

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
“ARNALDO MILIÁN CASTRO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

CARTA AL EDITOR

**HEMATOMA PERICÁRDICO COMO CONSECUENCIA
DE CONTUSIÓN CARDÍACA**

Por:

MSc. Dr. Yoandy López de la Cruz¹, Dr. Dietmar Reinaldo Baliño² y Dr. Armando D. Caballero Font³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de segundo año de Cirugía Cardiovascular. Master en Atención Integral a la Mujer. Instructor. ISCM-VC. Cardiocentro “Dr. Ernesto Che Guevara”. Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de cuarto año de Cirugía General. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y de Emergencia. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:
LESIONES CARDÍACAS
CIRUGÍA TORÁCICA

Subject headings:
HEART INJURIES
THORACIC SURGERY

Señor Editor

En los anales de la humanidad, hay referencias tan lejanas a los traumatismos cardíacos, como la del papiro de Edwin Smith, que se supone data aproximadamente de 1600 al 1300 a.n.e.^{1, 2}. Posteriormente, Aristóteles (384-322 a.n.e.) fue uno de los primeros en dedicar especial atención a las lesiones cardíacas, pues según él, el corazón era “la única víscera que no puede tolerar ninguna afección seria”³.

A finales del siglo XIX, en fecha no bien precisada por los textos, entre 1876 y 1883, se le atribuyen al gran cirujano vienés Theodor Billroth frases categóricas, en contra del tratamiento a las heridas cardíacas, aunque hay quienes dudan de que realmente hubiese hecho tales comentarios³: “El cirujano que intente suturar una herida cardíaca deberá perder el respeto de sus colegas”, y otra: “Que ningún hombre se atreva a operar el corazón”. Sean ciertas o no estas conjeturas de Billroth, la historia mostraría al final un panorama totalmente diferente, pues en 1897, después de siglos de enconados debates, finalmente Ludwig Rehn publicaría en Frankfurt el caso de la primera cardiografía exitosa en un humano, con lo cual se inició la era de la cirugía cardíaca⁴.

Las lesiones cardiovasculares se han convertido en la segunda causa traumatológica de muerte en el mundo, después del sistema nervioso central². En este contexto, el diagnóstico de lesiones cardíacas cerradas entraña un gran reto para los servicios de urgencias en todo el mundo, pues es importante descubrir qué se esconde bajo el esternón de un paciente con policontusiones.

Nos estimulamos a remitirle esta carta porque recientemente atendimos a un hombre de 45 años de edad que había sufrido un traumatismo torácico en la región esternal, como consecuencia de un

accidente automovilístico. El motivo de consulta fue el dolor torácico, y en la valoración inicial de urgencia solo observamos escasas equimosis traumáticas en la región precordial. Sus signos vitales demostraron taquicardia (110 latidos por minuto), polipnea (30 respiraciones por minuto) y tensión arterial de 100/70 mmHg. La analítica sanguínea, incluyendo el coagulograma, mostró valores normales. En la radiografía de tórax no encontramos evidencia de lesión traumática compleja y en el electrocardiograma observamos, además de la taquicardia sinusal, extrasístolia ventricular aislada.

En horas de la noche del día del ingreso, aproximadamente seis horas después del accidente, el paciente presentó intensificación del dolor torácico, aumento de la frecuencia cardíaca a 150 latidos por minuto, y apareció hipotensión arterial, disnea, frialdad y sudoración. Ante esto sospechamos la presencia de contusión miocárdica y realizamos un ecocardiograma, donde observamos un derrame pericárdico, sugestivo de hematoma, que comprometía la función diastólica del ventrículo derecho.

A las 36 horas del accidente el paciente se lleva al quirófano con el diagnóstico de hematoma pericárdico derecho con repercusión hemodinámica. En la operación se encontró una fractura del esternón que, aparentemente, fue la causa del sangrado. No se hallaron otras lesiones en el corazón ni en los grandes vasos, por lo que se procedió al drenaje del hematoma y a la osteosíntesis esternal. La evolución postoperatoria del paciente fue favorable.

