

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "C" de la Facultad de Medicina,
Prof. P. Larghero Ybarz

SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DEL HEMOTORAX TRAUMATICO (*)

(3 observaciones)

Dr. W. Venturino

Con la presente comunicación, queremos hacer un pequeño aporte en favor del tratamiento quirúrgico precoz del hemotórax traumático. Creemos de interés la presentación de estos tres casos puesto que Bosch del Marco (1) en el correlato al IX Congreso Interamericano de Cirugía sobre el tema "Hemotórax Traumático" sólo pudo reunir en nuestro medio nueve observaciones de ese tipo.

CASO 1.

Observ. 12528. E. M. de P., mujer, 30 años. Hace 14 días herida de arma blanca en hemitórax derecho, debajo de la punta de la escápula, acompañada de disnea, mareos y tos. Hace tres días puntada de costado e intensificación de la disnea. Ha tenido lipotimias. Ingresa hace 2 días. **Examen:** apirética, anemia clínica; herida de 2 cms. en hemitórax derecho, línea axilar posterior, en vías de cicatrización. Síndrome en menos de la base derecha. **Laboratorio:** G.R. 3.900.000, Hb. 68 %, V.G. 0,87. Leucocitosis 17.000. **Radiología** (fig. 1): sombra pleural densa con neumotórax por encima; mediastino desplazado a izquierda. **Diagnóstico:** hemoneumotórax traumático. **Intervención** (9 - XI - 54): Toracotomía derecha. Evacuación de un derrame serohemático de 4 litros. Limpieza pleural y decorticación mínima. Drenaje pleural. **Causa de la hemorragia:** herida de la arteria intercostal y de pulmón. **Evolución:** buena. A los días de operada presenta dos niveles hidro-aéreos (fig. 2) que, a los veinte días, cuando se fué de alta habían desaparecido quedando sólo un discreto velo pleural (fig. 3).

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 9 de noviembre de 1955.

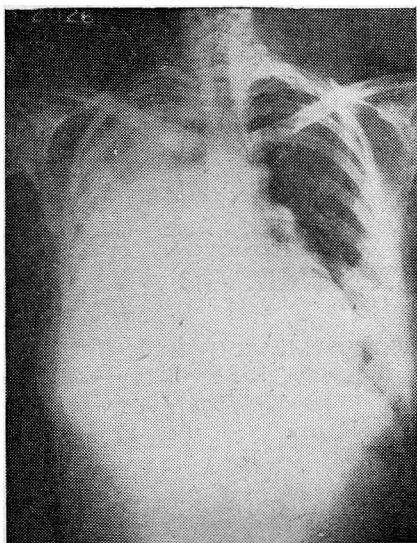


Fig. 1 (Caso 1). — Radiografía pre-operatoria.

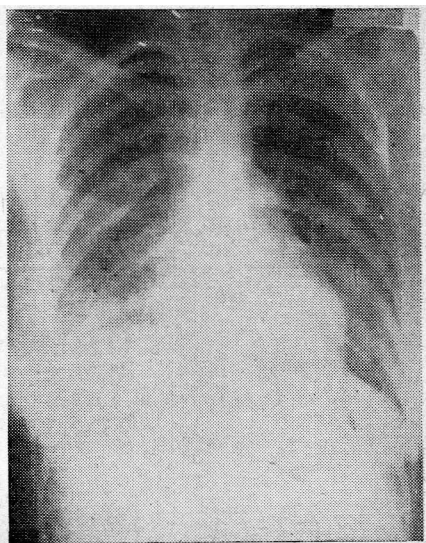


Fig. 2 (Caso 1). — Dos días de operada.

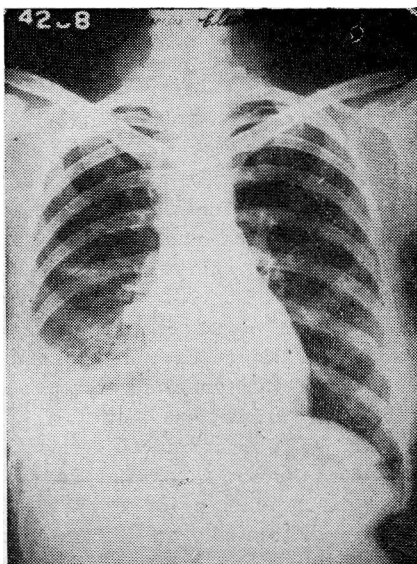


Fig. 3 (Caso 1). — Veinte días de operada.

