

Clínica Quirúrgica Infantil — Prof. Dr. Ricardo Yanicelli

HEMONEUMOTORAX BILATERAL NEUMOPERITONEO (*)

Dres. M. T. Cabrera Roca y M. E. Uteda

V. H. Ch. 9 a. Procedencia: cápital.

Motivo de ingreso: niño que a las 9 y 45 del día 15 de setiembre fue atropellado siendo tomado por su espalda y embestido tres veces por automóvil. No tuvo pérdida de conocimiento. El niño ingresa al S. de Urgencia a las 11 y 40.

Examen: niño muy grave, con respiración quejosa superficial, de ritmo invertido, cianosis, algunas equimosis en cara, herida de cuero cabelludo en región parieto occipital media. Lúcido, responde al interrogatorio, facies de sufrimiento; lesiones superficiales de tórax, predominantes a izq. con marcas de haber sido arrastrado y de gomas del coche.

Pleuropulmonar: hipersonoridad en ambos hemitórax. No hay enfisema superficial. No se oyen ruidos respiratorios, ritmo de 36 respiraciones p. m. irregular.

Cardiovascular: se escucha muy mal los ruidos cardíacos, pulso 115. P. A. 13 y 7.

Ex. Neurológico: Reflejos normales. Somnolencia.

Abdomen: Contracturas generalizadas. Tacto rectal: no hay abombamiento en Douglas. Cateterismo vesical: orinas claras.

Resumen: a) sufrimiento respiratorio, b) síndrome peritoneal.

Pedimos placas de tórax y abdomen incorporado y en cama, que no confirma el hemo neumotórax bilateral y aparece un neumoperitoneo. Lo llevamos inmediatamente a sala de operaciones para hacer primero la pleurotomía bilateral. Visto en este momento por la Dra. Uteda que practica el examen siguiente: disnea intensísima con ritmo respiratorio y con expiración activa, quejosa, prolongada, tórax distendido al máximo bilateralmente, muy timpánico. No se oyen los latidos cardíacos. No se puede topografiar la punta. No se oye murmullo vesicular. Sólo se oyen en las regiones paraesternales el componente bronquial de la respiración, con expiración prolongada y quejosa. Como el estado de sufrimiento respiratorio se acentúa por momentos, decidimos puncionar previamente ambos hemitórax con trocars conectados a bocales bajo agua, para equilibrar el estado respiratorio y una vez mejorado éste, realizamos la pleurotomía bilateral. Durante todas estas maniobras ha ido pasando una

(*) Trabajo presentado en la $\frac{1}{2}$ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 11 de octubre de 1961.

