

## *Lesión de conducto torácico y tráquea por traumatismo cerrado de tórax*

Dr. Agustín Fronzuti, Dr. José Luis Martínez,  
Dr. Pedro Giorgi, Dr. Darío Quiróz.

Se presenta un caso inusual de una sección del conducto torácico asociada a una lesión longitudinal traqueobronquial producida por un traumatismo cerrado de tórax. La lesión del canal torácico dio origen a un quilotórax enquistado a tensión por adherencias pleurales previas que simuló un hemomediastino.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:  
Thoracic injuries.*

### **SUMMARY: Lesion of the thoracic tract and trachea caused by non-penetrating trauma of the thorax.**

Description of an unusual case of section of the thoracic channel associated with a tracheobronchial longitudinal lesion caused by non-penetrating trauma of the thorax. The lesion of the thoracic channel originated a tension chylothorax encysted by prior pleural adhesions, and simulated a hemomediastinum.

### **RÉSUMÉ: Lésion de canal thoracique et trachée par traumatisme fermé de thorax.**

Les auteurs présentent un cas peu fréquent d'une section du canal thoracique associée à une lésion longitudinale traquéo-bronchiale produite par un traumatisme fermé de thorax. La lésion du canal thoracique a produit un chylothorax enkysté à tension, par adhérences pleurales préexistantes, qui ont simulé un hémomediastin.

*Trabajo del INCOR y Equipo de Cirugía Torácica del CASMU.*

### **INTRODUCCION**

El interés de la presentación de este caso es mostrar una rara asociación lesional de dos estructuras mediastinales, una de las cuales es excepcionalmente involucrada en los traumatismos cerrados de tórax.

*Caso Clínico.* W.H.C. - 30 años - Hombre - CASMU Reg. 613.608 - INCOR Reg. 821.331.

Es apretado por un montacargas recibiendo el impacto en cara anterior y superior del tórax. Ingresa al Sanatorio N° 2 del CASMU el 23/10/82 donde es visto por el Cirujano de Guardia, comprobando la presencia de una insuficiencia respiratoria moderada, hemodinamia mantenida, ausencia de pulso radial izquierdo y erosiones en cara anterior y superior del tórax. La radiografía de tórax al ingreso muestra un neumotórax parcial derecho y ensanchamiento mediastinal localizado al sector superior izquierdo. Con anestesia local se realiza drenaje pleural lográndose inmediata reexpansión pulmonar no comprobándose fuga aérea. Visto por el equipo de cirugía vascular se decide efectuarle una aortografía que fue informada como sigue: A nivel del origen de la arteria subclavia izquierda se observa una imagen de compresión extrínseca con retardo de opacificación y circulación de la arteria subclavia y axilar izquierda con una imagen irregular a nivel del origen de dicha arteria. Enorme dilatación mediastinal con aspecto de neumohemomediastino que parece el responsable de la compresión (Fig. 1). Con el diagnóstico de lesión de arteria subclavia se traslada al Sanatorio de la Asociación Española.

Operación: (1er. tiempo). By-pass parcial fémoro-femoral. Cervicoesternotomía: incisión preesternocleido-mastoidea izquierda y esternotomía media. Apertura del pericardio: corazón y aorta intrapericárdica sin anomalías. Sección y ligadura de la vena innomi-

---

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de setiembre de 1983.

Cirujano Cardiovascular del INCOR, Cirujano de Tórax del CASMU, Anestesiista del INCOR.

Dirección: D'Aceglia 2010, Montevideo. (Dr. A. Fronzuti).

nada izquierda. Disección del arco aórtico y grandes vasos del cuello comprobándose gran infiltración de los tejidos de la región por linfa. El arco aórtico y sus ramas no presentan lesiones. Se decide abrir pleura izquierda para explorar aorta descendente, evacuándose quilotórax a tensión el cual se encuentra enquistado en la cavidad pleural, la cual estaba totalmente bloqueada por adherencias previas. Por la tensión a que estaba sometido había un desplazamiento y compresión de la arteria subclavia.

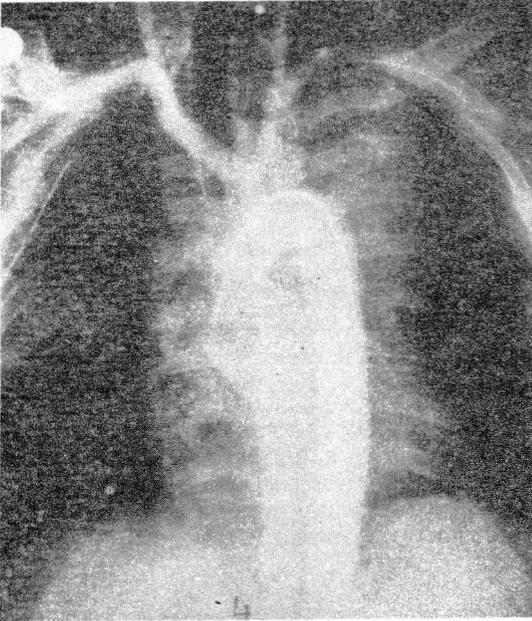


Figura 1. Aortografía en la que se aprecia el importante ensanchamiento mediastinal.

Se logra individualizar el conducto torácico que presenta una sección total, el cual drena importante cantidad de linfa, ligadura. Durante la disección mediastinal se pone en evidencia una importante fuga aérea. Se moviliza la cava, se penetra en el receso intercavo-aórtico comprobándose que la fuga aérea viene de la tráquea, de su pared posterior. Por el abordaje mediano es imposible resolver este problema. Cierre de la incisión.

