

Politraumatismo grave. Estallido de lóbulo pulmonar

Guillermo Piacenza, Juan C. Castiglioni, Luis Bergalli,
José P. Perrier, Edgardo Torterolo y Humberto Viola

Presentación de un politraumatizado con graves lesiones abdominales y torácicas. Se expone la interpretación diagnóstica en función de su balance lesional primario y respuestas iniciales a su tratamiento de reanimación. Se describe la conducta quirúrgica seguida y los cambios de procedimiento en función de la respuesta obtenida al tratamiento instituido. Se discute por último la importancia de adoptar un criterio dinámico basado en el control permanente de la evolución del enfermo.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS: Lung diseases.

El politraumatizado grave constituye una de las emergencias quirúrgicas donde la eficiencia y rapidez del cirujano suelen decidir el pronóstico del paciente. El motivo de esta presentación es el de considerar un caso clínico donde lo infrecuente de la lesión anatómica presente, así como la secuencia en que se sucedieron los hechos, indican la necesidad de evaluar estos traumatizados con un criterio dinámico en función de la evolución clínica de su sintomatología, así como la respuesta al tratamiento instituido.

OBSERVACION CLINICA

J. M. 20 años. N° 166.526 H.C.F.F.AA.

30 minutos antes de su ingreso, politraumatismo grave por accidente de tránsito, siendo despedido del vehículo en que viajaba.

Al ingreso excitado, anemia aguda severa, sed de aire, palidez cutáneo-mucosa marcada. PA 50 Mx. intomables la Mn. Enfisema subcutáneo que predomina en Hemitórax Izq. con zona erosiva en cara anterolateral de región tóraco abdominal izq. No respiración paradójal. Hemitórax Izq. poco móvil. Abdomen

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 2 de agosto de 1978.

Profesor Adjunto de Semiología Quirúrgica, Cirujano del H.C.F.F.AA., Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía del H.C.F.F.AA., Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica y Cirujano del H.C.F.F.AA.

Dirección: Avda. 8 de Octubre 2661, Ap. 2, Montevideo (Dr. G. Piacenza).

Departamento de Cirugía del H.C.F.F.AA. (Dir. Dr. Bruno Rinaldi). Montevideo. Uruguay.

contractura a predominio hemiventre superior, resto depresible dolor intenso a la compresión.

Hecho el balance lesional primario se instituye en forma inmediata tratamiento de reposición mediante dos descubiertas venosas. En Servicio de Emergencia Toracotomía mínima con grueso tubo de goma por 5º espacio intercostal izq. drenando por el mismo 300 de sangre oscura. El enfermo mejora parcialmente, el Hemitórax izq. se moviliza algo más, su pulso disminuye en frecuencia y aumenta en amplitud. En este momento, aproximadamente a 20 minutos de su ingreso, es trasladado a Sala de Operaciones sacándose en su trayecto una Radiografía de tórax, la cual insumió un retardo de 5 minutos (Fig. 1). La misma muestra una imagen contusiva en parénquima, derrame mínimo en fondo de saco izq., pulmón reexpandido, no desviación mediastinal, fractura de clavícula. Unido a ello el control del drenaje pleural muestra un gasto total de 350 c.c. de sangre. Fístula aérea mínima alejando en principio la sospecha de una lesión de vía aérea en función del enfisema subcutáneo existente. Se orienta la intervención hacia una laparotomía exploradora donde se presume está la lesión más importante.

Intervención: Mediana supraumbilical. Hemoperitoneo de aproximadamente 3 litros. Estallido de bazo (Fig. 2). Esplenectomía. Lavado del peritoneo. Resto de exploración normal. Diafragma indemne. No existen otros focos hemorrágicos. Pese al control de la hemorragia el enfermo se agrava. El Anestesiista refiere dificultad para ventilar al paciente. El enfisema subcutáneo así como el drenaje pleural están incambiados. Descartado el polo abdominal como causa del shock, el polo torácico pasa a primer lugar. La mala respuesta al tratamiento es en ausencia de elementos semiológicos suficientes, una indicación irreversible de abordar el tórax. Se efectúa Toracotomía antero lateral izq. por 5º espacio intercostal. Se comprueba estallido del lóbulo inferior con desgarramiento del bronquio lobar respectivo (Fig. 2).

Procedimiento: Lobectomía inferior con doble ligadura del pedículo vascular y cierre del bronquio con puntos separados de Mersilene 3-0. Cierre de la Toracotomía. Drenaje Pleural con grueso tubo de goma.

