

## **PRESENTACIÓN DE CASOS**

### **Lesiones del espacio pericardio por trauma torácico externo: a propósito de tres casos**

#### **Injuries of the pericardic space for external thoracic trauma**

**Dr. Jimmi Ríos Pérez; Dr. Antonio Bembibre Mesa; Dra. Karenia Villar González**

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

#### **RESUMEN**

Las lesiones pericárdicas originadas por traumas torácicos, penetrantes o no, constituyen las causas más frecuentes de alteraciones pericárdicas, sobre todo si aislamos el órgano de otros procesos patógenos sistémicos, donde el saco pericárdico se ve afectado con relativa frecuencia. Se presentaron tres casos de pacientes con lesiones pericárdicas de origen traumático y a través de los mismos revisamos la forma de presentación de esta afección, que influye en la posibilidad de un diagnóstico oportuno y, por ende, en una favorable evolución. Mediante el estudio de las historias clínicas de nuestros pacientes, apreciamos cómo las lesiones pericárdicas de origen traumático tienen disímiles formas de presentación y manifestación que contribuyen a operaciones de manejo específicas para cada situación, además de la importancia en cuanto al aumento de la morbilidad de los pacientes que sufren trauma torácico, lo que significa un llamado de alerta a los facultativos que se enfrentan a este tipo de pacientes.

**DeCS:** PERICARDIO/lesiones; TRAUMATISMOS TORÁCICOS.

## **ABSTRACT**

Pericardic injuries originated by thoracic traumas penetrating or not, constitute the most frequent causes of pericardic disorders, mainly if we isolate the organ from other systemic pathologic process, where the pericardic sac is frequently affected. Three cases of patients with pericardic injuries of traumatic origin were presented; and through them we reviewed the way of presentation of this pathology which influences in the possibility of a pertinent diagnosis and, finally, in favorable evolution. Whith the study of medical records of our patients, we are able to observe how pericardic injuries of traumatic origin have different forms of presentation and manifestation which contribute to specific forms of management for each situation, besides the importance of morbidity increase of patients who suffer thoracic trauma, which means a warning for doctors who assist them.

**DeCS:** PERICARDIUM/injuries; THORACIC INJURIES.

## **INTRODUCCIÓN**

Cox en 1928 y Koucky y Milles en 1935, definieron el término Poloseritis, el cual se atribuyó a la pericarditis de origen traumático, reconocido solamente como causas de la misma las heridas del corazón. En los años 50 se le denominó síndrome postcomisurotomía, por su alta frecuencia en los pacientes que eran intervenidos del corazón. Aparecen hoy otras causas de este síndrome, como son los casos de las punciones pericárdicas, y otras cateterizaciones, además de los traumas torácicos externos no penetrantes.<sup>1, 2</sup> La etiología de este síndrome se desconoce, aunque dos factores generalmente frecuentes son el traumatismo y la hemorragia residual.<sup>1, 2, 3</sup>

## **PRESENTACIÓN DE CASOS**

Caso 1: Paciente de 24 años, masculino, ingresa el 1/4/95, con un trauma torácico penetrante por arma blanca, más hemotórax de pequeña cuantía, signos vitales normales, herida alejada del área cardiorácica (región infraclavular izquierda). Se trata el hemotórax con pleurotomía mínima baja, este responde satisfactoriamente. A

la semana del ingreso el paciente comienza con fiebre, dolor torácico y disnea, se le realiza Rx de tórax PA evolutivo (figura 1), donde se puede apreciar aumento del área cardíaca, se confirma el diagnóstico de derrame pericárdico moderado por ecocardiografía, se impone tratamiento médico con antiinflamatorios y reposo, debido a evolución desfavorable se decide su intervención, mediante toracotomía anterior se realiza pericardiectomía anterior, con evacuación de líquido hemorrágico en una cantidad de aproximadamente 1 500 ml, la biopsia concluye el caso como pericarditis fibrinohemorrágica. Se da de alta al paciente a los 30 días, con evolución satisfactoria.

Caso 2: Paciente de 37 años, masculino, ingresa el 13/4/96 por trauma torácico por proyectil múltiple y neumotórax de más de un 25 %, signos vitales normales, heridas puntiformes múltiples en región anterior del tórax. Se trata el neumotórax con pleurotomía mínima baja, el cual resuelve a los pocos días al decidirse el alta del paciente. Al mes ingresa en el servicio de medicina con el diagnóstico de derrame pericárdico, y se traslada a cuidados intermedios por signos de taponamiento cardíaco agudo, valorado por cirugía. Se realiza pericardiosentesis con mejoría inmediata, pero esta recurre. Se interviene quirúrgicamente mediante toracotomía anterior y pericardiectomía, evacua aproximadamente 2 500 ml de líquido sanguinolento. Corazón en aparente buen estado, biopsia que muestra pericarditis fibrinohemorrágica. Se le da el alta con evolución satisfactoria, estadía final de 17 días. (figura 2)

