



## V-023 - TRAUMA CARDIACO PENETRANTE SECUNDARIO A HERIDA POR ARMA BLANCA CON ARMA RETENIDA

González Cano, Javier; Sánchez Segura, José; Aranda Narváez, José Manuel; Romacho López, Laura; Cabrera Serna, Isaac; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 46 años, traído a urgencias tras una intoxicación medicamentosa y dos heridas torácicas por arma blanca autoinfligidas tras intento de autolisis. A su llegada, el paciente se encuentra agitado, con bajo nivel de conciencia, taquicárdico a 150 lpm y con una tensión sistólica en torno a 90-100 mmHg. A la exploración, presenta un cuchillo en la región subxifoidea introducido en su totalidad en la cavidad torácica y una segunda herida también subxifoidea sugerente de corresponder a una incisión previa. Se realiza un ecoFAST que informa de derrame pericárdico con imagen de coágulo en su interior, sin evidenciar líquido libre intraabdominal. Ante los hallazgos, se decide el traslado del paciente a quirófano para una cirugía urgente. La vía de abordaje elegida es la esternotomía media, controlando el arma blanca en todo momento, sin extraerla. Tras la apertura del pericardio, se aprecia gran cantidad de sangre y coágulos. Se localiza el extremo del cuchillo, que se encuentra extrapericárdico y afectar a ninguna estructura, por lo que se retira bajo visión directa. Se localiza una herida incisa de unos 2 cm en la cara anterior del ventrículo derecho, con sangrado pulsátil, suturándose con polipropileno apoyándonos en dos parches de teflón. Se completa la hemostasia si objetivar fugas, y se procede al cierre. El paciente presenta una evolución posoperatoria favorable, destacando únicamente un derrame pleural izquierdo que requiere la colocación de un tubo de tórax que se retira sin incidencias a las 48h. Se realiza un ecocardiograma con buena contractilidad biventricular y sin derrame pericárdico, dándose finalmente de alta a los 7 días de la cirugía.

**Discusión:** El diagnóstico de un trauma cardiaco debe sospecharse cuando una lesión afecta a la "ventana cardiaca". Para el diagnóstico, es imprescindible la realización del FAST. La vía de abordaje en pacientes inestables hemodinámicamente será la toracotomía anterolateral izquierdo. Sin embargo, si el paciente está estable o la inestabilidad permite el traslado del paciente al quirófano y realizar un acceso más reglado, la vía de elección es la esternotomía media, pues permite una mejor visualización del campo quirúrgico, ya que la toracotomía puede no identificar bien las lesiones derechas. En los casos de arma retenida, esta no debe retirarse hasta hacerlo de forma controlada bajo visión directa, previa exposición quirúrgica. En los defectos cardiacos, la sutura sobre el miocardio debe realizarse sobre una superficie dura para no desgarrarlo (*pledgets* de teflón).