

Imagen en cardiología

Herniación cardíaca tras un traumatismo torácico penetrante

Cardiac herniation after penetrating thoracic trauma

Jhon Fredy Salamanca Montilla^{a,*}, Juan Pablo Flórez Muñoz^b y Óscar Alberto Velásquez Uribe^c^aServicio de Cardiología Clínica, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia^bServicios de salud, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia^cServicio de cirugía cardiovascular, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

Recibido el 8 de noviembre de 2021; Aceptado el 15 de febrero de 2022

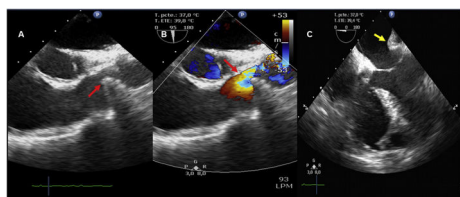


Figura 1.

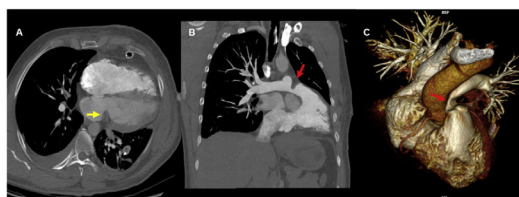


Figura 2.

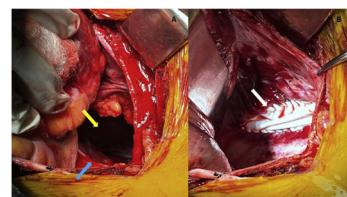


Figura 3.

Un varón de 44 años había sufrido una herida paraesternal izquierda por arma cortopunzante y mostraba signos de taponamiento cardíaco. Un cirujano general, no cardiovascular, llevó a cabo una cirugía emergente con drenaje de hemopericardio y cardiografía de la aurícula derecha en un hospital de baja complejidad. Durante el posoperatorio inmediato, aparecieron signos de choque; se realizó un ecocardiograma transesofágico, que evidenció disfunción ventricular derecha por estenosis del tronco de la arteria pulmonar (figura 1A, flecha), con aceleración de flujo en la zona estenótica (figura 1B y vídeo 1 del material adicional) y compresión extrínseca de la aurícula izquierda (figura 1C, flecha). Una angiotomografía mostró compresión extrínseca de la aurícula izquierda por el pericardio (figura 2A, flecha), desviación y rotación del corazón hacia la izquierda y estenosis del tronco de la arteria pulmonar (figura 2B, flecha), que se confirmaron en la reconstrucción tridimensional (figura 2C, flecha).

Ante los hallazgos, se llevó a cirugía con circulación extracorpórea, bajo sospecha de lesión iatrogénica de la arteria pulmonar; se encontró una herniación cardíaca por defecto de la pericardiotomía no cerrada en la cirugía inicial (figura 3A; la flecha superior señala el defecto pericárdico a través del cual se hernió el corazón, y la flecha inferior indica el borde del pericardio donde se abre el defecto). Se redujo la herniación cardíaca y se cerró el defecto pericárdico con un parche de goretex (figura 3B, flecha). El paciente permaneció en choque cardiogénico y falleció 1 día después del procedimiento. Se resalta la importancia de la ecocardiografía como herramienta diagnóstica útil en el paciente crítico.

FINANCIACIÓN

Este trabajo está financiado completamente por los autores.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

J. Salamanca: redacción inicial del manuscrito, revisión y organización de la información. J. Flórez: realización del ecocardiograma transesofágico y organización de las imágenes para su presentación. O. Velásquez: traslado del paciente al procedimiento quirúrgico, provisión de las imágenes durante la cirugía y organización de la información. Los tres autores: revisión del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ninguno.

ANEXO. MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.02.013>

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jofres16@hotmail.com (J.F. Salamanca Montilla).

On-line el 9 de marzo de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.02.013>

0300-8932/© 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.