

## HERIDAS GRAVES DEL TORAX (\*)

### Siete observaciones

Dr. Roberto Rubio

Por rara coincidencia en los últimos 9 meses he tratado siete pacientes con heridas graves de tórax, seis de ellos pertenecen al Servicio de Urgencia del Hospital Pasteur; habiendo estado internados ya sea en la sala II, a cargo del Dr. Vigil, o en la sala 21 del Servicio del Prof Larghero.

Será una presentación muy breve porque el tratamiento de las heridas de tórax fue tema del último Congreso Nacional de Cirugía, dando lugar a la brillante comunicación del Dr. Bosch Del Marco.

De las siete observaciones, seis fueron operadas y una no requirió operación. Fue este O. B., de 19 años de edad, quien fue visto 18 horas después de haber intentado suicidarse, con herida de bala en hemitórax izquierdo. Presentaba buen estado general y hemotórax de regular entidad. No neumotórax.

Fue tratado con punciones (dos veces), antibióticos y su evolución fue enteramente satisfactoria.

Vamos a insistir especialmente en algunos aspectos que presenta el tratamiento de estos pacientes en lo que se refiere a la indicación operatoria, momento en que debe ser ésta efectuada y tipo de operación que debe hacerse.

**Observación 1ra.** — R. M., 56 años de edad

Una hora antes, intentó suicidarse provocándose cuatro profundas puñaladas en parte anterior de base de tórax, la mayor parte de ellas sobre la región precordial.

**Examen:** Lúcido, agitado e inquieto, cuadro de colapso periférico marcado, extremidades frías, sudoroso, pálido, pulso filiforme, por mo-

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 22 de mayo de 1957.

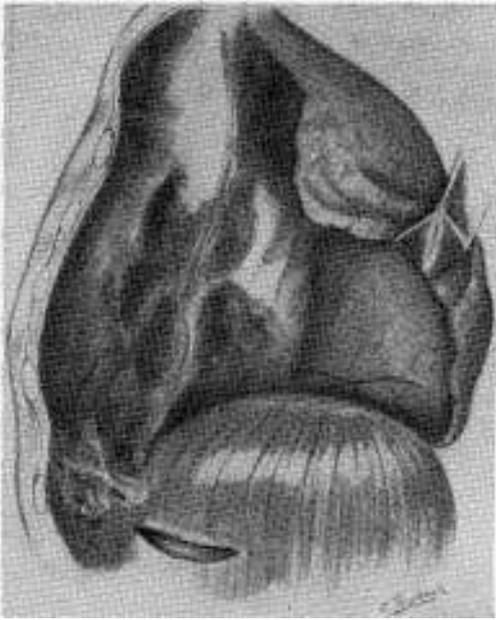


FIG. 1. — Caso I: R. M. 56 años. Se observa la infiltración hemática del pericardio, y herida amplia de éste. Dos heridas de diafragma por una de las cuales se exterioriza epiplón.

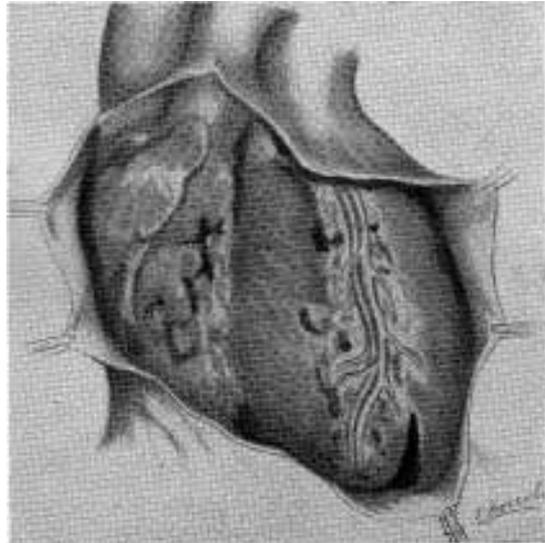


FIG. 2. — Caso I: R. M. Pericardio ampliamente abierto para mostrar la herida de ventrículo izq.

mentos irregular, de 110 al m. Presión arterial mímáxima 70 mm. y mímima 20 mm., habitualmente su presión es de 170 mm. de máximo. No presentó ingurgitación de yugulares. Traumatopnea por dos de las heridas; por la más inferior se exteriorizaba epiplón. La macidez del área cardíaca no estaba aumentada. A la auscultación, los tonos cardíacos se encontraron moderadamente apagados, con algunas extrasístoles espaciadas. Macidez en base de hemitórax iz. y respiración muy disminuída a ese nivel, es decir, **síndrome de derrame en dicha base.** Abdomen: dolor a la compresión en epigastrio, hipocondrio izq. y flanco izq.; resto S/P.

