

TACTICAS TERAPEUTICAS EN LOS POLITRAUMATIZADOS GRAVES

Nuestra experiencia
en el Hospital Salaberry de Buenos Aires

Dr. BENJAMIN P. CERIANI

Contribuimos esta vez, al temario central de este Congreso, con especial interés, considerando la experiencia recogida a través de muchos años de actuación, en el Servicio de Cirugía de Urgencia del Hospital Salaberry de Buenos Aires y que, por su especial ubicación, asiste anualmente gran cantidad de traumatizados de todo orden, provenientes no solamente de su radio de acción capitalino, sino de toda la parte oeste de la Provincia de Buenos Aires.

Luego, en el poco tiempo y espacio permitido habitual en estas contribuciones, trataremos de sintetizar al máximo, nuestros puntos de vista.

1) En general hemos observado tres grandes grupos de politraumatizados en razón directa del grado de shock.

a) Politraumatizados con lesiones mínimas generalizadas externas (simples escoriaciones) o sin lesiones, pero con serias lesiones internas, muertos violentamente en el accidente por la fuerza del impacto o a los pocos minutos, sin posibilidad asistencial alguna, sin pérdida de sangre (shock traumático hiperagudo).

b) Politraumatizados con lesiones múltiples severas craneo-tóraco-abdominales y fracturarias (pero sin mutilaciones o arrancamientos traumáticos), fallecidos a las pocas horas del accidente, a pesar de la desesperada e integral terapia instituida (shock traumático intenso irreversible de entrada).

c) Gran politraumatizado con lesiones varias, con o sin mutilaciones de miembros y con moderado shock, pero que a pesar de la severidad de las injurias, el adecuado tratamiento de urgencia consigue sobrevivirlos.

Es en este grupo de enfermos, donde tratado convenientemente el estado de shock, si no es menester intervenir por alguna herida visceral toracoabdominal (heridas por estallidos de vísceras huecas o politragmentaciones de vísceras macizas) no diferimos “d’emblée” la cirugía reparadora de extensas lesiones externas y en especial de miembros, o por lo menos intentamos en la mayor medida posible, previa asepsia rigurosísima de las texturas comprometidas, dejar el mínimo de cirugía ulterior reconstructiva, a excepción de las muy anfractuosas o groseras pérdidas de substancia.

Son estos enfermos los que a veces ofrecen al cirujano la dificultad de elegir el oportuno momento quirúrgico, apreciar el grado de urgencia de las distintas heridas, o cual de ellas operar en primer lugar.

En ocasiones, hemos operado en estas circunstancias con dos o tres equipos simultáneamente.

Indispensable colaboración de anestesistas expertos, en el trato de estos pacientes. Conveniente y adecuada sala de recuperación, para los cuidados postoperatorios.

Luego es evidente, que en todos estos heridos, si el común denominador es el shock traumático neurogénico (o neurogénico y oligohémico en íntima relación y agravante uno del otro); el numerador o grado, estará condicionado por la cantidad de impulsos nerviosos nociseptivos, que partiendo de las variadas y multiformes áreas traumatizadas, van por vía cerebrospinal y simpática, a paralizar los centros autónomos diencefálicos.

2) Ahora, en otro orden, en razón del tipo lesivo admitimos también otros cuatro grupos de politraumatizados:

a) Primer grupo: Los que necesitan:

1. El control de una hemorragia (hemorragias graves, hematomas progresivos, heridas vasculares abdominales).
2. La reposición del volumen sanguíneo perdido.
3. El tratamiento de desórdenes mecánicos que paralizan directamente la función cardiopulmonar.
—Heridas de vías respiratorias superiores.
—Los tórax abiertos o ciertos tórax agudos cerrados con intensa disnea y anemia.

Dice E. Curtillet: “La urgencia está en en razón directa con la intensidad de la disnea, de la anoxia y del shock y estos signos funcionales dependen, a la vez, de la hemorragia y la importancia de la lesión parietal”.