Post-Operatorio: Paciente trasladado al CCI. Insuficiencia Respiratoria Post-traumática que se agrava en las primeras 48 horas, requiriendo intubación traqueal, broncoaspiración y respiración apoyada así

DISCUSION

En todo traumatismo toracoabdominal el cirujano debe discernir sobre cual ha de ser la cavidad abordada en primer término. El balance lesional suele orientarnos. La participación abdominal suele ser manifiesta tal cual ocurrió en este paciente. La participación torácica se rige por el análisis de síntomas y signos que deben corroborarse mediante el estudio Rx. Este no debe insumir un retardo en el tratamiento y ofrece elementos que son de fundamental importancia en la evaluación del herido. La presencia de signos que confirmen la ocupación pleural debe ir seguida de su inmediato drenaje con la finalidad de restablecer la dinámica toraco - pleuro - pulmonar, evaluar la magnitud del derrame pleural, así como la entidad de la fístula aérea. Este gesto quirúrgico mínimo, suele ser suficiente en casi el 90 % de los casos, tal cual lo hemos manifestado en publicaciones anteriores (3, 4, 7) y tiene a su vez un enorme valor semiológico. Diversos autores (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) apoyan la conducta conservadora y condiciona la Toracotomía mayor a situaciones precisas tales como Hemotórax grave y progresivo lesión de grueso bronquic, lesión de mediastino, etc. En nuestro paciente sólo la presencia de un enfisema subcutáneo importante orientaba a sospechar la probable lesión de vía aérea.

La decisión de abordar la cavidad abdominal surge en nuestro enfermo del balance obtenido en función del estudio Rx. y de su drenaje pleural. La ausencia en este último de una pérdida importante de sangre o aire aún en presencia de un enfisema subcutáneo severo, nos hizo pensar en una contusión pulmonar grave como única lesión.

El control de la evolución del enfermo debe ser constante aún en el propio acto quirúrgico. La respuesta al tratamiento es sin duda el mejor índice para confirmar o rever nuestras presunciones diagnósticas en enfermos donde el margen de error es mínimo. El criterio dinámico en la evolución del herido es imprescindible puesto que nos permite adecuar el tratamiento en función del enfermo y no de pautas generales, que si bien son ciertas en la mayoría de los casos, están sujetas a excepciones como las que acabamos de ver. La magnitud de la lesión pulmonar era evidentemente discordante con los elementos semiológicos presentes. Por último queremos destacar que si bien los gestos terapéuticos mínimos suelen ser suficientes en el manejo de los traumatismos torácicos, otras veces éstos requieren interven-

ciones mayores que llegan como en nuestro caso a la resección pulmonar como única solución.

RESUME

Politraumatisme grave. Eclat du lobe pulmonaire

On présente un politraumatisme avec graves lésions abdominales et toraciques. On étudie le diagnostic dans les premières étapes de l'évolution clinique. On décrit la conduite chirurgicale à suivre d'accord à cette évolution clinique. On analyse enfin, l'importance du contrôle permanent de l'évolution du malade.

SUMMARY

Severe Thoracic and Abdominal Trauma. Bursting of pulmonary lobe

The paper describes the case of a patient suffering from serious abdominal and thoracic lesions. Interpretation of diagnosis is made taking into consideration primary lesional balance and initial response to revival treatment. There follows a description of surgical conduct and of there to changes there to according to response obtained. Finally the importance of adopting a dynamic criteria based on permanent control of the patient's evolution, is discussed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BEALL A. Considerations in the management of penetrating Thoracic Trauma. *J Trauma*, 8: 3, 408, 1968.
2. BEALL A, BRIKED DL, CRAWFORD HW and DE BAKEY ME. Surgical management of penetrating thoracic trauma. *Dis Chest*, 49: 568, 1968.
3. BERGALLI L, CASTIGLIONI JC, TORTEROLO E, PIACENZA G. Tratamiento de las Heridas de Tórax. Nuestra experiencia con 70 casos. *Rev SS.FF.AA.*, 1: 15, 1973.
4. CAZABAN L, BERGALLI L, PIACENZA G, CHIFFLET J. Tratamiento de las Heridas Pleuropulmonares. II Jornadas de Actualizaciones en Cirugía. Montevideo. Universidad de la República. División de Publicaciones y Ediciones. 1977.
5. HUGHES RK. Traumatismos Torácicos. *Clin Quir North Am*, 48: 759, 1968.
6. NACLERIO EA. Chest Injuries. New York. Grune y Stratton, 1971.
7. PIACENZA G, CASTIGLIONI JC, BERGALLI L, TORTEROLO E. Resultados y conclusiones en el tratamiento de 76 heridas pleuropulmonares. *Rev Argent Cir*, 32: 95, 1977.
8. VALLE AR. An analysis of 2811 chest casualties of the Korean conflict. *Dis Chest*, 26: 623, 1954.
9. VIRGILIO WR. Intrathoracic wounds in battle casualties. *Surg Gynecol Obstet*, 130: 4, 1970.