

LA TRAQUEOTOMIA EN LOS TRAUMATIZADOS GRAVES DE TORAX *

Dr. PABLO MATTEUCCI

Desde marzo de 1963, fecha que el Prof. Ardao se hizo cargo de la Clínica Quirúrgica "F", hasta julio de 1966, se asistieron en el Servicio 25 pacientes con traumatismo de tórax. De ellos 15 presentaban traumatismos leves, con fractura de una o más costillas, pero sin derrames pleurales o neumotórax, y sin síndrome funcional respiratorio.

Los 10 restantes, presentaron traumatismos graves. Casi todos tenían fenómenos asfícticos importantes, enfisema subcutáneo, cianosis intensa, polipnea; el examen físico mostraba múltiples fracturas costales, y la radiografía de tórax un hemoneumotórax de mediana magnitud, o de importancia. Otros tenían un síndrome clínico de insuficiencia respiratoria muy marcada, aunque el examen clínico o radiológico no mostrase mayores alteraciones. La mayoría de ellos presentaban traumatismos de cráneo, abdomen o miembros asociados.

De estos 10 enfermos, 6 fueron traqueotomizados; los otros 4 no, y se fueron de alta curados. Uno de ellos, requirió una toracotomía mínima de drenaje de un hemotórax persistente. Los otros tres no recibieron tratamiento quirúrgico alguno.

Las historias resumidas de los traqueotomizados son las siguientes:

CASO 1. Historia 188.566 del Hospital de Clínicas. Hombre que sufrió un accidente de tránsito, ingresando el 24-VI-1963 con pérdida de conocimiento. Presentaba fracturas múltiples de huesos de la cara, traumatismo de hemitórax izquierdo, con fractura de clavícula y costales. Se hizo traqueotomía de urgencia motivada en gran parte por trastornos asfícticos debidos al traumatismo maxilofacial. Mejoró rápidamente su disnea, luego de esta conducta y posteriormente fue sometido a varias operaciones reparadoras. La evolución final fue buena.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F". Prof. H. A. Ardao.

CASO 2.— Historia 188.677 del Hospital de Clínicas. Hombre de 64 años, arrollado por vehículo. Al ingresar presentaba un shock importante; hundimiento costal derecho, con enfisema subcutáneo que tomaba tórax, cara, cuello y abdomen, y un cuadro de marcada insuficiencia respiratoria. Se practicó una traqueotomía de urgencia, con lo que mejoró la insuficiencia respiratoria y comenzó a regresar el enfisema subcutáneo. Al octavo día, al retirarse la cánula de traqueotomía, el paciente se agravó bruscamente, reapareciendo una marcada disnea. Se hizo broncoscopia, aspirándose tapones mucosos en gruesos bronquios, se canuló nuevamente. Pese a estas medidas, el colapso y la insuficiencia respiratoria persistieron. Fue colocado en el reanimador de Engström, se le hizo medicación antishock, pese a lo cual falleció.

CASO 3.— Historia 206.047 del Hospital de Clínicas. Hombre de 47 años, traumatizado en el vuelco de un vehículo. Ingresó en coma, con fracturas múltiples costales izquierdas, enfisema subcutáneo y cuadro de neumotórax hipertensivo. Una radiografía mostró un neumotórax y la presencia de un derrame pleural. El tratamiento de urgencia consistió en punción torácica y colocación de sonda de Nélaton en segundo espacio, y punción del derrame hemático. Se hizo traqueotomía y aspiración de secreciones, y vendaje contensivo del tórax. Mejoró rápidamente su sintomatología respiratoria y salió del coma. La cánula de traqueotomía se retiró al cuarto día, y se fue de alta al sexto día en buenas condiciones.

CASO 4.— Historia 200.590 del Hospital de Clínicas. Hombre de 49 años, que cae desde un carro, en estado de ebriedad. Se provocó hundimiento de la parrilla costal izquierda, al golpearse contra una de las ruedas del mismo. Al ingreso se comprobó una discreta insuficiencia respiratoria, pero al día siguiente en sala presentaba cianosis, sudoración profusa, polipnea y respiración paradójal. Se inmovilizó la base del tórax y se hizo traqueotomía de urgencia, con aspiración de gran cantidad de secreciones espesas, lo que mejoró rápidamente al paciente. Una radiografía de tórax al décimo día, mostró un derrame pleural de base izquierda, que fue puncionado y evacuado. Alta en buenas condiciones al 21º día.

