

Trauma cardíaco

Rodrigo Chamorro C.

El trauma cardíaco se divide en la actualidad en trauma cardíaco cerrado y trauma cardíaco penetrante.

Los mecanismos que más frecuentemente producen daño al corazón son: el golpe directo, la compresión entre el esternón y la columna vertebral, la compresión brusca del abdomen que causa un aumento de la presión dentro de las cámaras y ruptura del músculo.

El diagnóstico temprano es importante para evitar complicaciones y mejorar la sobrevida. Sin embargo no es sencillo, porque estas lesiones se acompañan frecuentemente de otras más evidentes y porque los métodos diagnósticos son inespecíficos y no hay relación entre los datos que aportan y la evolución clínica. Los más usados son:

- Monitoreo cardíaco y electrocardiograma: los hallazgos más frecuentes son taquicardia sinusal, cambios en el segmento S-T, extrasístoles ventriculares, arritmias, bloqueos de rama, isquemia miocárdica o infarto.

Después de la ruptura de la pared cardíaca que suele ser mortal, la causa más frecuente de muerte en el trauma cardíaco cerrado son las arritmias que usualmente se presentan en las 12 horas que siguen al trauma.

- Ecocardiograma: es un método muy útil para valorar al paciente con trauma cardíaco. Permite detectar la presencia de un hemopericardio, áreas de hipomovilidad del miocardio sugestivas de contusión o infarto y lesiones valvulares. El problema con este estudio es la disponibilidad de un profesional entrenado para realizarlo, que debe ser inmediata.
- Las enzimas cardíacas, aunque generalmente están disponibles y tienen alta sensibilidad, no son específicas. Debido a que el trauma se acompaña de lesiones del músculo esquelético que también eleva la CPK y esto interfiere con el cálculo del porcentaje de la isoenzima cardíaca. Además no se ha demostrado relación entre las cifras de las enzimas con la evolución clínica.

Trauma cardíaco penetrante

Las heridas del corazón son frecuentemente mortales sobre todo aquellas producidas por arma de fuego. Las heridas penetrantes producidas por arma blanca si son manejadas adecuadamente, se acompañan de mayor sobrevida.

Las heridas penetrantes del corazón, por lo general sangran en forma importante hacia la cavidad pleural, produciendo sangrado masivo y la muerte en pocos minutos.

Debido a que el pericardio parietal es poco distensible, la presión de la sangre comprime inicialmente los atrios dificultando el retorno venoso. Esto se traduce en disminución del gasto

cardíaco, por el mismo motivo también hay mala circulación coronaria que se agrava por la compresión directa sobre las mismas y por la taquicardia compensatoria en un corazón con mal llenado ventricular.

Los signos clásicos son: aumento de la presión venosa central, disminución de la presión arterial y los ruidos cardíacos están apagados. Esta triada conocida como la triada de Beck se presenta únicamente en aproximadamente un 50% de los casos. En todo paciente con herida precordial se debe sospechar esta condición, aun en pacientes asintomáticos.

Dentro de los métodos diagnósticos más utilizados tenemos el ecocardiograma y la ventana pericárdica. El primero es un método no invasivo que se realiza en la sala de urgencias que puede dar falsos positivos en presencia de un hemotórax. La ventana pericárdica es un método mínimamente invasivo con una sensibilidad del casi 100%. Es un procedimiento que se realiza únicamente cuando el paciente está hemodinámicamente estable. En caso de ser positivos estos estudios, el paciente debe ser llevado inmediatamente a sala de operaciones para realizar una toracotomía anterolateral izquierda o una esternotomía media.

Si el paciente al ser valorado presenta inestabilidad hemodinámica se debe llevar inmediatamente a sala de operaciones para realizar toracotomía y se obvian los procedimientos diagnósticos antes descritos.