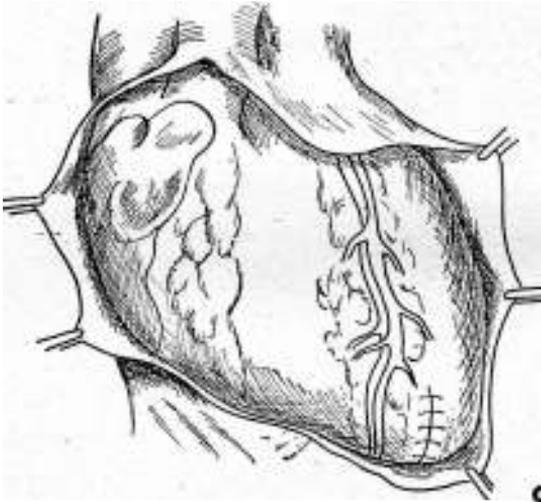


FIG. 3. — Caso I: R. M. La herida suturada. Deknatel 0000.

El paciente es llevado directamente al block operatorio: Trendelenburg; oxígeno por catéter nasal, doble transfusión utilizando vena de miembro superior y otra de miembro inferior. Por una de ellas se inyectó sangre a presión. Se operó media hora después del ingreso, cuando habían pasado 2 lts. de sangre, el pulso fue más lleno y la presión arterial fue de 90 mm. mx. y 50 mm. mn.

**Operación.** — Cirujano Dr. Rubio. Practicantes Larre Borges, Ríos y Camaño. Anestesia general, Pte. Garasa. Toracotomía. Postero-lateral por 6º espacio intercostal izq. Pulmón parcialmente adherido a pleura parietal por adherencias antiguas. Hemotórax en regular cantidad. No existió herida pulmonar.

**Apertura del diafragma.** — La exploración mostró: a) Sección completa de la arteria gastro-epilploica izq. que sangraba profusamente; b) Sección del ligamento gastro-cólico llegando a la retro-cavidad; c) Herida y hematoma de cuerpo del páncreas que sangraba moderadamente. Sutura; d) Dos heridas de estómago, una en cara anterior y otra en cara posterior. Sutura. Cierre en dos planos del diafragma. Tubo en pleura.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Duración operación: 2 horas. Tolerancia buena. Presión arterial final 90 máxima de mercurio; mínima 40 mm. transfusión: 2 litros.

Este paciente evolucionó favorablemente.

La radiografía de control tomada a los 20 días de la intervención mostró (fig. 4): buena reexpansión del pulmón izq. Pequeña deformación de la silueta cardíaca sobre ventrículo izquierdo.

El estudio electro cardiográfico mostró modificaciones con caracteres de infarto de punta que luego retrocedió. Fue seguido por el Dr. Balbi desde el punto de vista cardiológico.



FIG. 4. — Caso I: R. M. Radiografía post - operatoria, 20 días después intervención.

Esta observación presentó una doble indicación absoluta de operación; herida probable de corazón y herida tóraco abdominal con probable lesión visceral intra-abdominal. El cuadro de choc grave con el que el paciente ingresó, llevó a operarlo de inmediato como medida de extrema urgencia, ante la posibilidad de que existiera una herida penetrante de corazón.

La no existencia de síndrome de taponamiento cardíaco, hizo pensar de antemano en que hubiese una brecha amplia del pericardio que drenara la sangre a la pleura, como se comprobó luego en la operación.

**2da. Observación.** — R. G. 19 años. Herida de bala — calibre 32 hemoneumotórax. Orificio de entrada: Lob. medio. Orif. de salida: Lob. sup., seg. ant. lat. Herida 6ª arteria intercostal.