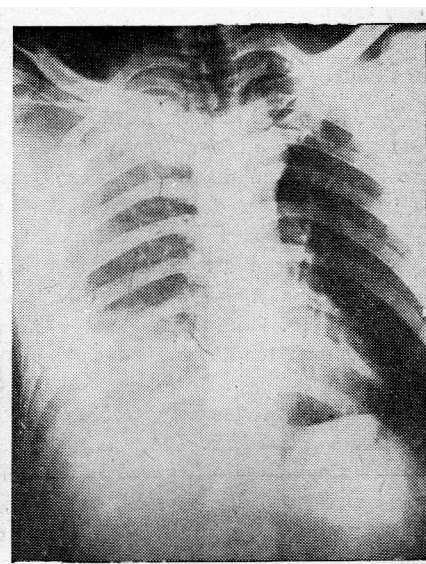


Fig. 4 (Caso 2). — Pre-operatoria

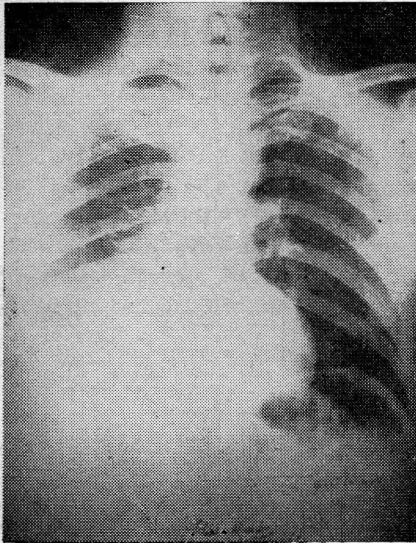


Fig. 5 (Caso 2). — Tres días de operado.

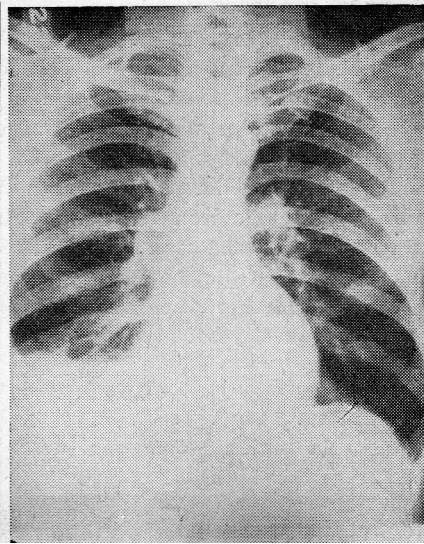


Fig. 6 (Caso 2). — Diez días de operado.



Fig. 7 (Caso 3). — Pre-operatoria

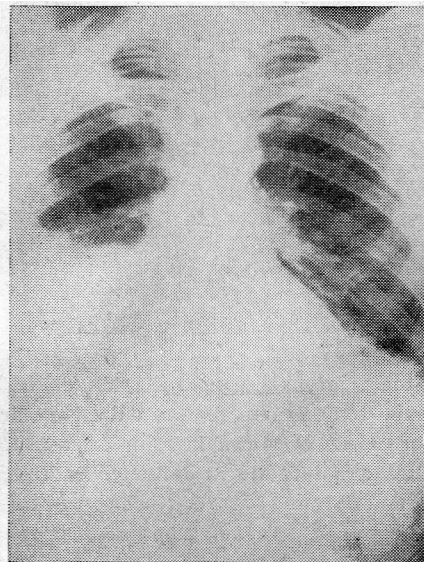


Fig. 8 (Caso 3). — Dos días de operada.

CASO 2.

Observ. 12460. F. M. 30 años, hombre. Hace doce horas herida de arma blanca tóraco-abdominal derecha. Lipotimia inmediata con recuperación rápida. **Examen:** buen estado general; herida tóraco-abdominal en 9º espacio intercostal derecho. Síndrome en menos en base derecha. No hay síndrome peritoneal. **Radiología** (fig. 1): opacidad difusa de todo el campo pulmonar derecho con gran desplazamiento mediastinal. **Diagnóstico:** hemoneumotórax traumático. **Intervención** (18 - X - 54): Toracotomía derecha. Evacuación de dos litros de sangre con coágulos. Cierre de una perforación diafragmática. Drenaje de la cavidad pleural. **Causa de la hemorragia:** herida de arteria intercostal y de hígado. **Evolución:** satisfactoria (figs. 5 y 6).

CASO 3.

Observ. 12906. T. C., 40 años, hombre. Hace media hora herida de bala en la región epigástrica, desde escasa distancia. **Examen:** discreto

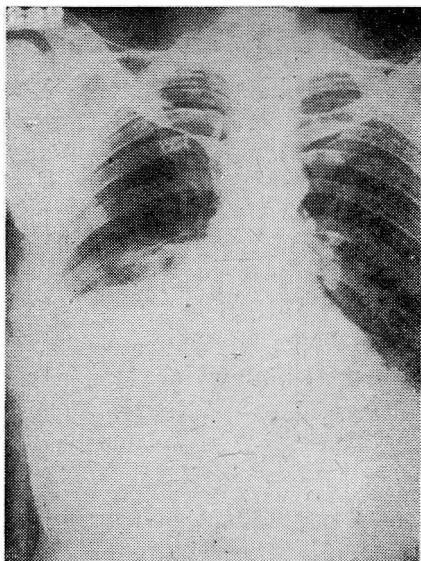


Fig. 9 (Caso 3). — Seis días de operada.