CASO 5.— Historia 213.733 del Hospital de Clínicas. Hombre de 30 años, arrollado por vehículo. Ingresa shockado, en coma, con cuadro de insuficiencia respiratoria aguda. Se le hizo traqueotomía de urgencia, aspirándose secreciones; el paciente mejoró, respirando en mejor forma. La radiografía de tórax mostró múltiples fracturas costales derechas y enfisema subcutáneo. No había derrame de tórax, ni neumotórax. Evolución buena, retirándose la cánula al séptimo día.

CASO 6.— Historia 236.415 de Hospital de Clínicas. Hombre de 62 años que ingresa luego de haber sido arrollado por vehículo. Llegó al Hospital lúcido, sin síndrome funcional respiratorio, no shockado. Presentaba fractura de la cintura escapular izquierda y varias costales del mismo lado. Al día

siguiente, en sala, se encontraba polipneico, cianótico, movilizándolo con dificultad secreciones espesas. Una radiografía urgente de tórax, no mostró derrame ni neumotórax. Su sintomatología respiratoria mejoró inmovilizándose en hemitórax y realizándose traqueotomía de urgencia. Al tercer día, cuadro funcional respiratorio de importancia. Una nueva radiografía mostró un derrame de importancia del lado izquierdo, que se evacuó, y se colocó drenaje bajo agua. Mejoró su sintomatología, pero en la madrugada del día siguiente falleció. La autopsia mostró contusión del pulmón izquierdo, hemotórax y sangre en los bronquios.

COMENTARIO

La traqueotomía es una medida de urgencia, que está indicada en los traumatismos torácicos graves. Esta conducta da excelentes resultados en muchos casos, determinando rápida mejoría de los síntomas del enfermo. Otras veces debe ser seguida por otros procedimientos de tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda, como ser conexiones con respiradores automáticos. Lógicamente, las alteraciones que existan (fracturas costales, hemotórax, neumotórax) deberán ser tratadas en forma completa, por separado.

La traqueotomía disminuye el espacio muerto, aminora las resistencias a la inspiración-espíración del aire, facilitando la ventilación del enfermo. Pero creemos que su efecto más importante, es que permite aspirar las secreciones y realizar una adecuada "toilette" bronquial. El traumatizado grave de tórax, rápidamente se llena de secreciones, que elimina con dificultad. En efecto, las fracturas costales, la respiración paradójal, el dolor al respirar, la tos inefectiva, el estado de shock, la contusión de músculos respiratorios auxiliares, son todos factores que coadyuvan a la no eliminación de las mismas.

En las observaciones que presentamos, la traqueotomía motivó en todos los casos una franca y rápida mejoría de los síntomas respiratorios. La insuficiencia respiratoria aguda se diagnosticó y siguió por medios clínicos, únicamente. No se emplearon otros recursos, como ser dosificación de gases en la sangre.

RESUMEN

En la Clínica Quirúrgica del Prof. Ardao, desde marzo de 1963 a julio de 1966, se asistieron diez traumatizados de tórax graves. Seis de ellos fueron traqueotomizados, apreciándose en todos los casos franca mejoría de los síntomas respiratorios.

La traqueotomía, entre otros beneficios, permite la aspiración de secreciones bronquiales, que el traumatizado grave de tórax expulsa con dificultad.

BIBLIOGRAFIA

- BARANI, J.—Indicación de la traqueotomía en operados y traumatizados. "Bol. Soc. Cir. Urug.", XXIV: 199-208; 1953.
- CARTER, N. and GIUSEFFI, J.—Further experiences with Tracheostomy in management of Crushing injuries of Chest. "Arch. J. Surg.", 69: 483-7; 1954.
- DUGAN, D. and SAMSON, P.—Tracheostomy: present day indication and technics. "Am. J. Surg.", 106: 290-306; 1963.
- JOHANSSON, L. and SICANDOV, T.—Twenty-one years of Thoracic Injuries. "Acta Chir. Scand.", Suppl. 245: 91-112; 1959.
- MARELLA, M. y HOUNIE, P.—La traqueotomía en los traumatismos de tórax con obstrucción respiratoria. "Anales Ortop. y Traumat.", Vol. 6: N° 3; 1-8; 1953.

