: Glasgow 15 puntos, E: sin más lesiones). Ante inestabilidad hemodinámica, lesión precordial penetrante y FAST + en ventana pericárdica, se decidió cirugía urgente. Se realizó de manera emergente una toracotomía anterolateral izquierda, objetivando una lesión de 3-4 cm en ventrículo derecho, reparada mediante rafia primaria. Durante el posoperatorio inmediato en la UCI, la ecasonografía transtorácica identificó una comunicación interventricular por lesión del septum. El paciente fue sometido a una segunda cirugía, por el servicio de cirugía cardiovascular, para reparación del septum interventricular con malla biológica de pericardio bovino fijada con puntos de prolene y refuerzo de la rafia ventricular previa, con el mismo material biológico. En total, los requerimientos transfusión fueron de 10 concentrados de hematíes, 6 unidades de FFP y 6 de plaquetas. El paciente presentó una evolución posquirúrgica adecuada con controles ecográficos satisfactorios.

**Discusión:** El traumatismo cardíaco penetrante complejo es un evento poco frecuente pero con una morbimortalidad importante, cuyos resultados dependen de múltiples factores, como los cuidados iniciales, la reanimación, las características de las heridas y el manejo quirúrgico. El ventrículo derecho es el lugar lesionado más común y las principales causas de muerte son el *shock* hemorrágico y el taponamiento cardíaco. En España, las urgencias quirúrgicas por traumatismos penetrantes han aumentado en los últimos años, relacionadas sobre todo por el aumento de las bandas juveniles. La atención al paciente politraumatizado debe ser inherente a todo cirujano, quién debe tener claros los conceptos médico-quirúrgicos básicos ante traumatismos penetrantes.