Luego para luchar contra la insuficiencia respiratoria de los traumatismos graves, es necesario activar a menudo ciertas medidas:
—Inmovilización costal.
—Ventilación u oxigenación a presión positiva.
—Evacuación pleural y traqueotomía obligada.

b) Segundo grupo: Limitado al tratamiento y prevención de la peritonitis y la gangrena gaseosa.

- Heridas cerradas o abiertas abdominales.
- Fracturas expuestas de huesos largos con o sin atricciones musculares importantes.
- Lesiones de isquemia e infección anaerobia por prolongada colocación de sunchos hemostáticos.

c) Tercer grupo: Gran politraumatizado o policontusionado, con medianas o graves quemaduras asociadas.

- Estas últimas, a pesar de su tratamiento específico, no podrán evitar un abordaje abdominal o torácico, si las circunstancias o características de las heridas internas lo imponen.

d) Cuarto grupo: Lesiones por “blast injury” de Motte y “crush injury” (síndrome de Young y Bywaters) que entrañan, después de varias horas, un grave shock, de terapéutica difícil, desde que las partes comprimidas posteriormente se edematizan, e instalación secundaria de grave anuria. Indispensable participación del nefrólogo.

—Es aconsejable en los aplastamientos con heridas abiertas:

1. Gran resección del tejido celular mortificado, infiltrado de sangre o con edema.
2. Excisión aponeurótica.
3. Tratamiento radical de las lesiones musculares, con amplia resección de texturas machucadas o ennegrecidas, que no sangran o de aspecto dudosamente esfacélico.
4. Extracción de cuerpos extraños, como profilaxis de la gangrena gaseosa.

3) Nos asociamos a las siguientes directivas del distinguido cirujano chileno R. Estévez: “Toda la exploración y valoración del estado clínico de un politraumatizado, en ningún caso deberá

entorpecer la rápida iniciación del tratamiento, en especial antishock y las fugas sanguíneas de cualquier origen, ni provocar en el paciente nuevos motivos que entorpezcan su recuperación”.

4) Muchos politraumatizados con severas hemorragias, llegan comatosos en el momento de su admisión, algunos en estado de alcoholismo, otros, en fin, con enfermedades preexistentes o bajo los efectos de medicaciones anticoagulantes. Luego súbita administración de sangre total tipo ORh—, haciendo test cruzados, para luego continuar con el grupo específico de transfusión.

La persistencia del estado de shock, a pesar del control de la hemorragia, puede sugerir la existencia de una hemorragia abdominal, obligando a no dilatar una laparotomía, reforzada entonces con transfusiones polivenosas o intraarterial (preferimos la vía femoral).

5) En cuanto a las fracturas expuestas, siguiendo a Creyssel “buscamos transformar las fracturas abiertas en cerradas, eliminando el riesgo de las complicaciones de las partes blandas por la «toilette» metódica y adecuado avenamiento”. Luego, a los fines de una rápida consolidación, buscar las mejores condiciones de reducción y contención, siendo la solución de este último problema, todavía hoy, de permanente controversia.

El capítulo subsiguiente a estas lesiones está configurado por las amputaciones en traumatología de urgencia, donde la tríada clásica: cuándo, dónde y cómo amputar, tiene siempre vigencia.

Lo principal será proceder, frente a grandes desgarros o destrucciones con extremidades frías, extensas injurias óseas u osteoarticulares abiertas, con lesiones vasculonerviosas y heridas vistos tardíamente con groseras atriciones musculares y comienzo de isquemia periférica.

De cualquier forma, en la mayoría de los casos puede presentarse un problema complejo, necesitándose una consumada experiencia quirúrgica.

6) En el politraumatizado con traumas craneanos (grupos de elevada mortalidad), las lesiones sobreagregadas torácicas y las fracturas múltiples están a la vista; pero las lesiones abdominales simultáneas pueden no ser reconocidas a tiempo en un alto porcentaje en razón del coma.

