

Ruptura traumática de la válvula mitral

Bernardo Romero, Luis Delgado, Mireia Fernández, Claudio Fernández, Andrea Colli, María Luisa Cámara, Xavier Ruyra

Servicio de Cirugía Cardíaca
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

Presentamos dos pacientes que sufrieron un accidente de tráfico con resultado de traumatismo de la válvula mitral. En el primer caso, al cuarto día del accidente, se diagnosticó insuficiencia mitral masiva por ruptura de la cabeza del músculo papilar anterolateral, con versión completa de los segmentos A1 y P1, procediéndose a reparación quirúrgica al mes del accidente, siendo la válvula mitral estructuralmente normal. En el segundo caso, el diagnóstico se hizo a los 10 días del accidente. Se trataba de una insuficiencia mitral grave por ruptura de cuerdas del velo posterior. La reparación quirúrgica se llevó a cabo a los 2 meses y medio del accidente. En este caso la válvula mitral era, además, degenerativa. En ambos casos la cirugía consistió en reparación valvular mitral. Se revisa la ruptura traumática de la válvula mitral.

Palabras clave: Válvula mitral. Ruptura. Traumatismo. Insuficiencia.

Traumatic mitral valve rupture

We report two cases of traumatic mitral valve injury following road traffic accident. In the first patient, massive mitral regurgitation was diagnosed on the fourth day after the accident, due to rupture of the antero-lateral papillary muscle head with complete eversion of A1 and P1. The mitral valve was structurally normal and surgical repair was performed one month after the accident. In the second patient, diagnosis was made 10 days after the accident. Mitral regurgitation was due to rupture of the chordae tendineae of posterior leaflet. Surgical repair was done more than two months after the accident. The mitral valve was degenerative. In both cases, surgical procedure was mitral valve repair. Traumatic mitral valve injury is discussed.

Key words: Mitral valve. Rupture. Trauma. Regurgitation.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones traumáticas de la válvula mitral son infrecuentes y plantean problemas de diagnóstico. Se presentan dos casos de ruptura traumática que ilustran este problema. El tratamiento quirúrgico fue diferido.

Caso 1

Paciente varón de 41 años, sin antecedentes de interés. Sufrió un accidente de tráfico quedando atrapado dentro de su vehículo. Al ser atendido por los servicios

de emergencia en el lugar del accidente, se objetivó herida craneal contusa, fracturas costales y neumotórax izquierdo que debe ser tratado *in situ*. Una vez estabilizado se trasladó al hospital más cercano. La radiografía de tórax (Fig. 1) mostró neumotórax izquierdo tratado mediante drenaje pleural. En la radiografía de tórax de control se apreció neumotórax derecho, también drenado, e imagen de pulmón blanco bilateral, sugestivo de edema pulmonar. El paciente presentó un aumento progresivo del trabajo respiratorio con desaturación (pH 7,27, PaCO₂ 39 mmHg, PaO₂ 58 mmHg, bicarbonato 17,9, exceso de base 8,4, saturación O₂ 85% con alta concentración

Correspondencia:
Bernat Romero
Servicio de Cirugía Cardíaca
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol
Ctra. de Canyet, s/n
08916 Badalona, Barcelona
E-mail: bernatromeroferrer@hotmail.com

Recibido: 15 de diciembre de 2008
Aceptado: 8 de marzo de 2010

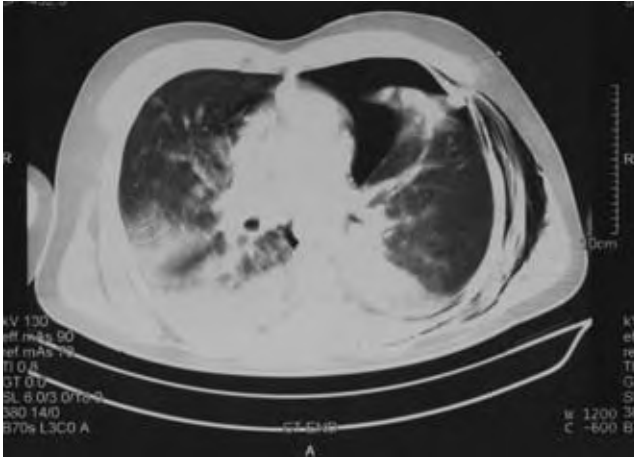


Figura 1. Radiografía de tórax del primer paciente, compatible con edema agudo de pulmón.



Figura 2. TC torácica del primer paciente, que muestra neumotórax bilateral y contusiones pulmonares.

de oxígeno), por lo que requirió ventilación mecánica. La tomografía computarizada (TC) torácica mostró neumotórax bilateral con diversas áreas pulmonares compatibles con contusión y laceración (Fig. 2). El electrocardiograma (ECG) mostró aplanamiento de la onda T en cara lateral y falta de crecimiento de la onda R de V2-V4. Analíticamente destacaba CK-MB 74 U/l, troponina 0,74 ng/ml.

A las 48 h del ingreso presenta fiebre de 38,5 °C, con inestabilidad hemodinámica (requiere dosis crecientes de dopamina y noradrenalina), deterioro de la función respiratoria y aparición de secreciones purulentas. Los datos hemodinámicos por catéter de Swan-Ganz confirmaron patrón hiperdinámico. La radiografía de tórax es compatible con condensación bibasal. La fibrobroncoscopia muestra secreciones purulentas de ambos árboles bronquiales, siendo el resultado del cultivo positivo para *S. aureus* sensible a meticilina. Los hemocultivos y urocultivo fueron negativos. El tratamiento antibiótico incluyó cloxacilina y gentamicina.

Al cuarto día de ingreso se auscultó un soplo sistólico 3/6 en foco mitral irradiado a la axila. El ecocardiograma transtorácico (ETT) mostró insuficiencia mitral grave por ruptura de cuerdas, hallazgo confirmado con ecocardiograma transesofágico (ETE). Al retirar la sedación, el paciente desatura y la radiografía de tórax muestra signos de edema pulmonar. Nuevos hemocultivos fueron positivos para *P. aeruginosa*, añadiéndose ceftazidima y amikacina.

Fue trasladado a nuestro centro tras 18 días de ingreso, para continuar tratamiento y valorar opciones quirúrgicas. Se mantuvo conectado a ventilación mecánica con FiO₂ del 35% y sin realizar *weaning* en ningún momento. Mantenía tensión arterial sistólica 100 mmHg, sin aminas vasoactivas con nitroglicerina endovenosa. No se

utilizó un balón de contrapulsación. El ETE mostró insuficiencia mitral masiva por ruptura de la cabeza del músculo papilar anterolateral, lo que condicionaba una eversión completa de los segmentos A1 y P1 (Fig. 3).

Tras control del cuadro infeccioso y transcurrido 1 mes desde el accidente, se procedió a intervención quirúrgica. Se calculó EuroScore logístico de 7,53%. Tras la apertura esternal se observó derrame pleural seroso bilateral, desgarro del pericardio lateral derecho y contusión miocárdica importante en toda la región inferoposterior del corazón. La válvula mitral era estructuralmente normal y se apreciaba una ruptura parcial de la cabeza del músculo papilar anterolateral con pérdida de soporte de las cuerdas de A1 y P1. La reparación quirúrgica consistió en reparación mitral con resección del segmento de músculo papilar roto y plicatura de los segmentos A1 y P1 a la comisura



Figura 3. ETE del primer paciente, en la que se aprecia la ruptura de la cabeza del músculo papilar anterolateral.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2908265>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2908265>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)