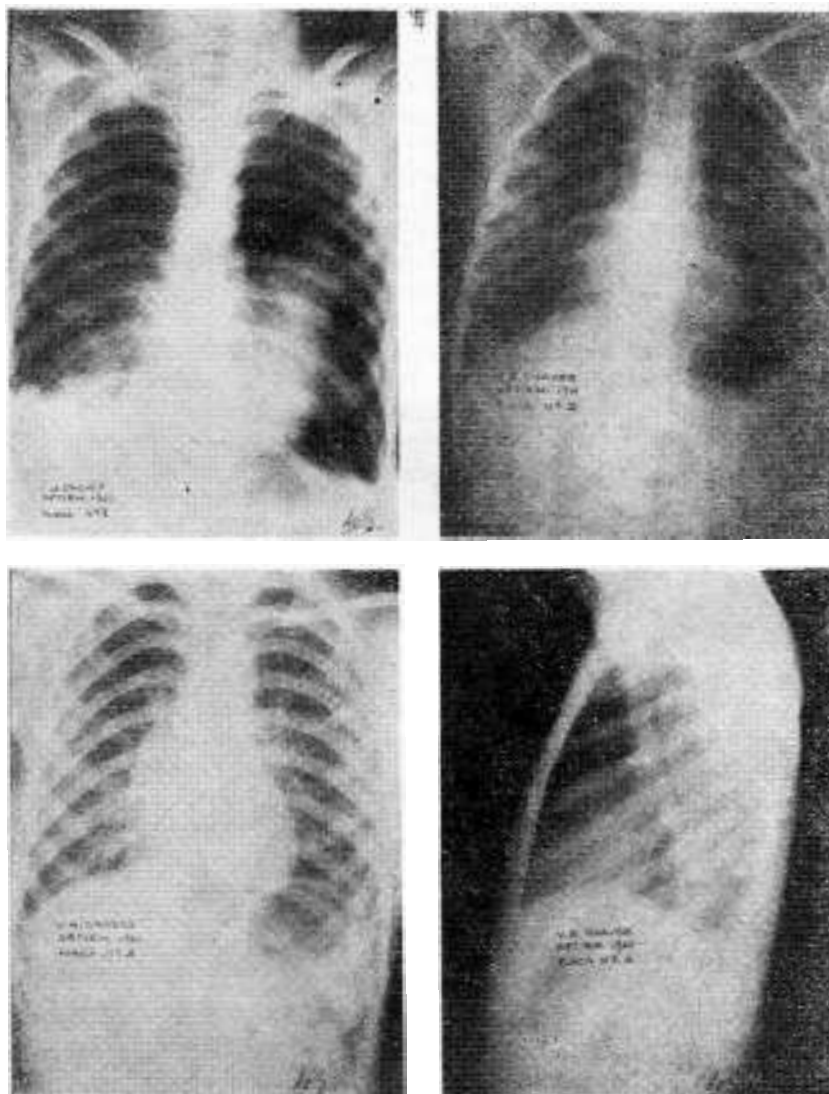


Fig.

transfusión que en su comienzo fue plasma y luego sangre en cantidad de 1 litro y medio.

Dra. Cabrera, Pte. Peri.

1) Punción con trócar en ambos hemitórax.

2) Pleurotomía con colocación de sonda de Nelaton en ambos hemitórax a la altura del 5º espacio intercostal, línea axilar media. Viene

aire burbujeando en los bocales y sangre abundante en el bocal D. y aire más a tensión en el bocal iz. Progresivamente se va equilibrando el ritmo respiratorio, la coloración mejora, desaparece la midriasis y el estado general mejora notablemente. 28 respiraciones, 140 de pulso.

Hora 15 y 30. Se coloca sonda gástrica.

Dra. Cabrera Roca, Dr. Folco Rosa, Pte. Peri. Anestésista, Dr. A. Trujillo y Pte. Caputti. Incisión transversa con sección de ambos rectos, hay sangre libre en el peritoneo. Exploración exhaustiva abdominal, no hay lesión de vísceras llenas ni huecas. Exploración del diafragma: no hay herida grande aunque no se descarta que haya habido alguna efracción de éste. Cierre de la pared por planos.

Post-operatorio inmediato: bueno. Se aspira gran cantidad de sangre que viene de la vía aérea, lo cual mejora su respiración.

Hora 23. Buen color. Discreta disnea, topografía de la punta normal. Latidos de intensidad normal. Respira profundamente. Radiografía de tórax, reexpansión total de ambos pulmones.

Día 16. Ha vomitado algo, disnea moderada. Se ausculta respiración en ambos campos pulmonares. Roces pleurales en tercio inf. D. con ruido a cuero nuevo. Punta en 4º espacio intercostal de ritmo normal.

18/IX. Se pinza la sonda de hemitórax izq. y la sonda gástrica. Radiografía control.

19/IX. Radiografía que permite retirar la sonda de hemitórax izq. Se retira sonda gástrica. Tránsito intestinal reiniciado.

20/IX. Se pinza sonda de hemitórax D. Radiografía control.

21/IX. Se retira sonda de hemitórax D.

25/IX. Enfermo en excelentes condiciones. Se retiran puntos de herida abdominal y sutura de cuero cabelludo. Radiografía control normal. Alta.

RESUMEN

1) Síndr. de insuf. respiratoria por hemoneumotórax bilateral.

2) Síndr. peritoneal con neumo peritoneo radiológico. El hecho de encontrarse sólo sangre, sin lesión visceral, hace pensar en una posible efracción del diafragma que habría sangrado o dejado pasar sangre y aire de los hemitórax lesionados.

3) Traumatismo de cráneo sin pérdida de conocimiento, con herida de cuero cabelludo.

4) Hematomas múltiples en tórax, miembros inferiores, superiores y cara.

Plan de trabajo: 1) equilibrar el ritmo respiratorio; 2) explorar el abdomen; 3) si no se hubiera equilibrado el ritmo res-

piratorio con la pleurotomía, nos hubiéramos visto obligados a una toracotomía que felizmente no fue necesaria.

