

ACTUALIZACION

Traumatismo de tórax

Coordinador:

Dr. Nestor CAMPOS PIERRI

Ponentes:

Dres. Hugo BERTULLO, Conrado BONILLA, Juan CHIFFLET,
Francisco DI LEONI, Héctor ESTABLE, Luis TAMBORINDEGUY, Jorge GNAZZO

Se presenta en la Mesa Redonda sobre Traumatismo de Tórax la actualización sobre este extenso tema que interesa a varios especialistas de la Medicina.

Se concluye que los traumatismos son cada vez más frecuentes ocupando en nuestro país la tercer causa de muerte, y que habitualmente son politraumatizados.

La asistencia pre-hospitalaria hoy día tiene un lugar preponderante en el tratamiento de todo politraumatizado dependiendo de ello la posibilidad de vida en muchas oportunidades.

Se reafirma que la Radiografía de tórax es el examen casi imprescindible en estos pacientes y que en el 85% de los casos con pequeñas maniobras quirúrgicas se soluciona al enfermo.

Se normaliza la indicación de la toracotomía mayor y se discute si existe lugar o no para su indicación en la sala de Emergencia. Se señalan los elementos diagnósticos para sospechar la lesión de gruesa vía aérea y la conducta a seguir.

Se valoran los elementos diagnósticos de lesión cardíaca y de grandes vasos intra-torácicos indicándose la terapéutica más adecuada en cada caso.

Estos enfermos presentan a veces insuficiencia respiratoria que responde a múltiples etiologías, y como tal deberán ser tratados. Las diferentes técnicas para el tratamiento del dolor son pilar fundamental para la evolución de estos enfermos, determinando con su buen uso la disminución de las complicaciones.

Presentado como Mesa Redonda al **XLI Congreso Uruguayo de Cirugía**, Noviembre 1990

1. Cirujano MSP. Salto. Coordinador del Ciclo Clínico Patológico
2. Prof. Adj. Cirugía.
3. Cirujano MSP, Maldonado.
4. Prof. Agreg. Clínica Quirúrgica
5. Cirujano MSP, Florida.
6. Prof. Adj. Cirugía Cardíaca.
7. Ex-Prof. Adj. Clínica Med. Fac de Medicina.
8. Intensivista-Anestesiólogo.

Dirección: Dr. N. Campos, Artigas 1031, Salto
(Cod. Postal 50.000) Uruguay.

Agradecemos al Laboratorio PFIZER por su invaluable colaboración para la publicación de esta mesa redonda

Introducción. Epidemiología. Consideraciones

Dr. Néstor CAMPOS PIERRI

Ante todo, debe agradecer a las autoridades del XLI Congreso Uruguayo de Cirugía el alto honor de haberme designado Coordinador de la Mesa Redonda **Traumatismo de Tórax** y en representación de los cirujanos que desarrollamos nuestra actividad en el interior de nuestro país. Desde ya digamos que el único mérito realmente importante ha sido, y Uds. me lo confirmarán, la elección de los panelistas, que por su trayectoria, en experiencia y en erudición, expondrán los temas de la Mesa y estaremos dispuestos para la discusión final, que creo será el punto más importante de esta Mesa.

Muchos cirujanos de nuestro país se han referido a este tema (1–57) en años previos, pero queremos homenajearlos a todos ellos en el nombre de un cirujano que lamentablemente desapareció físicamente en el momento de máxima producción, oriundo también del interior de nuestro país, a quien estimábamos, admirábamos y queríamos; me estoy refiriendo al Dr. Luis A. cazaban perossio.

La importancia del tema solamente la vamos a señalar en dos aspectos:

- 1) por su frecuencia
- 2) por su alta morbimortalidad

En EE.UU. fallecen alrededor de 150.000 personas por accidente por año (58–59). En 1985 40/100.000 (58) habitantes fallecen por accidente. Siendo los accidentes automovilísticos un 40% de ellos (27–30). Es la primera causa de muerte entre el año y los 44 (59). Los **traumatismos de tórax** son los **responsables del 25%** de esas muertes, pero además contribuyen entre un 25 a un 50% con esa patología (60, 61). De los accidentes que producen traumatismo de tórax mortal, el 66% son de automovilismo (58).

De los traumatismos de tórax, el 70% son cerrados (58).

Es rara la lesión traumática aislada del tórax; en el 80% hay lesiones concomitantes (58). Al ser politraumatizados a veces tienen más de un sistema fisiológico mayor alterado y la evaluación inicial será

determinar la vía aérea, la ventilación, la circulación. Posteriormente detallar las lesiones del politraumatizado y qué conducta seguir con el paciente. Es un enfermo en donde el diagnóstico y el tratamiento, muchas veces, va simultáneamente. Es un enfermo dinámico, que hay que estar evaluando y reevaluando permanentemente, pudiendo ese cambio ser muy rápido, dependiendo de la gravedad de las lesiones, por lo cual necesitará un monitoreo permanente.

Sin embargo, el 85% de los traumatismos de tórax se manejan con maniobras simples (61); sólo alrededor del 15% de los traumatismos de tórax requerirán una intervención quirúrgica mayor para corregir las lesiones intratorácicas (58).