Trat.: Sutura. Hemostasis. Drenaje. Evolución: Buena.

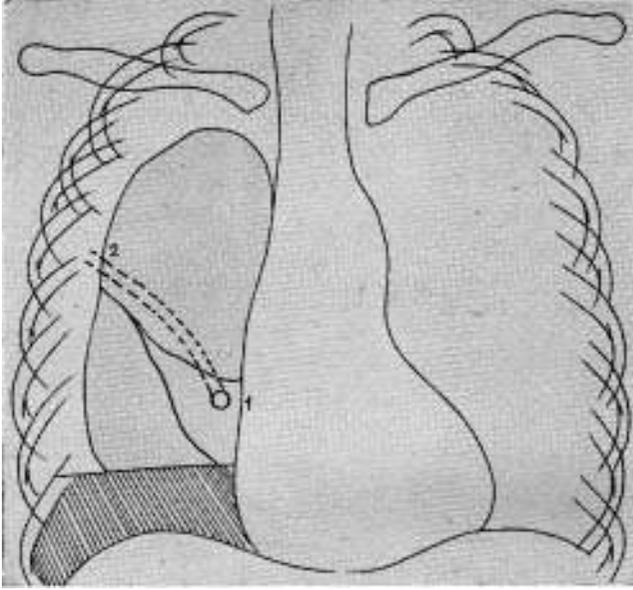


FIG. 5. — Caso II: R. G. 19 años. 1) Orificio de entrada; 2) Orificio de salida.

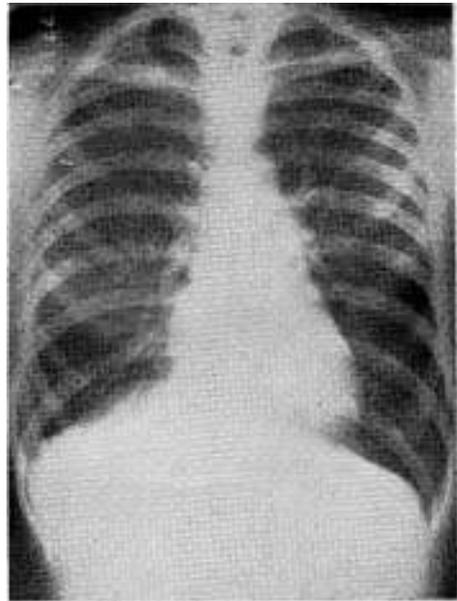


FIG. 6. — Caso II: R. G. Radiografía post - operatoria 2 meses después de la intervención.

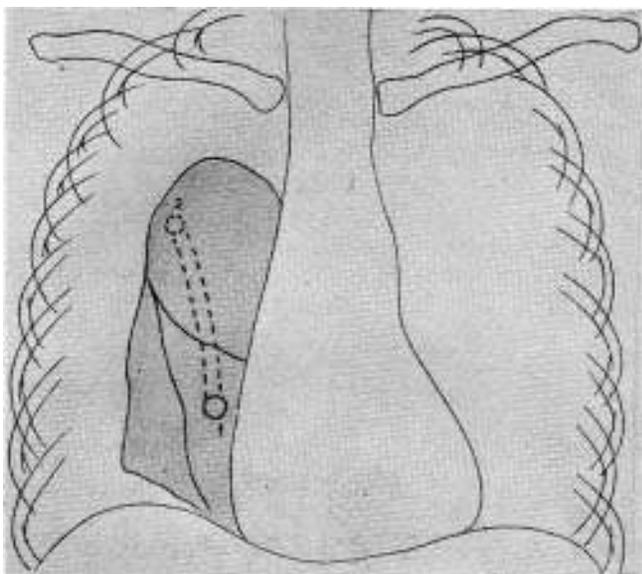


FIG. 7. — Caso III: G. E. 35 años. 1) Orificio de entrada; 2) Orificio de salida.



FIG. 8. — Caso III: G. E. Radiografía post - operatoria 2 meses después de la intervención.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Se extrajeron durante la operación dos litros de sangre de la cavidad pleural.

La radiografía de control dos meses después de la intervención (fig. 6), mostró: buena reexpansión pulmonar. Ha desaparecido el foco contusivo pulmonar. Pleuritis basal en retrocesión.