Dr. Valls. — Yo voy a felicitar a la Dra. Cabrera por los resultados obtenidos y por el tratamiento realizado. Yo voy a hablar sobre todo por el hecho de haber tenido una experiencia que no es enteramente similar. Que pone en evidencia un herido de tórax que sangra hacia el abdomen, puede tener una sintomatología abdominal que haga pensar que tiene algo abdominal y lo abdominal es secundario a lo torácico. Me acuerdo de un ciego que recibió dos puñaladas, una en el abdomen y otra en el tórax, y resulta que tenía una contractura generalizada, y lo operé y encontré que en el abdomen había nada más que sangre. Y cuando busqué el lugar de la hemorragia encontré que la sangre pasaba desde el tórax al abdomen. Le hice la toracotomía y encontré que ese enfermo tenía a nivel de la pared anterior una sección de la arteria mamaria interna que es la que provocaba el hemotórax que pasaba la herida del diafragma hacia el abdomen. Y tenía una contractura generalizada. El enfermo ese fue tratado, al hacer la resección costal se le hizo la ligadura de la mamaria interna, se le hizo la reexpansión, se suturó y marchó perfectamente bien. Pero a ese enfermo lo operamos pensando que tenía una cosa más grave en el abdomen que en el tórax.

Dra. Murguía de Roso. — Yo deseaba hacer referencia a la importancia que tienen los traumatismos de tórax en el politraumatizado, y donde muchas veces el cuadro abdominal es el que prevalece, pudiendo pasar desapercibida la lesión torácica, que en el caso del neumotórax sería de graves consecuencias. Yo recuerdo que una vez en una guardia me llamaron para ver un niño que venía del interior, donde había sufrido un accidente automovilístico. Traía unas líneas del médico que lo había visto, shockado, con un cuadro de vientre y le había hecho dar una inyección de coramina. Lo mandaron en una ambulancia a Montevideo, administrándosele oxígeno durante todo el camino. Cuando el niño venía, la ambulancia chocó nuevamente en Bulevar Artigas y Suárez. El choque fue sumamente violento a tal punto que falleció el padre del niño en ese segundo accidente. Y el niño llegó sumamente grave al hospital. El diagnóstico que se había hecho era de ruptura de bazo y anemia aguda. El niño estaba sumamente shockado cuando yo lo vi. Estaba en posición de Trendelenburg y pasándosele una transfusión de sangre por indicación de la guardia. Sin embargo, a nosotros nos llamó la atención que presentaba un síndrome de insuficiencia respiratoria muy evidente con polipnea, respiración superficial, respiración contenida y cianosis, por lo cual pensamos en la posibilidad de un traumatismo de tórax. El vientre si bien dolía, el dolor no era muy importante y la defensa era sobre todo del vientre superior, pero no muy acentuada y se podía explicar también por el traumatismo de tórax. Se le suspendió

entonces momentáneamente la transfusión y se le hizo una radiografía. En la radiografía se comprobó que tenía fracturas de varias costillas y un neumotórax. Se le drenó el neumotórax, y después recién se continuó con la sangre, porque tenía un cuadro de anemia aguda que era motivado porque tenía fracturas múltiples. Tenía fracturas de pelvis, fracturas del omoplato, en fin, un traumatismo muy grande. El cuadro abdominal cedió y ese niño no fue necesario ser intervenido. Pero si nos hubiéramos quedado con la primera impresión de que el niño presentaba una anemia aguda por una ruptura de bazo y se hubiera intervenido, seguramente las consecuencias hubieran sido desastrosas. Así que por eso yo quería hacer hincapié en el sentido de investigar las lesiones torácicas, porque el hallazgo del neumotórax o del hemotórax obliga a una conducta de urgencia en primer término, debiendo posponerse, como en el caso de la Dra. Cabrera, si es necesario, la laparotomía. En el enfermo mío no tuvimos que llegar a esa eventualidad. Nada más.