(2do. tiempo). Toracotomía postero-lateral derecha entrando al tórax por el cuarto espacio. Se comprueba una lesión longitudinal que incluye sector distal de tráquea extendiéndose a bronquio fuente derecho caracterizada por un desprendimiento de la membranosa del cuerpo posterior de los cartílagos traqueales. Bajo visión se hace avanzar la sonda traqueal a bronquio fuente izquierdo efectuándose sin dificultad una sutura del desgarró a puntos separados de Tycron 3-0.

Postoperatorio: La evolución desde el punto de vista quirúrgico no tuvo incidentes (Fig. 2). El paciente pre-

sentó un síndrome de insuficiencia respiratoria aguda del adulto, por lo que debió permanecer en ventilación artificial durante 30 días. Luego de ellos queda con importantes lesiones traqueales subglóticas por intubación prolongada. Visto en agosto de este año el paciente presenta disnea de esfuerzo, árbol aéreo normal.

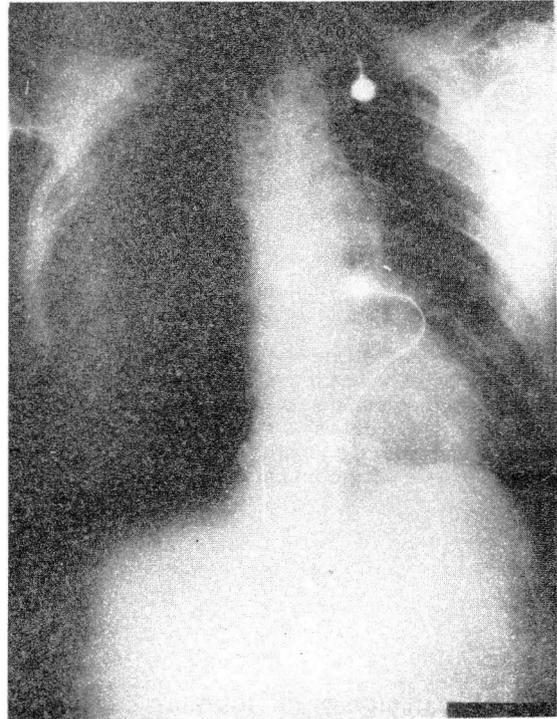


Figura 2. Radiografía de tórax del postoperatorio inmediato en la que se observa el tubo de drenaje mediastinal y pleural. Silueta mediastinal de morfología normal.

## COMENTARIOS

La lesión de estructuras mediastinales en los traumatismos cerrados de tórax son poco frecuentes si se les compara con las lesiones de la pared torácica y pleuropulmonares, siendo excepcionales las lesiones del canal torácico. Los traumatismos traqueobronquiales se observan en alrededor del 5% de los casos. Generalmente ocurre en asociación con otras lesiones torácicas y extratorácicas, tratándose en la mayoría de los casos de politraumatizados graves. El mecanismo habitual de lesión es el aumento brusco de la presión intraluminal causado por un violento traumatismo que determina un aumento súbito de presión en la vía canalicular que se ejerce contra glotis cerrada. El sector más frecuentemente involucrado es, como en nuestro caso, el sector traqueo-

brónquico en inmediata vecindad con la carina, observándose desgarros longitudinales o transversales. Salvo los pequeños desgarros traqueales altos que pueden ser tratados por traqueostomía los demás casos necesitan reparación quirúrgica.

El conducto torácico puede ser injuriado en cualquier punto de su largo recorrido. Su laceración da origen a un quilotórax. En 1948 Lampson<sup>(1)</sup> reporta el caso de un quilotórax tratado por ligadura del canal torácico. Recientemente Ramzy y col.<sup>(2)</sup> a propósito de una lesión del canal torácico producida en un accidente de moto, estudia los distintos procedimientos terapéuticos señalando las grandes dificultades que existen en la identificación del conducto torácico y las técnicas propuestas para cuando se ha decidido ir a ligarlo.

Por frecuencia, por la ausencia de pulso radial, la imagen de la radiología simple y sobre todo por los datos aportados por la aortografía se pensó en hemomediastino por lesión de subclavia. Los hallazgos operatorios fueron una sorpresa y lo que hace a esta observación particularmente interesante es la presencia de un quilotórax enquistado a tensión. El mismo obedeció a la presencia de adherencias pleurales previas que impidieron que la linfa se derramara en cavidad

pleural libre. La formación de esta colección a tensión yuxtamediastinal, en contacto con los grandes vasos explica la compresión de subclavia y su confusión inicial con un hemomediastino. Es también sorprendente como la lesión traqueal también se puso en evidencia al final de la operación como si la colección hubiera actuado como agente bloqueante.

Independientemente de estos hechos es nuestro interés enfatizar un último punto: Ante la sospecha de la existencia de un hemomediastino por lesión de aorta o una de sus ramas, el paciente debe ser referido a un centro donde se puedan cumplir las etapas diagnósticas y terapéuticas. No es el momento de señalar cuáles son estas etapas, sólo queremos decir que en nuestro medio existen centros capaces de hacerlo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. LAMPSON R. — Traumatic chilothorax. A review of the literature and report of a case treated by mediastinal ligation of the thoracic duct. *J. Thorac. Surg.* 17: 778, 1948.
2. RAMZY A., RODRIGUEZ A., COWLEY R. — Pitfalls in the management of traumatic chilothorax. *J. Trauma*, 22: 513, 1982