

DOS CASOS DE NEUMOTORAX TRAUMATICO TRATADOS POR LA ASPIRACION CON LA BOMBA DE STEDMAN (*)

Dres. Julio César Priario y Carlos Cuculic

Desde el año 1947 realizamos este procedimiento en el tratamiento de los neumotórax traumáticos y quirúrgicos.

En 1948, reunimos 10 casos y describimos el procedimiento con el Profesor Larghero, en un trabajo que quedó inédito, pero que se encuentra archivado en el Laboratorio de Patología de dicho Profesor.

Consideramos que es el procedimiento de elección en el tratamiento de los neumotórax cerrados y en los hemoneumotórax, donde se haya cohibido la hemorragia y el derrame hemático no era importante.

Hoy presentamos 2 casos tratados en la Clínica del Profesor Stajano.

CASO N° 1. — G. R. — Historia N° 17641.

Enfermo de 22 años que sufre un accidente automovilístico, volcando el vehículo en que viajaba. Nuestro paciente quedó bajo el coche apretado por la capota del mismo.

Ingresa de urgencia al H. Maciel, donde se puede comprobar un cuadro de colapso, un neumotórax derecho y signos de dolor y defensa muscular en el hipocondrio derecho. Hemoptisis.

Se le trata el colapso en la forma habitual con lo que mejora francamente. Se toman radiografías de abdomen y de tórax, las que muestran en primer lugar que no existe neumoperitoneo, lo que descarta una lesión de víscera hueca abdominal; y en segundo lugar, la existencia de un neumotórax total derecho. Como el neumotórax no es a presión, se decide esperar ya que la presencia de la hemoptisis nos hace desechar momentáneamente la aspiración.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 11 de noviembre de 1953.

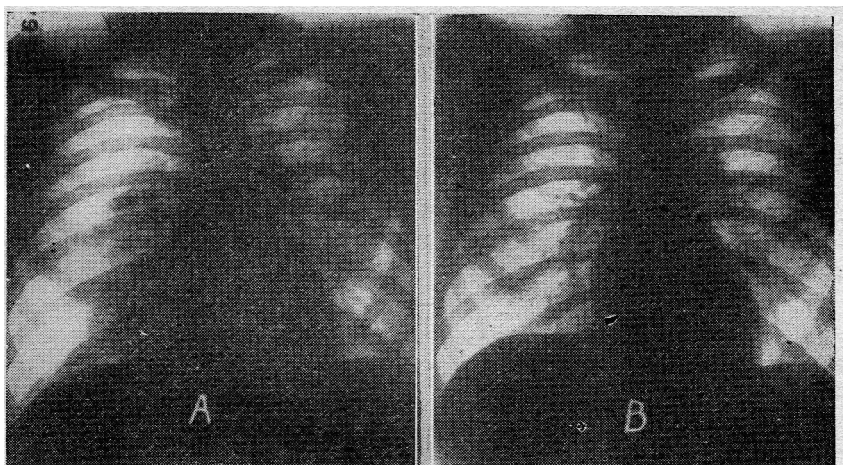


FIG. 1. — Radiografías correspondientes al caso N° 1. En A podemos apreciar el neumotórax derecho y en B la reexpansión del pulmón después de 45 minutos de aspiración.

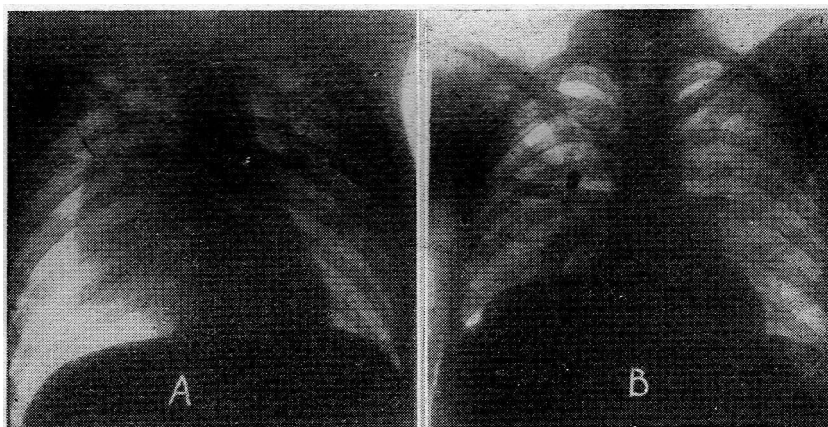


FIG. 2. — Radiografías correspondientes al caso N° 2. En A se puede apreciar el neumotórax y en B el pulmón reexpandido, pudiéndose ver en esta última placa el dispositivo de aspiración colocado.