Dr. Yannicelli. — Preguntar sobre la intensidad de expectoración hemotoide o de la hemotisis. Tuve oportunidad de ver este enfermo a poco de llegar, y estuvimos de acuerdo precisamente con el plan quirúrgico que se iba a adoptar, que es un triunfo del análisis del caso clínico en particular. Demuestra que siempre no hay que resolver el problema quirúrgico yendo a investigar quirúrgicamente cuál es el motivo del hemoneumotórax. Presuntivamente este caso tenía una herida de pulmón aunque fuera en ambos lados, en ambos pulmones, de una entidad que no era necesario, por lo menos al comienzo, hacer ninguna intervención quirúrgica directa, es decir abordar por toracotomía, sino que por el contrario, en cambio había que resolver el problema que creaba allí el neumotórax bilateral. La intensidad de la hemorragia era escasa. Lo decía el estado general del enfermo y lo decía el nivel líquido. El síndrome peritoneal podría explicarse por el traumatismo torácico tóracoabdominal. Una contractura pronunciada y la imagen del neumoperitoneo obligaba a una exploración quirúrgica. De manera que lo que correspondió hacer era lo que se hizo. Primero resolver el problema funcional que se creaba al enfermo, que estaba cianótico y que no hubiera soportado una laparotomía exploradora. Además se vio que esa terapéutica de la punción y después de la pleurotomía era suficiente. No hubo necesidad de hacer una toracotomía más amplia. El simple drenaje del neumotórax demostró que se cohibía espontáneamente a la hemorragia pulmonar, y que se cerraba el orificio que provocaba el neumotórax y que no era necesario nada más. Y la laparotomía permitió hacer, con un estado funcional respiratorio adecuado, un estudio de cómo estaba el abdomen, demostrando que tampoco allí era necesario hacer una intervención mayor. De manera que creo que es el triunfo de la terapéutica razonada con el enfermo. No haciendo más que lo necesario y habiendo catalogado las lesiones que iban apareciendo, aunque existían, y haciendo una cirugía

metódica para ir combatiendo en cada caso lo más importante. Lo primero era el neumotórax bilateral. Después es aclarar la reacción peritoneal, suponiendo desde luego, que podía haber una lesión visceral. Se encontró sangre, de manera que el traumatismo tuvo alguna incidencia también en la vía abdominal y solamente la laparotomía pudo haberlo aclarado. Ahora, desgraciadamente, no se pudo conseguir una nueva placa para ratificar esa imagen peritoneal. Queda por discutir cuál es el origen de ese neumoperitoneo. La hipótesis de que pueda producirse por una efracción diafragmática que no ha dejado secuela visible y tampoco palpable al tacto del cirujano, crea desde luego una duda, pero es el ambiente al neumotórax a través de un diafragma chico de pared delgada como en el niño y favorecido también por una presión positiva que pueda haber determinado ese origen. No había ninguna lesión visceral visible abdominal que explicara el neumotórax por la vía neumoperitoneal. Así que es un resultado digno de ser comentado.

Dra. Cabrera Roca. — Al Dr. Valls: agradecerle los conceptos que ha tenido con respecto al caso. Uno encuentra en los traumatismos de tórax muy a menudo contracturas reflejas, que retroceden y no precisan ser intervenidas. En este caso teníamos un elemento radiológico decisivo, el neumoperitoneo y una contractura mayor que la refleja.

Respondiendo al Dr. Praderi: Es una hipótesis nada más. Sólo podemos decir que por la amplia incisión que hicimos pudimos explorar bien el diafragma izquierdo, y del lado derecho lo que permite el hígado. Admitimos esta posible herida diafragmática, al no encontrar ninguna lesión abdominal que explicara la sangre allí encontrada y la acumulada en el Douglas.

En lo que respecta a la Dra. Murguía de Roso: Efectivamente, conocemos el caso y creemos que la importancia del traumatismo torácico debe primar. Felizmente el síndrome de insuficiencia respiratoria es bastante ruidoso y debe guiarnos en las decisiones terapéuticas. El retardo en esto de no haber puncionado los neumotórax previamente para equilibrar hubiera podido significar el exitus del niño. Luego hicimos la pleurotomía.

Con respecto al Prof. Dr. Yannicelli: Agradecemos también los conceptos vertidos y le decimos que la hemoptisis que no existía espontáneamente al hacer la intubación para la intervención abdominal, vino abundante sangre de la vía aérea lo que mejoró la respiración. Esto nos permite decir que lo que había sangrado hacia la cavidad pleural era parenquimatoso. La cantidad de sangre que tenía en el primer momento en el hemitórax derecho era pequeña, pero aumentó a algo más de $\frac{1}{2}$ litro al producirse la reexpansión y se mantuvo durante tres días. Del lado izquierdo la cantidad fue pequeña, la salida fugaz y desapareció inmediatamente.

Agradezco a todos los conceptos vertidos.