**3ra. Observación.** — G. E. 35 años. Herida de bala — calibre 38. — Hemoneumotórax. Orificio entrada: Lob. medio. Salida: Lob sup. seg. post. lat. Trat.: Toracotomía. Sutura. Drenaje. Evolución: buena.

Se recogió durante la operación un litro y medio de sangre aproximadamente. La Rx. pre-operatoria no mostró nivel líquido debido a que fué tomada acostada, a causa del grave estado de choc con el que el paciente ingresó.

**4ta. Observación.** — C. B. de M. Mujer de 65 años (intento de suicidio). Ingresó con cuadro de choc grave por herida de bala en hemitórax izq. Tiempo de evolución hasta el ingreso, de 7 horas. Gran enfisema subcutáneo en tórax y cuello. Hemoptisis repetida.

La radiografía pre-operatoria mostró (fig. 9), enfisema subcutáneo. Opacidad en 1/3 medio hemitórax izq. No neumotórax debido a la existencia de adherencias pleurales como se comprobó en la operación.

**Operación.** — Se abordó en decúbito dorsal por toracotomía anterolateral con resección de la 3ra. costilla. Se tuvo en cuenta para la elección de dicha posición y abordaje:

a) Paciente de 65 años, con estado general precario y déficit marcado cardio-respiratorio.

b) El hecho de continuar con hemoptisis; la posición lateral podría llevar a la inundación bronquial del pulmón contro-lateral. Se le efectuó previamente a la operación e inmediatamente después de la inducción anéscica, broncoaspiración que fué efectiva. La exploración operatoria mostró estallido del segmento apical del lóbulo superior izq. Se le efectuó segmentectomía apical, lóbulo superior izq. Evolución buena, pese a que en el post-operatorio inmediato hizo una hemiplejía por hemorragia cerebral, que retrocedió casi en totalidad. Fue tratada por dicho cuadro por el Dr. Gonzalo Fernández.

La radiografía post-operatoria a los 8 días mostró (fig. 10), buena reexpansión pulmonar. Fondo de saco costo diafragmático libre. La tráquea desplazada a izq. para ocupar la zona correspondiente al segmento reseado.

**5ta. Operación.** — M. I. 34 años. Hemoneumotórax. Herida arma blanca en tórax y abdomen. Orif. entrada: 8º esp. intercostal izq. (parte posterior). Dos perforaciones en lób. inf. y dos en lób. sup. Tratamiento. Toracotomía, Sutura. Drenaje. Evolución: accidentada.

En la operación se encontró un hemotórax de alrededor de dos litros. En el post-operatorio presentó derrame pleural sero-fibrinoso



FIG. 9. — Caso IV: C. B. de M. 65 años. Radiografía pre-operatoria.



FIG. 10. — Caso IV: C. B. de M. Radiografía post-operatoria 8 días después de la operación.

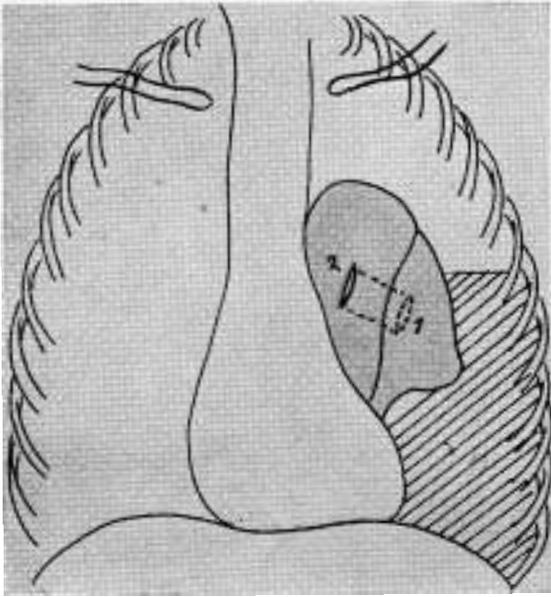


FIG. 11. — Caso V: M. I. 34 años. 1) Orificio de entrada; 2) Orificio de salida.