shock, intensa disnea. Herida de bala en epigastrio rodeada de tatuaje; bala alojada en región subescapular derecha, subcutánea. Síndrome en menos de la mitad inferior de hemitórax izquierdo. En abdomen, contractura de hipocondrio derecho. **Radiología** (fig. 7): opacidad difusa de todo el hemitórax derecho. No hay neumoperitoneo. **Diagnóstico:** herida tóraco-abdominal. Hemoneumotórax, probable herida de hígado. **Intervención** (5 - III - 55) (inmediata): tóracofrenolaparotomía derecha. Herida de pulmón, diafragma e hígado; abundante cantidad de sangre en cavidad pleural y peritoneo. Sutura de las tres heridas. **Causa de la hemorragia:** pulmón,

diafragma e hígado. **Evolución:** excelente (figs. 8 y 9). Franca apirexia al 8º día.

Comentarios.

Se presentan tres casos de hemotórax traumático asociados con neumotórax, como es lo habitual, que fueron intervenidos por toracotomía y evacuación del hemotórax, en forma inmediata en dos casos y en forma relativamente precoz (14 días) en un tercero; este último caso había permitido sólo la formación de una pequeña capa de fibrina sobre la superficie pleural, que exigió una decorticación mínima.

Este caso, que ingresó al Servicio cuando ya llevaba 12 días de evolución, si bien a primera vista no cabría dentro del título del trabajo, lo hemos incluido porque muestra que así como recibió beneficio de la evacuación del hemotórax realizada a los 14 días, cuando ya se había producido un depósito de fibrina en la pleura, hubiera recibido por lo menos el mismo beneficio si se hubiera operado inmediatamente; junto con esto la toracotomía nos hubiera permitido ponernos a cubierto de lesiones intratorácicas, que si bien no existieron, no significa ello que no se hubieran podido producir.

En suma, pues, la evolución de los tres casos fué excelente.

Es necesario aclarar además, que si bien dos de los casos no son exclusivamente hemotórax, los hemos incluido para mostrar como la evacuación rápida, por toracotomía, de la sangre derramada en la pleura, hace que en un caso a los diez días y en otro a los seis, los pacientes puedan ser dados de alta en perfectas condiciones, resultado que creemos difícil conseguir, sea con la conducta expectante, sea con el método de las punciones repetidas aunque luego de éstas se efectúe la toracotomía.

La toracotomía urgente en los hemotórax traumáticos permite: 1) la evacuación de la sangre derramada en la cavidad pleural en forma total evitando así las consecuencias de su permanencia en ella. 2) Cohibir la hemorragia productora del hemotórax. 3) La exploración minuciosa de las vísceras torácicas cuya indemnidad nadie la puede asegurar por mejores que sean los datos sobre el traumatismo. Además en caso de herida tóracoabdominal la prolongación de la incisión hacia el abdomen resuelve el problema.

Los autores que, a partir de la segunda guerra, se ocupan del tema, entre otros, Doménech - Alsina (²), O'Rourke y Cameron (³), Joint y Laird (⁴), Wylie y Ankeney (⁵), Bosch del Marco (¹), preconizan para los hemotórax traumáticos no acompañados de manifestaciones locales ni generales graves, el drenaje aspiratorio repetido en primera instancia y sólo llegar a la toracotomía si el hemotórax se reproduce. Sin embargo es cada vez más firme la opinión, en la Clínica en que actuamos, de que la toracotomía precoz en los hemotórax traumáticos de cierta entidad ofrece las mismas indiscutibles ventajas que la laparotomía exploradora urgente en los traumatismos abdominales.

Sumario.

Se presentan tres casos de hemotórax traumático tratados precozmente por toracotomía.

Se analizan las ventajas de ese tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. BOSCH DEL MARCO, L. M. — Hemotórax Traumático. Correlato al IX Congreso Interamericano y XXVII Congreso Chileno de Cirugía. Págs. 632 - 650, Santiago de Chile, 1954.
2. DOMENECH - ALSINA, F. — "Diagnóstico y Terapéutica Quirúrgicos de Urgencia". Salvat Editores S. A. Barcelona - Buenos Aires, 1947.
3. O'ROURKE, P. V. and CAMERON, D. A. — Common Injuries of the Thorax. S. Clin. North America. 33: 1069 - 1080, 1953.
4. JOINT, G. H. C. and LAIRD, R. C. — Thoracic Trauma. S. Clin. North America. 34: 951 - 958, 1954.
5. WYLIE, R. H. and ANKENNEY, J. L. — Emergency Care of Chest Injuries. S. Clin. North America. 35: 517 - 529, 1955.