Cuando cesó la hemoptisis procedimos a la aspiración del neumotórax con una presión negativa de 10 cms. de agua.

Al cabo de 45 minutos el pulmón se había reexpandido completamente tal como se puede apreciar en las radiografías. (Fig. 1).

La evolución ulterior fué sin incidentes dignos de mención y es dado de alta al cabo de 10 días.

CASO N° 2. — S. B. D. — Historia N° 16579.

Enfermo de 24 años, obrero de demolición, que es apretado por el derrumbe de un muro.

Ingresa al H. Maciel con un cuadro de colapso, gran angustia, respiración superficial. El examen muestra erosiones en el hemitórax derecho y enfisema subcutáneo en la parte ántero-lateral de dicho hemitórax.

Signos clínicos y radiológicos de neumotórax total derecho. A la vez, se encuentra defensa en hipocondrio y flanco derechos.

Fractura de escápula.

Se trata convenientemente su colapso y una vez repuesto del mismo, se aspira el neumotórax con lo que se consigue la reexpansión total del pulmón, tal como lo evidencia la radiografía tomada posteriormente. (Fig. 2).

En la evolución ulterior, sólo es digno de hacerse notar, una expectoración purulenta que desaparece en 4 días con los antibióticos.

Es dado de alta a los 9 días.

Dr. Etchegorry. — Trataré de ser lo más parco posible, porque este tema lo desarrollará Bosch del Marco en el Congreso de Chile con toda amplitud. Sólo lamento no haber podido traer el material que poseo, que debe alcanzar a un centenar de casos. En los neumo-hemotórax traumáticos siempre he practicado la aspiración intermitente por jeringa, vigilando el retroceso o avance del derrame a Rayos X, bajo los cuales se señala, también, el sitio de la punción pleural evacuadora. La aspiración continua no ha dado los resultados que conceptos teóricos nos hicieron vislumbrar. La conducta que sigo fué iniciada hace muchísimos años, cuando ejercía la Jefatura de Clínica del Prof. Navarro. La aspiración continua necesita una vigilancia que difícilmente se obtiene en el Hospital; y aun mismo, bajo vigilancia, da trastornos debidos a la obturación de la aguja, en primer término, que es lo que ha hecho que la abandonara a pesar de estar equipado con trompa de agua y motor eléctrico, que permitirían su establecimiento.

Vigilo asiduamente al paciente bajo Rayos X. Practico más radioscopias que placas; éstas las hago sacar cuando tengo dudas respecto a una lesión o cuando deseo guardar un elemento que pueda servir para comparaciones. La radioscopia, con la colocación del enfermo en múltiples incidencias, permite, en mi concepto, el establecimiento de una mejor topografía del derrame y por lo tanto de la punción evacuadora.

Hemos comenzado a usar la estropkina-estreptodermasa para evitar

los coágulos; en los dos casos en que la he empleado, los resultados han sido desfavorables.

Finalmente, me alegro de saber que no estoy solo en lo que se ha llamado tratamiento conservador del hemotórax; me halaga estar acompañado por Larghero, que por lo que he oído también sigue mi conducta. La toracotomía sistemática, no es todavía tan inocua como se la quiere pintar.

Dr. Fernández Chapela. — En la clínica del Prof. Larghero se utiliza este método, pero haciendo bien la diferencia entre cantidad de derrame hemático y cantidad de aire que existe.

Cuando la cantidad de sangre es importante, y se tiene la sospecha de herida de pulmón concomitante, se va a la intervención quirúrgica, por toracotomía amplia. La indicación en ese caso es evacuar el derrame y suturar la herida pulmonar.