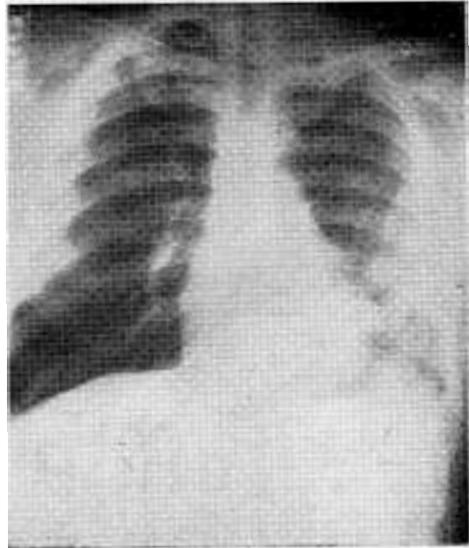


FIG. 12. — Caso V: M. I. Radiografía a los 2 meses de operado.

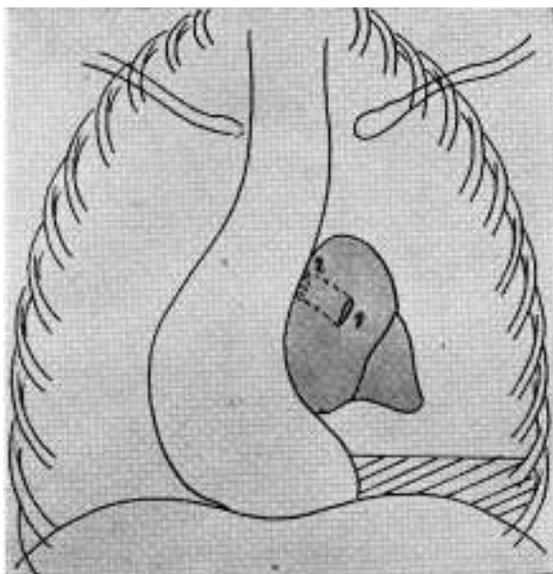


FIG. 13. Caso VI:  
J. A. S., 25 años. 1)  
Orificio de entrada;  
2) Orificio de salida.

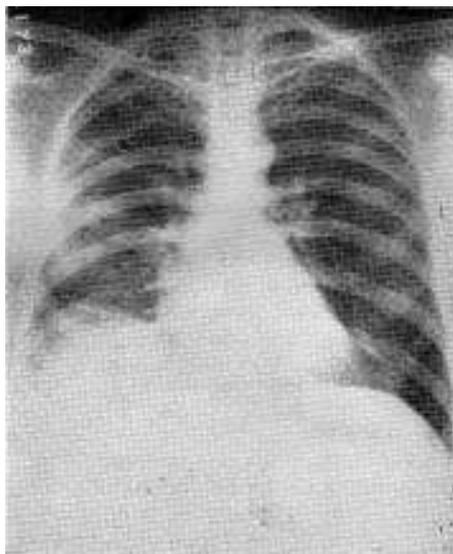


FIG. 14. — Caso VI: J. A. S.  
Radiografía post-operatoria, 8  
días después de la intervención.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

amicrobiano, que debió ser evacuado. La radiografía a los dos meses mostró (fig. 12), reexpansión total, base ligeramente opaca correspondiendo a pleuritis en retrocesión. Parte de aguja en partes blandas.

**6ta. Observación.** — J. A. S. 25 años. Herida de arma blanca. Neumotórax total a tensión. Hemotórax. Orificio de entrada, 2º esp. intercostal izq. Doble perforación. Lóbulo sup. izq. Chock muy grave. Tratamiento: Toracotomía. Sutura. Drenaje. Evolución: buena.

La Rx. a los 8 días de la operación mostró (fig. 14), reexpansión pulmonar completa, pleura limpia, opacidad pequeña, yuxta hiliar izq. correspondiendo al foco contusivo en regresión.

### CONSIDERACIONES

Un número cada vez más elevado de pacientes con heridas de tórax debe ser operado. Es indudable que con los adelantos actuales en Cirugía de Tórax, especialmente del tipo de anestesia, transfusión, etc., el pronóstico de estos heridos graves de tórax ha mejorado apreciablemente. Creo, sin embargo, que cada caso debe ser considerado en especial y que del cuidadoso balance del cuadro clínico - radiológico, vendrá o no la indicación operatoria.

