

Caso Clínico

Herida cardiaca por arma de fuego. Presentación clínica y conducta terapéutica

Ángela Uceda-Galiano^{a,*}, Juvenal Rey-Lois^b, Enrique José Balbacid-Domingo^a, Gema Campos-García^c, Ángel Aroca-Peinado^b y Federico Gutiérrez-Larraya-Aguado^a

^a Servicio de Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Cirugía Cardiovascular Infantil, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^c Servicio de Anestesia y Reanimación Infantil, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2016

Aceptado el 24 de marzo de 2016

Palabras clave:

Taponamiento cardiaco

Lesión miocárdica

Ecocardiografía

Herida por arma de fuego

Keywords:

Penetrating cardiac wound

Cardiac tamponade

Myocardial injury

Ultrasonography

R E S U M E N

Las heridas cardiacas por armas de fuego son poco frecuentes, pero constituyen una afección potencialmente grave por la gran morbimortalidad que acarrear. Se describe el caso de un paciente de 14 años que ingresa en nuestro centro en situación crítica, intubado y con compromiso hemodinámico tras haber recibido un disparo por arma de fuego en el hemitórax izquierdo. El ECG realizado mostraba elevación difusa del segmento ST. La radiografía de tórax informó de la presencia de cuerpo extraño de densidad metálica en el hemitórax izquierdo. El ecocardiograma transtorácico confirmó la presencia de taponamiento cardiaco, y una imagen redondeada hiperrefringente a nivel de la pared postero-lateral del ventrículo izquierdo (VI). Signos de repercusión hemodinámica como colapso diastólico de aurícula derecha y de ventrículo derecho, y variaciones respiratorias significativas en los flujos de llenado mitral y tricuspídeo. Una vez confirmado el taponamiento cardiaco y la presencia del proyectil alojado en el VI, y ante la situación de extrema gravedad, se trasladó de manera urgente a quirófano, evacuando el taponamiento y extrayendo el proyectil. El paciente evolucionó favorablemente. Como conclusión, el reconocimiento temprano de la lesión penetrante cardiaca, y la rápida intervención es crucial, sobre todo en sujetos sintomáticos y con compromiso hemodinámico.

© 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/s/by-nc-nd/4.0/>).

Heart wound due to a firearm. Clinical presentation and therapeutic management

A B S T R A C T

The heart wounds from firearms are rare but are a potentially serious condition for the high morbidity and mortality they entail. For a 14 year old patient admitted to our hospital in critical condition, intubation and hemodynamic compromise after being shot by a firearm described in left chest. An ECG showed diffuse ST-segment elevation. Chest radiography reported the presence of metallic foreign body left chest density. Transthoracic echocardiography confirmed the presence of cardiac tamponade and a rounded image hyperdense level posterolateral wall of left ventricle (LV). Signs of hemodynamic and diastolic collapse of the right atrium and right ventricle and significant respiratory changes in mitral and tricuspid flows filling. A view confirmed cardiac tamponade and the presence of the projectile housed in VI and to the situation of extreme gravity moved to the operating room urgently evacuating plugging and removing the shell. The patient improved. In conclusion, early recognition of cardiac penetrating injury and early intervention is crucial, especially in symptomatic and hemodynamic compromise subjects.

© 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El espectro clínico de las heridas cardiacas es muy variable, dependiendo de la localización y de las complicaciones que pueden ocasionar. Esto hace que el tratamiento no esté estandarizado, pudiendo ir desde la simple actitud expectante hasta una intervención de extrema urgencia.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelita.uced@hotmmail.com (Á. Uceda-Galiano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.03.004>

1134-0096/© 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/s/by-nc-nd/4.0/>).

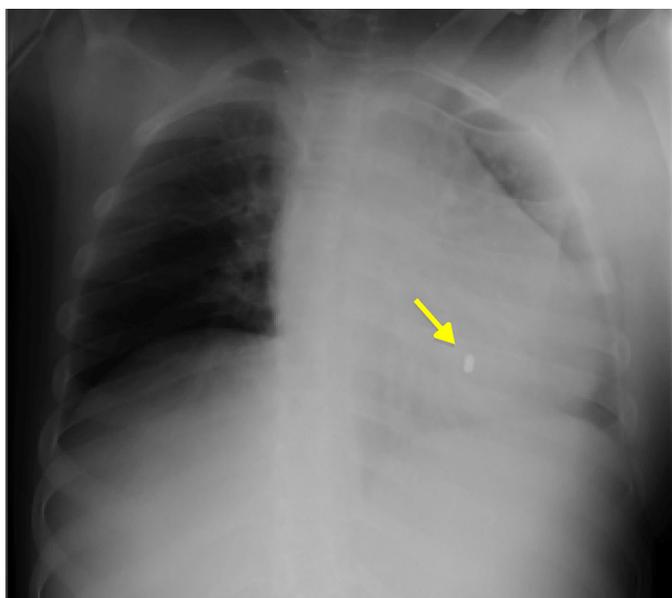


Figura 1. Radiografía de tórax que muestra imagen de densidad metálica en hemitórax izquierdo (flecha).