En los últimos años, la mayor parte de los cirujanos especializados en traumas han dejado de utilizar el histórico concepto de contusión miocárdica –que en ocasiones da idea de una falsa sensación de benignidad– y se ha comenzado a emplear el término traumatismo cardíaco no penetrante o cerrado⁵, que incluye un amplio diapasón de lesiones, desde pequeñas contusiones del miocardio hasta la rotura cardíaca. Casi todos los estudios coinciden en señalar que la incidencia exacta de este tipo de lesiones se desconoce, aunque refieren que puede llegar a encontrarse en el 56 % de los casos, en dependencia de los criterios diagnósticos².

El paciente que comentamos es uno de los ejemplos del espectro de consecuencias cardiovasculares que pueden derivarse de un traumatismo torácico no penetrante en el que, de no realizarse tratamiento quirúrgico, puede peligrar la vida del paciente.

Durante décadas, los traumatismos cardíacos abiertos han acaparado la atención de la cirugía moderna, por tratarse de lesiones que entrañan un elevado índice de mortalidad (del 85 al 94 %)^{5,6} y que ponen en máxima tensión las habilidades de los servicios quirúrgicos de urgencia en el mundo. Radicalmente opuesto es el comportamiento de los traumatismos cardíacos cerrados, que cada año alimentan las estadísticas de los diagnósticos omitidos en la valoración inicial de pacientes policontusionados⁷, al no contarse con exámenes paraclínicos con la suficiente especificidad y sensibilidad para realizar un adecuado dictamen de los pacientes afectados por este tipo de lesiones. Teniendo en cuenta estas premisas, es sencillo comprender que un elevado nivel de sospecha de estos daños constituye el primer paso, en el quizás escabroso camino que nos lleve al diagnóstico de un traumatismo cardíaco cerrado y, en ocasiones, a salvar la vida de un paciente.

Consideramos de vital importancia el conocimiento por los cirujanos generales, de las múltiples consecuencias que puede deparar un traumatismo cardíaco de este tipo^{8,9}, lo que les permitirá, al atender de urgencia a pacientes con traumatismos torácicos importantes, acometer acciones que pueden ser tan sencillas como la realización de un electrocardiograma y la cuantificación de enzimas cardíacas¹⁰, que pudieran mejorar de forma significativa la atención hospitalaria de estos individuos, de encontrarse evidencias, al menos presuntivas, de daños a este vital órgano.

Referencias bibliográficas

1. Hoyt D, Coimbra R, Potenza B. Management of acute trauma. In: Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. Textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 17th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2004. p. 482-531.
2. Marchesse M. Contusión miocárdica. En: Programa de medicina de urgencia [monografía en Internet]. Chile: Pontificia Universidad de Chile; 2006 [citado 30 Dic 2008]. Disponible en: www.urgenciauc.com/profesion/pdf/Contusion_Miocardica.pdf
3. Andrade-Alegre R. Trauma cardíaco penetrante. Panam J Trauma. 2004;11(2):50-8.

4. Prieto R, Casabon F, Rodríguez S, Girón M. Trauma cardíaco por cuerpo extraño. Rev Colom Cir [serie en Internet]. 2008 [citado 4 Ene 2009];23(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://encolombia.com/cirugia13498experiencias-trauma.htm>
5. Mattox K, Estrera A, Wall W. Cardiopatía traumática. En: Braunwald E. Tratado de cardiología. 7^{ma} ed. Madrid: Elsevier Saunders; 2006. p. 178-8.
6. Villegas Lanau MI, Morales Uribe CH, Rosero Cerón E, Benítez España G, Cano Restrepo F, Fernández MI, et al. Trauma cardíaco penetrante: factores pronósticos. Rev Colom Cir. 2007;22(3):148-56.
7. García A. Diagnósticos omitidos con riesgo de muerte [monografía en Internet]. Perú: SP MED; 2006. Disponible en: <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Diagnosticos%20Omitidos%20con%20Riesgo%20de%20Muerte.pdf>
8. Nagarajan D, Wilde M, Papouchado M. Reversible acute myocardial injury following air bag deployment. Emerg Med J. 2005;22:382-3.
9. Pizzo V, Beer I, de Cleve R, Zilberstein B. Intermittent left bundle branch block (LBBB) as a clinical manifestation of myocardial contusion after blunt chest trauma. Emerg Med J. 2005;22:300-1.
10. Padilla H, Losada H, Losada A. Contusión miocárdica: ¿es una verdadera entidad clínica? Colombia Médica. 1996;27(1):16-20.

Recibido: 12 de mayo de 2009

Aceptado para su publicación: 21 de mayo de 2009