Con respecto a la oportunidad operatoria: El 1er. caso (R.M.) en el que se sospechó herida de corazón, requirió operación inmediata, es decir, una media hora después que ingresó habiendo recibido en el interin dos litros de sangre. El 6º caso, J. A. S., en el que se hizo diagnóstico de neumotórax a tensión, fue operado a la media hora del ingreso, siendo transfundido de inmediato. Recibió 600 cc. en el pre-operatorio. Los restantes casos fueron tratados con terapéutica anti-choc y anti-hemorrágica e intervenidos dos a tres horas después del ingreso.

La conducta operatoria a seguir estará supeditada al tipo de lesiones que se encuentren. Frecuentemente, tal cuatro de nuestras observaciones, es suficiente con efectuar una sutura hermética de la perforación pulmonar. Sin embargo se debe estar preparado para efectuar si es necesario una resección pulmonar. En la 4ª observación (C. B. de M.), presentada se aunaron los dos elementos que imponen esta conducta: a) Foco lesional parenquimatoso muy extenso e irreversible. b) Lesión de un bronquio importante o de elementos vasculares segmentarios o lobares. El abordaje debe ser amplio y rápido. Las toracotomías post-laterales sin resección de costilla, entrando a través del periostio de la costilla inferior o sup. (lo que da una vía exangüe) fue la que más empleamos.

El estudio funcional respiratorio lo efectuamos a los seis meses de la operación. La clínica y los exámenes radiológicos permiten esperar buenos resultados en ese sentido.

Para terminar, quiero destacar que una parte importante en la buena evolución que tuvieron todos estos pacientes, se debió a la colaboración eficaz que prestaron técnicos como ser: transfusionistas, anestesis-tas, practicantes, etc., especialmente en los casos de extrema urgencia.

**Dr. Bosch.** — Simplemente quería destacar y felicitar al Dr. Rubio porque nos ha presentatdo una serie de enfermos sin ninguna mortalidad. Creo que es lo más destacado de la comunicación que nos ha hecho.

Con respecto al tratamiento instituido, estoy en general de acuerdo; para comentarlo, habría que referirse a cada observación en particular, cosa que no haremos.

Agradezco al Dr. Rubio la alusión que ha hecho del relato para el Congreso Nacional, del cual fui autor.

**Dr. Etchegorry.** — Simplemente quiero felicitar a Rubio por el éxito obtenido y por el criterio que ha aplicado en los casos tratados, que es el justo, como lo prueba el resultado obtenido. Cada enfermo hay que tratarlo de acuerdo con las condiciones que requiere por aquello de que la verdadera igualdad consiste en tratar desigualmente las cosas desiguales. Por lo tanto es de desear insista en tal conducta y pueda en un futuro próximo traernos nuevos éxitos como los que presenta esta tarde. Nada más.

**Dr. Priario.** — Pido la palabra en primer término para felicitar al Dr. Rubio por el excelente trabajo que ha traído.

En segundo lugar, debo decir que estoy completamente de acuerdo con el Dr. Rubio y con las palabras expresadas por el Dr. Urioste, respecto a la conducta terapéutica en estos casos.

Quería insistir en un hecho que ya mencionó el Dr. Urioste y es el siguiente: la importancia de la gravedad que presentan las heridas de arterias de la pared torácica.

En enfermos que he intervenido por heridas de tórax, el hemo-tórax más grave que tuve que intervenir, por la rapidez de su producción y por la enorme cantidad de su sangre que tenía en el tórax, (dos litros), fue una herida de la mamaria interna; era un paciente que había recibido una herida de arma blanca en la parte anterior de su tórax y que, desde el momento que ingresó al hospital hasta que fue llevado a la sala de operaciones, que no fue más de una hora, el enfermo presentaba el hemo-tórax que pasaba los dos litros y fue necesario una importante transfusión de sangre. Este enfermo fue intervenido por una toracotomía anterior, fue ligada la arteria en causa y el proceso evolucionó en condiciones perfectas. Nada más.

**Dr. Rubio.** — Quiero fundamentalmente agradecer la atención de todos y muy especialmente a los Dres. Bosch, Etchegorry, Urioste y Priario, que se ocuparon de esta pequeña comunicación. Muchas gracias.