**TRAUMATISMO TORÁCICO PENETRANTE SIN INESTABILIDAD HEMODINAMICA**

***Fátima Sena Ruiz* a**\****, Laura Fernández Vega* a*, Francesc Xavier Molina Romero* a*, Cristina Álvarez Segurado* a *, José María García Pérez* a*, Francesc Xavier González Argente* a*.***

**a Department of General Surgery, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Spain.**

\* Corresponding author. Department of General Surgery, *Hospital Universitario Son Espases*.

Ctra. De Valldemossa 79, Balearic Islands, Palma de Mallorca, 07010. Spain. Phone: 0034-871205000.

E-mail address: fatima.sena@ssib.es

**Introducción:**

El traumatismo cardiaco es responsable de una gran cantidad de muertes, principalmente entre la gente joven, y representa en algunos países una de las primeras causas de mortalidad en esta población. En España, la causa más común de traumatismo cardiaco es el accidente de tráfico. Aunque en los últimos años se ha observado un ascenso de lesiones cardiacas secundarias a agresión intencionada, bien sea con arma blanca o de fuego. Presentamos el caso de una mujer de 69 años traída a Urgencias por el 061 con poli contusiones y heridas inciso contusas en cara y tórax.

**Caso clínico:**

A la exploración física presentaba Glasgow 15 puntos, tensión arterial: 93/64 mmHg, frecuencia cardiaca: 80 lpm y saturación de oxígeno: 95% con aire ambiente. Heridas por arma blanca: en región temporal y pabellón auricular izquierdo, mejilla izquierda, supraclavicular izquierda (2 cm), 3-4 espacio intercostal izquierdo anterior (2 cm).

Se realiza radiografía de tórax que evidencia velamiento de hemitórax izquierdo y TC toracoabdominal con hallazgo de moderado-severo hemotórax izquierdo, sin extravasación de contraste. Solución de continuidad cutánea supraclavicular anterior izquierda. Trabeculación de la grasa a nivel supraclavicular, enfisema subcutáneo que diseca planos musculares. Mínimo neumotórax izquierdo anterior. Derrame pericárdico ligero.

Se traslada a quirófano para cirugía emergente. Se realiza toracotomía postero-lateral izquierda amiotómica. Pulmón sin lesiones aparentes. Aspiración de 800 cc de sangre oscura venosa. Se objetiva orificio de entrada a cavidad torácica por pared torácica anterior que afecta pericardio y penetra en músculo cardíaco a nivel del tronco de salida del ventrículo derecho (VD). Hemopericardio. Se realiza ventana pericárdica, se aspira sangre coagulada y se objetiva hemorragia profusa a nivel del tracto de salida de VD cercano a arteria descendente anterior que genera inestabilidad hemodinámica. Sutura de desgarro con Prolene 3/0 apoyada en parches de Teflón tangenciales.

Tras la intervención y poli transfusión, se traslada a UCI donde presenta un buen curso postoperatorio sin complicaciones, siento dada de alta al 7º día postoperatorio.

**Discusión:**

Una de las situaciones más impresionantes e impostergables que se presentan en la práctica quirúrgica es la lesión penetrante del corazón y en los grandes vasos. Casi todos los individuos con heridas graves en el corazón fallecen antes de llegar al hospital. Los que llegan con vida necesitarán una acción inmediata y decisiva para sobrevivir. Esta atención es responsabilidad del cirujano. La presentación clínica de las lesiones penetrantes del corazón es un fenómeno compuesto por las dos consecuencias principales de dichas lesiones: taponamiento cardíaco y hemorragia grave. El grado de taponamiento pericárdico depende del tamaño del desgarro en el pericardio, la magnitud de la hemorragia de la herida cardíaca y la cavidad cardíaca afectada. El 80-90 % de los pacientes que sufren heridas por arma blanca manifiestan taponamiento primariamente si el desgarro pericárdico queda sellado con rapidez por un coágulo o por la grasa adyacente o combinado con hemorragia. Si no se alivia el taponamiento, se alterará la contractilidad y el gasto cardíacos con hipotensión súbita y disminución progresiva de la perfusión coronaria y cerebral; que culmina con la muerte del sujeto.

Los autores recomiendan la toracotomía inmediata, que en el paciente con taponamiento cardíaco, es de vital importancia, independientemente del estado que presente a su llegada a urgencias. Según Gervin y Fisher los intentos de estabilización de estos pacientes en la fase pre hospitalaria, no mejoran la supervivencia y pueden provocar "atrasos fatales", por lo que plantean, que lo más importante en estos casos es el transporte inmediato al hospital para lograr el alivio del taponamiento y el control de la hemorragia.