Se señala como mortalidad global para los traumatismos de tórax un 18% (58).

En cuanto a los niveles de asistencia: el 85% pueden ser asistidos en sistemas locales, 10% necesitarán unidades de cuidados intensivos y un 5% necesitarán centros superespecializados (59). Por lo anterior, se deberán establecer en todas las ciudades importantes, Centros de Traumatología de 1^{er} nivel (58).

En nuestro país, y de acuerdo a la División Estadística del MSP (62) con datos del año 1987 (los últimos publicados), el traumatismo es la tercer causa de muerte, con 1.474 muertes al año, es decir, 4 por día. De esas 1.474, 321 son por accidente de transporte, es decir, el 22%. Si extrapolamos, y de acuerdo a la bibliografía consultada, el 25% son por traumatismos de tórax; morirían por esta causa alrededor de 75 pacientes por año.

Como causas de muerte, nuestro país tiene un patrón similar a un país desarrollado, el traumatismo 3^a causa. Si tomamos como indicador el A.V.P.P. (años de vida potencialmente perdidos) parámetro muy utilizado actualmente (63), veremos que la magnitud del impacto social del traumatismo es aún mayor.

Este indicador se refiere a los años que el individuo pierde al morir en función de la expectativa promedial de vida de cada sociedad. Como en los accidentes fallecen fundamentalmente jóvenes, y las

otras dos causas de muerte en nuestro país, enfermedades cardiovasculares y neoplasias, fallecen más viejos, hace que por las implicancias sociales, el Traumatismo, y en base a los A.V.P.P., es la causal de máxima jerarquía en nuestro país.

Delimitación del Tema

El tema traumatismos de tórax sería sólo él, para desarrollar un Congreso; de ahí que tuvimos que señalar aquellos tópicos que nos parecieron más importantes, porque:

- 1) debe ser conocido, por el cirujano general cualquiera sea el medio en que actúe, ya sea para su diagnóstico o para su tratamiento;
- 2) aquellas nuevas concepciones que se han aceptado como valederas, ya que uno de los objetivos de estos Congresos es poner los temas al día.

No trataremos: roturas del esófago, lesiones yatrogénicas traumáticas torácicas, ni las lesiones asociadas toracocervicocraneales, ni las toracoabdominales, así como tampoco las roturas del diafragma.

Pero queremos señalar la frecuente asociación de las lesiones toracoabdominales y el valor actual de la imagenología moderna: ecografía, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear (laparofibroscopía, etc.) para despistar o señalar lesiones intraabdominales, indicando la conducta a seguir con ellas, ya que una laparotomía puede estar señalando la diferencia entre la utilización o no de asistencia respiratoria mecánica en un paciente, cuando por su situación torácica así no lo precisare.

Presentaremos a los panelistas, pero antes queremos señalar que el traumatizado de tórax debe ser asistido por un equipo multidisciplinario (diferentes especialistas médicos, enfermeras universitarias, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, etc.) para que la evolución sea la más adecuada, aunque reafirmamos que el eje del equipo sigue siendo el Cirujano General, con conocimientos en Trauma, el cual deberá conocer todas las alteraciones fisiopatológicas que acontecen en este enfermo multiagredido.

El traumatismo de tórax puede ser clasificado en:

- a) **Abierto** (comunica el exterior con la cavidad pleural) por heridas por arma blanca o de fuego, etc.;
- b) **Cerrado** por contusión.

Los panelistas se referirán a aquellas situaciones generales para ambos tipos (cerrado-abierto) y se señalarán las diferencias cuando se necesario.

El Dr. Francisco DI LEONI, cirujano intensivista, que ejerce en la ciudad de Florida y con amplia experiencia en asistencia especializada prehospitalaria se referirá a la **Asistencia pre-hospitalaria del traumatizado de tórax**.

El Dr. Conrado BONILLA, cirujano que desarrolla su actividad en un área con alta frecuencia de accidentes, carreteros: Maldonado, Punta del Este; se referirá a la **atención del traumatizado de tórax en la puerta de emergencia** o Centro de Tratamiento Inicial.

El Dr. Juan CHIFFLET, cirujano dedicado desde años a la Cirugía de Tórax nos determinará la **Indicación de la toracotomía mayor en el traumatismo de tórax** y si tiene lugar la llamada **Toracotomía mayor en la Sala de Emergencia**.

El Dr. Hugo BERTULLO, cirujano intensivista dedicado también a la Cirugía torácica, nos señalará la conducta a seguir con la **Lesión de gruesa vía aérea**.

El Dr. Héctor ESTABLE, cirujano cardíaco, nos informará qué realizar con el **Traumatismo cardíaco y de los gruesos vasos intratorácicos**.

El Dr. Luis TAMBORINDEGUY, internista intensivista, se referirá a la **Insuficiencia respiratoria en el traumatizado de tórax**.

El Dr. Jorge GNAZZO, intensivista anestesiólogo, nos indicará el **Uso e Indicación de la analgesia en el traumatizado de tórax**.