



En relación con el artículo: Trauma cardiaco penetrante. Informe de 24 pacientes

Publicado en *Cirujano General* 2000;22:25-8

Dr. Moisés Calderón

Leí con interés el artículo publicado recientemente en la revista y denominado: "trauma cardiaco penetrante, informe de 24 pacientes".¹ El trauma cardiaco penetrante representa uno de los mayores retos para el cirujano y con el incremento de las tasas de violencia en nuestro país, las lesiones penetrantes de corazón y grandes vasos son cada día más frecuentes. En general y sobre todo en provincia, éste tipo de pacientes es transferido a hospitales de trauma o al hospital más cercano del sitio donde ocurrió el siniestro por lo que la gran mayoría son atendidos en unidades del 1er y 2do nivel de atención; donde es infrecuente contar con cirujanos de tórax como parte del cuerpo médico, siendo entonces de la competencia del cirujano general su resolución. La serie publicada por el Dr. Acuña Prats y colaboradores muestra la adecuada integración del manejo inicial del paciente traumatizado, del estado de choque, del diagnóstico oportuno y del agresivo tratamiento quirúrgico necesario para poder recuperar pacientes portadores de lesiones en muchos casos, mortales. En el ámbito de la cirugía de corazón, este tipo de lesiones se abordan por esternotomía media, sin embargo, los departamentos formales de cirugía de corazón cuentan con la disponibilidad del equipo de circulación extracorpórea, que permite, como lo mencionan los autores, descomprimir el corazón y movilizarlo en cualquier dirección; evento imposible de realizar para suturar lesiones posteriores izquierdas a corazón latiendo, en las que la toracotomía lateral izquierda se vuelve el abordaje de primera elección para tratar lesiones de ventrículo izquierdo, aurícula izquierda y arteria pulmonar a corazón

latiendo. Con respecto al taponamiento cardiaco hemorrágico presente en muchos de estos casos, es cierto que contienen el sangrado permitiendo de cierta manera el que se le otorgue al paciente la atención de urgencia, pero a la vez, el mismo taponamiento puede llevar al paciente a la muerte, por lo que el tratamiento quirúrgico agresivo debe de realizarse de inmediato posterior al diagnóstico. Considero también que con el simple análisis de la tríada de Beck y la especulación sobre la probable trayectoria de la lesión, puede ser suficiente para proceder con el tratamiento quirúrgico; sin embargo, el día de hoy prácticamente en todos los hospitales de 1er nivel se cuenta con equipos de ultrasonido y en caso de que la estabilidad hemodinámica del paciente lo permita, si existe la duda diagnóstica, el ultrasonido simple de la región precordial nos puede mostrar fácilmente la presencia de líquido en el saco pericárdico (sin requerir de la presencia de un ecocardiografista formal). Finalmente, congratulo a los autores, quienes además de realizar un extraordinario trabajo y sin quitarle relevancia a las lesiones, han desmitificado el concepto de que pacientes críticamente enfermos con lesiones precordiales deben de ser trasladados a unidades de 3er nivel.

Referencias

1. Acuña Prats R, García D, Velasco R y cols. Trauma cardiaco penetrante. Informe de 24 pacientes. *Cirujano General* 2000; 22(1): 25-28.