En este artículo se describe un caso atendido en nuestro centro por herida de arma de fuego en región cardíaca, y proyectil alojado en el ventrículo izquierdo (VI), intervenido de manera urgente con favorable evolución clínica.

Caso clínico

Varón de 14 años de edad, que ingresa en nuestro centro, en situación crítica, intubado y con compromiso hemodinámico tras haber recibido un disparo por arma de fuego en hemitórax izquierdo, con puerta de entrada en cuarto espacio intercostal izquierdo, orificio de 5 mm de diámetro, entre línea axilar anterior y medio clavicular. El paciente se encontraba pálido, taquicárdico, hipotenso y con mala perfusión periférica. Presentaba ingurgitación yugular y tonos cardíacos apagados. El ECG realizado mostraba elevación difusa del segmento ST por inflamación del pericardio. La radiografía de tórax informó de la presencia de cuerpo extraño de densidad metálica en hemitórax izquierdo (fig. 1). El ecocardiograma transtorácico (ETT) confirmó la presencia de taponamiento cardíaco y una imagen redondeada hiperrefringente a nivel de pared postero-lateral del VI (figs. 2 A-D). Signos de repercusión hemodinámica como colapso diastólico de aurícula derecha (AD) y del ventrículo derecho (VD) y variaciones respiratorias significativas en los flujos de llenado mitral y tricuspídeo (fig. 3). Una vez confirmado el taponamiento cardíaco y la presencia del proyectil

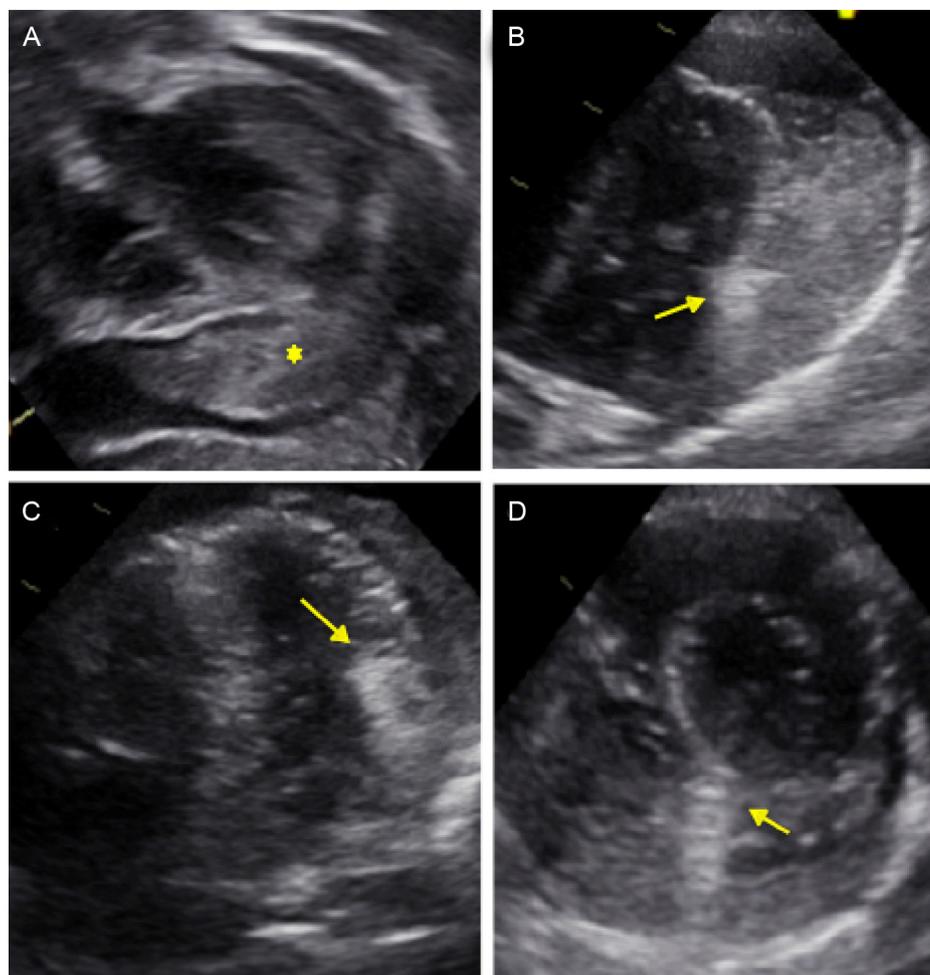


Figura 2. A) Plano subcostal de ETT con presencia de hemopericardio (asterisco). B) Apical 4 cámaras con hemopericardio en cara lateral del VI (asterisco). C) Apical 4 cámaras con imagen hiperrefringente y refuerzo posterior (flecha) compatible con cuerpo extraño en pared postero-lateral del VI. D) Eje corto paraesternal que muestra proyectil (flecha) en pared posterior del VI.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5601310>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5601310>

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