La agitación en un politraumatizado con lesión craneoencefálica simultánea, hará suponer una lesión abdominal asociada, sino existe una:

- a) anoxia cerebral secundaria a una hipovolemia o hipoxemia;
- b) un hematoma intracraneano extradural;
- c) una retención de orina;
- d) o una ausencia de inmovilización de un foco fracturario.

Luego la punción exploradora sistemática en los cuatro cuadrantes del abdomen dando sangre, bilis, aire o contenido intestinal, da una positividad diagnóstica en el 90% de los casos. A menudo hacemos también punción del Douglás.

7) Lo correcto sería diagnosticar las múltiples lesiones vertebromedulares del politraumatizado en el lugar del accidente, ya que su inadecuado traslado puede agravar el pronóstico por aditamento de otras lesiones más graves del neuroeje. Pero esto no es muy posible, dado el relativo valor de los síntomas comprobados y por regla general recién a la semana del accidente se podrá diferenciar netamente entre una sección completa y otra incompleta de la médula. Por otra parte, el valor y examen de los reflejos inmediatamente después del traumatismo, es también relativo y de poco valor, enmascarados por el estado de shock. Lo ideal sería no mover al traumatizado del lugar del accidente y disponer allí lo necesario, no fácilmente realizable, para el tratamiento del shock. Marcel Arnaud recomienda la posición lateral, para el traslado de estos enfermos.

Traqueotomía ante la más mínima aparición asfíctica, pero no sistemática.

8) Todo traumatizado encefalocraneano grave, es un paciente shockado; luego dirigir la terapéutica y observación en su regulación. No enfocar solamente el problema cerebral (pérdida de substancia, hundimientos, etc.) sin pensar integralmente en el enfermo. Observancia cronológica tensional. De todos los medios hipertensores, lo mejor, en forma indiscutida, sigue siendo la sangre total.

El uso de la Noradrenalina (Levofed en nuestro ambiente), ha sufrido en los últimos años encontradas críticas, especialmente por complicaciones renales y modificaciones del medio interno; sin embargo, la seguimos a veces administrando. Practicamos además, otros analépticos hipertónicos: Aramine, Effortil y Verotonil, pero el efecto de estos dos últimos es de poca duración. En cambio, en forma progresiva y con mayor entusiasmo en nuestra práctica, empleamos el Dextrán.

Especial vigilancia de la respiración, cuyo ritmo y frecuencia, pueden alterarse por factores centrales o periféricos.

Cuando el paciente está en coma traumático y con mínimas secreciones, indicamos la traqueotomía. No realizarla a su debido tiempo puede engendrar un círculo vicioso y aumentar el edema cerebral, por exagerar la estasis venosa. Luego la necesidad de una "traqueotomía profiláctica" será siempre superior a la vieja práctica, comúnmente traumática, de las aspiraciones repetidas de las fosas nasales.

Drenaje vesical de rutina con sonda permanente; su olvido puede explicar cuadros de extrema excitación y por otra parte disminuye la aparición de escaras.

Conocimiento del estado biológico del paciente, del que se desconoce su patología anterior, con los exámenes analíticos de rigor, pero muy especialmente: el ionograma, el proteinograma y la determinación de la reserva alcalina. Sin estos últimos controles permanentes, no se concibe actualmente la buena atención de un politraumatizado, con lesiones graves de cráneo. Pensamos que muchos pacientes fallecidos y de difícil tratamiento, lo eran no por razones directas cerebrales, sino de orden metabólico. Estudio y determinación fundamental, en forma continuada y comparativa, del "estado de conciencia".

El estado de las pupilas es primordial; una anisocoria es de tal importancia, que involucra una directiva a veces quirúrgica, hasta que no se demuestre lo contrario y si la misma va acompañada de una hemiparesia, no hay duda que un proceso compresivo está actuando en el hemicráneo de la midriasis. Su mecanismo hay que interpretarlo como por acción de una hernia temporal y la compresión del nervio M. O. C. sobre el tentorio. (A. Givré.)