Caso 3: Paciente de 76 años de edad, femenina, ingresa el 10/4/2000, con trauma toracoabdominal con tres días de evolución producto de accidente de tránsito, ingresa en Politraumatología con diagnóstico de shock, basado en frecuencia cardíaca: 100 x', TA: 90 mmHg y presencia de gradiente térmico. En región toracoabdominal izquierda se aprecia escoriación y dolor a la palpación con disminución del murmullo vesicular de la base del pulmón izquierdo. Se constata en Rx de tórax AP un hemotórax pequeño y el U.S.G. abdominal muestra hemoperitoneo y se aprecia derrame pericárdico moderado y escaso líquido pleural izquierdo. Se decide su intervención con diagnóstico de ruptura esplénica, más hemotórax y posible hemopericardio. Se realiza pleurotomía mínima baja, esplenectomía y toilette de la cavidad. Mediante una ventana pericárdica se aprecia líquido de aspecto hemorrágico por lo que se completa la intervención con pericardiectomía anterior, mediante toracotomía. Biopsia que informa pericarditis fibrinohemorrágica, corazón aparentemente en buen estado. Alta a los 21 días con evolución satisfactoria.

## **DISCUSIÓN**

Las lesiones penetrantes del tórax son una de las causas más frecuentes de enfermedad pericárdica cuando el corazón, o uno de los grandes vasos, ha sido penetrado. <sup>2</sup> La causa de esta afección se desconoce, aunque algunos agentes vulnerantes que difícilmente causan lesión del corazón o los grandes vasos, entiéndase trocar de punción pericárdica, son capaces de producir una pericarditis, con las manifestaciones clínicas de fiebre, dolor torácico, dolor pleural, disnea, entre otros. <sup>1</sup> En los pacientes sometidos a intervención quirúrgica no se apreciaron lesiones cardíacas.

Es la lesión pericardiaca, originada por trauma torácico externo, una lesión con nombre propio, la cual es subvalorada en ocasiones al desconocerse muchas veces su verdadera frecuencia, como causa de aumento de la morbilidad de los pacientes con trauma torácico. <sup>4</sup> En la escala de lesiones cardíacas de la Asociación Americana de Cirugía del Trauma, se refleja como lesión Grado I: herida pericárdica cerrada o penetrante, sin lesión cardíaca. <sup>5</sup> Si se constituye la lesión pericárdica como una lesión aislada producto de trauma torácico externo, debe ser ésta motivo de sospecha para el médico que asiste, no podemos esperar solamente el cuadro clínico evidente y urgente del taponamiento pericárdico agudo como forma de presentación clínica temprana de lesión pericárdica, ya que estas lesiones pueden manifestarse de forma subaguda o crónica con síntomas generales antes referidos, como consecuencia de una pericarditis recurrente o crónica, debido a una posible reacción inmune al ponerse en contacto una escasa cantidad de sangre con las células mesoteliales. <sup>2, 6</sup>

Los resultados anatomopatológicos confirmaron la presencia de sangre en el saco pericárdico. El tratamiento de esta afección puede ser con antiinflamatorios que incluyen los silicilatos y los esteroides como medicamentos de segunda línea. La cirugía se utiliza cuando falla este tratamiento o existen complicaciones del tipo de pericarditis constrictiva o taponamiento.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Paul A, Ebert P. Pericardio. En: Sabiston DC, Spencer FC, editores. Cirugía Torácica. T 2. 2<sup>da</sup> ed. La Habana: Edición Revolucionaria; 1983. p. 1015–31.
2. Shabetai R. Pericardial Disease and Pericardial Heart Disease. En: Stein JH, editor. Internal Medicine. 4<sup>ta</sup> ed. ST Louis Missouri: Mosby-Year-Book; 1994. p. 248–59.

3. Moss M. Myocarditis, Pericarditis, and Pericardial Effusions. En: Blumer JL. 3<sup>ra</sup> ed. ST Louis, Missouri: Mosby-Year-Book, Inc; 1994. p. 417-26.
4. Demetriades D, Berne TV, Belzberg H. The impact of a dedicated trauma Program on outcome in severely injured patients. Arch Surg. 1995;130:216-20.
5. Jan A, Asencio J, Cevallos J, Walter F. Lesiones cardíacas penetrantes, una revisión desde sus orígenes históricos hasta las últimas fronteras en el nuevo milenio (parte II). Rev Mex Cirujano General. 2000;22(4):380-8.
6. Espinoza J. Cardiología Pediátrica. 3<sup>ra</sup> ed. México DF; 1994.
7. Leal A, Ramírez E. Resultados del tratamiento quirúrgico en traumatismos cardíacos y grandes vasos. Rev Cubana Cir. 2000;39(3):208-12.

Recibido: 3 de marzo de 2002

Aprobado: 12 de junio de 2002

*Dr. Jimmi Ríos Pérez.* Especialista de I grado en Cirugía General. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.