Si predomina, en el cuadro clínico, el neumotórax, se aplica el método señalado por el comunicante. Hemos tenido oportunidad de aplicarlo varias veces en el post-operatorio de la cirugía del tórax. Se ha seguido la técnica preconizada por el Prof. Larghero, que es la que ha mostrado el comunicante.

Dr. Victorica. — Quería agregar a propósito de lo que dijo el Dr. Etchegorry que a veces fracasan maniobras para conseguir la reexpansión del pulmón, y creo, no es crítica para el Dr. Etchegorry, o personas que lo acompañan, son maniobras que hay que estar con el enfermo, hay que tener un equipo bien hecho como ha mostrado el Dr. Priario y hay que controlar las maniobras, hay que estar al lado del enfermo, una o unas cuantas horas, sacar una placa antes y después que se ha expandido el pulmón, si no se ha expandido porque si la bomba que tiene que estar bajo agua tira poco o no tira mucho, son maniobras sencillas, que hay que estar bien equipados y seguir el enfermo minuto a minuto.

Lo segundo que el Dr. Priario ha consignado es el principio en la cirugía del tórax, es que no quede hueco pleural, tratar de suprimir el neumotórax lo más rápido si no hay otra contraindicación: sangre, hemorragias, para evitar el peligro de un proceso empiema operatorio más o menos alejado.

Dr. Mezzera. — Primero quiero felicitar al Dr. Priario por el éxito que ha tenido en los dos casos presentados.

No voy a entrar en el problema de fondo, pues debo presentar un trabajo en la sesión de hoy en el que abordaré este tema. Indudablemente se trata de dos casos felices por varias circunstancias: primero porque siendo traumatismos de tórax presentan sólo neumotórax sin hemotórax, y segundo porque tratados por aspiración continua se consiguió, como dijo el Dr. Victorica, la reexpansión pulmonar total en 45 minutos, logrando la desaparición del espacio real lo que es directiva fundamental en cirugía de tórax.

Estoy de acuerdo con el Dr. Etchegorry que como primera medida,

aun en el hemotórax, debe indicarse la aspiración, tan es así que en un trabajo reciente publicado sobre "Las injurias de tórax en la guerra de Corea" se aconseja como primera etapa del tratamiento la evacuación por aspiración.

En lo que respecta a la técnica de aspiración, en lo que nos es personal, preferimos realizarla personalmente con jeringa, usando una llave de paso para evitar la entrada de aire lo que es fundamental. Este procedimiento tiene para nosotros la ventaja de no necesitar la vigilancia del personal de hospital o sanatorio.

Hemos tenido que lamentar en un caso que usamos drenaje continuo con aguja y bomba de aspiración en un neumotórax puro, la producción de un hemotórax originado por la herida de la aguja al reexpandirse el pulmón.

Estamos, pues, conformes con la evacuación personal por medio de jeringa, con lo que hemos obtenido buenos resultados.

Dr. Priario. — Agradezco a los Dres. Etchegorry, Fernández Chapella, Victorica y Mezzera, el interés que se han tomado en esta presentación. Quiero Subrayar que estoy en completo acuerdo con el Dr. Victorica cuando dice que para obtener éxito "hay que tener buen equipo, hay que controlar maniobras, y hay que estar al lado del enfermo". Este aparato debe ser vigilado momento a momento por el médico. Le diré al Dr. Etchegorry que en varias oportunidades se nos taparon las agujas, pero que rápidamente obviamos el inconveniente inyectando por ellas novocaína al 1 % o solución fisiológica.

Respecto al otro punto que trató el Dr. Etchegorry, el del tratamiento del hemotórax traumático, le diré aunque saliéndonos del tema, que nosotros nos preconizamos este tratamiento en dichos casos. Lo dijimos bien claramente al comienzo. Creemos que este procedimiento está indicado en los neumotórax puros y en los neumotórax con pequeño derrame y en los que estuviéramos seguros que la hemorragia no prosigue.

Creemos, en esto estoy de completo acuerdo con el Dr. Fernández Chapella, que los neumotórax con importante derrame son sólo pasibles de tratamiento quirúrgico.