Una anisocoria que aumenta, trae una midriasis bilateral de pronóstico desalentador, si no se actúa inmediatamente.

La otorragia acompañada de estado general deficitario, dificultad respiratoria y estado de coma completo, harán pensar en fractura de base de cráneo, de pronóstico gravísimo.

Importancia de una debida "toilette" en las heridas de cuero cabelludo; su falta de observancia puede implicar serias celulitis, osteomielitis y abscesos cerebrales.

Ni qué decir de la importancia del control radiológico directo, revelador de trazos de fracturas y hundimientos. En caso de duda diagnóstica: arteriografía carotídea (una sola placa A. P. puede asegurar o no, sobre la presencia de un hematoma extradural o subdural).

En la arteriografía normal: desematizantes: urea 1,5 gr. x Kg. de peso (preferimos el manitol al 15 ó 20% en 500 c.c. de suero, una vez diaria). Finalmente, como complemento los cor-

ticoides usados en altas dosis: 2 c.c. de Decadrón c/4 horas durante las primeras 24 horas, para reducir luego lentamente y seguir con ACTH.

Sintetizando: La terapia integral de un traumatizado craneoencefálico será:

- Empleo del ionograma permanente.
- Traqueotomía preventiva.
- Angiografía carotídea o vertebral.
- Uso de desematizantes.
- Tratamiento del shock en base al mejor conocimiento de la fisiopatogenia.
- Fundamentalmente “el trabajo en equipo” quirúrgico, neurológico y ortopédico.

COMENTARIO

Dr. PRADERI.—El Dr. Ceriani ha tocado el punto fundamental que se considera en este Congreso, habiéndonos dado en este poco tiempo una visión panorámica del problema y demostrando evidente experiencia en sus 2.400 casos tratados. Es interesante la forma esquemática de plantear en tres grupos, valorando la gravedad: la evolutividad del cuadro de acuerdo a la intensidad de las lesiones, la reversibilidad de las lesiones y las posibilidades terapéuticas frente a esos tres grupos primordiales. Es de destacar el valor que el autor señala sobre la reparación primaria al máximo de todas las lesiones. Este punto es fundamental tenerlo en cuenta, sobre todo si ha demostrado mediante esta exposición que en su organización hospitalaria cuenta con la forma adecuada de tratar a estos enfermos, integrando varios equipos de acción simultánea para poder hacer así una reparación lo más total, lo más completa y “per primam” de estos enfermos. El otro punto que merece un comentario, es el tener presente ya en la primer instancia del tratamiento (punto conocido, pero que no está demás insistirlo y recalcarlo) el potencial en el sentido de una gangrena gaseosa en este tipo de enfermos, cuidando la “toilette” primaria, cuidando la reparación, la liberación de todos aquellos focos sépticos, aquellos focos isquémicos traumáticos que pueden ser el punto de partida de una complicación que a veces es la que decide el final del enfermo. En cuanto a otro elemento, al cual parece recurrir en forma sistemática y al que ya se ha referido en la mañana de ayer el Dr. Perdomo, es el de la punción abdominal en vistas a diagnosticar o investigar la posibilidad de algún traumatismo abdominal, sobre todo encarado con la originalidad que lo ha hecho en el sentido de que es una indicación formal cuando se sospecha la contusión abdominal, coexistiendo con un enfermo en coma o con un traumatizado craneoencefálico grave. Coincide evidentemente en las formas (como ya se ha

señalado en este Congreso) de usar poco o nada los vasoconstrictores en el tratamiento antishock mediante la noradrenalina u otras drogas similares y emplea evidentemente el dextran, solución glucosada que puede ser, de acuerdo a las orientaciones fisiopatológicas que ya se consideraron ayer, un elemento de gran utilidad.

Sólo nos resta agradecer al Dr. Ceriani por esta visión panorámica que nos ha dado del punto central de este Congreso.