COMENTARIO

Dr. VENTURINO.—En primer lugar, intento destacar (respecto al trabajo) su seriedad; desde el momento que es un trabajo apoyado en hechos clínicos, como tal es irrefutable; si nadie estuviera de acuerdo con el procedimiento de la traqueostomía por traumatismo grave de tórax, este trabajo tendría que imponer el método, pero como este procedimiento ya se usa desde hace unos cuantos años, no hace más que confirmar las bondades de la traqueostomía en los traumatismos graves de tórax; por lo tanto, la traqueostomía debe hacerse en todo traumatismo grave de tórax. Para catalogar de tal a un traumatismo de tórax, debe presentar problemas de la aeración, es decir, problemas que dificulten la ventilación. Ahora, si hay que hacerlo siempre, debe saberse la oportunidad para realizarlo; como dice el Dr. Matteucci, no hay que recurrir a métodos paraclínicos, sino simplemente la observación clínica de un enfermo con un traumatismo de tórax, debe alcanzar y sobrar para indicar la traqueostomía de urgencia. El síndrome es muy conocido, no vamos a insistir sobre él, el Dr. Matteucci ya lo ha destacado, y la importancia que tiene este procedimiento, es que suprime justamente el problema de la glotis cerrada, es decir, que la llamada respiración en prensa provoca o lleva (en último término) al llamado pulmón húmedo, que es una consecuencia sumamente grave a que puede llegar un traumatismo grave de tórax; si esto fuera poco, todavía al suprimir la respiración en prensa por defuncionalizar la glotis, impide en algunos casos que la hipotensión pulmonar provocada por esa respiración en prensa, determine una dilatación aguda de estómago, como hay casos observados y que pueden también llevar a la muerte, de modo que es una indicación aesoraria (diríamos) del procedimiento. Desde luego que hay que

hacer una puntualización y es que la traqueostomía, una vez que esté realizada, desde el momento que desfuncionaliza la glotis, hace que los esfuerzos del enfermo sean todos completamente ineficientes (ya lo son por el propio traumatismo), en este momento lo son aún más porque la glotis no puede cerrarse. Tenemos que para el acto de la tos cualquiera de las dos es fundamental, quiere decir que todo traqueotomizado debe ser aspirado en forma seriada, pero nunca en plazos muy largos, porque esto a su vez ya sabemos que puede llevar también a una hipooxigenación de la sangre con paro cardíaco correspondiente, a lo que se agrega además la irritación provocada por el catéter a nivel de la tráquea provocando reflejos vasovagales.

Dr. GARCIA CAPURRO.— Muchas gracias doctor. Yo soy un poco incorrecto como Presidente de un Congreso, pero creo que cuando hay alguna cosa interesante para decir, se puede salvar el reglamento y dejarlo un momento a un lado; de manera que me disculpe el Dr. Pereyra, primero voy a decir dos palabras sobre el trabajo anterior.

Cuando se hace una traqueostomía en el politraumatizado y en cualquier enfermo que necesite, y el enfermo está grave y está cianótico, no debe hacerse la traqueostomía sin tener al lado al anestesista; es más, el enfermo debe ser intubado previamente a la traqueostomía y ventilado en la mejor forma posible. El enfermo cianótico, cargado de anhídrido carbónico, sufre una caída brusca de la tensión del anhídrido carbónico una vez que se ha establecido la traqueostomía; los centros respiratorios que están acostumbrados a trabajar en ese momento bajo la acción de esa cantidad grande de anhídrido carbónico, pueden dejar de funcionar al disminuir el estímulo del anhídrido carbónico; he visto algún caso en el que se produce en ese momento un paro cardíaco, por lo tanto, en realidad, yo creo que toda traqueostomía debe hacerse con el anestesista y la mayoría de las veces con el enfermo intubado.