

Mediastino ensanchado-El signo clásico de transección de la aorta y dependiendo de las circunstancias del trauma, aortograma es el estudio definitivo; otros signos son borramiento de la ventana aorto-pulmonar, depresión del bronquio principal izquierdo, desviación de la sonda nasogástrica a la derecha, fracturas costales izquierdas (particularmente la primera) y hemotórax izquierdo.

Triage-Después de la evaluación y resucitación inicial, estos traumatismos deben ser tratados y el orden en que se hace, debe estar claro. La hemorragia severa en el tórax u otra cavidad debe ser controlada primero y tratamiento de taponamiento cardiaco es prioritario. Para controlar la vía aérea, heridas de traquea se deben reparar antes de heridas abdominales pero durante la misma anestesia.

Traumas de la aorta se deben reparar en cuanto el diagnóstico se ha confirmado con aortograma. Cuando co-existe transección de la aorta y hemorragia abdominal, si la aorta no está sangrando activamente se controla rápidamente el sangrado abdominal y después se repara la aorta.

Aunque la mayoría de traumatismos del tórax se pueden tratar solamente con una sonda de tórax los más complejos y particularmente los que requieran toracotomía deben manejarse en un hospital con experiencia y por especialista en cirugía de tórax; si el hospital no está capacitado, el paciente debe ser trasladado después de que es estabilizado y sondas de tórax se han colocado para neumotórax que se sospecha o está confirmado. Si la transferencia se hace por avión, el paciente debe recibir altos flujos de oxígeno.

Trauma abierto de tórax

Mauricio Vargas*

El trauma en general sigue siendo una de las principales causas de muerte en los países desarrollados así como en el nuestro, encontrándose en el 3ro. ó 4to. lugar. De esta manera, el trauma torácico es responsable por más del 25% de las muertes por trauma, y contribuye a ésta en un 50% adicional. Para el trauma de tórax aislado, la mortalidad intrahospitalaria es del 4% al 8% y aumenta a un 13% a 15% cuando otro sistema orgánico está involucrado.

El trauma de tórax es cerrado en un 70% y abierto en un 30% de los casos. El 60% a 70% del trauma abierto, es producido por armas punzo-cortantes (puñalada). La mortalidad en este grupo es del 2% al 3% y aumenta al 14% - 20% para las heridas por arma de fuego. Las estructuras más lesionadas son la pared torácica y los tejidos blandos y la menos frecuente es la aorta y los grandes vasos que también tienen el rango de mortalidad más alto; 27% para las heridas penetrantes y 50% para el trauma cerrado.

* Servicio de Cirugía de Tórax, Hospital Calderón Guardia.

El trauma torácico se ha documentado desde aproximadamente 3.000 años A.C. y el aumento en éste que ha sido debido a las grandes guerras más recientes de los últimos 100 años, ha ido paralelo a los avances en la cirugía y métodos de abordaje para el paciente traumatizado como han sido la entubación endotraqueal, transfusiones sanguíneas, antibióticos, técnicas diagnósticas y procedimientos quirúrgicos nuevos; así como la velocidad en el transporte de los pacientes traumatizados.

El entendimiento de las características fisiopatológicas del trauma cardior torácico así como de otras lesiones contribuyentes, son esenciales para su evaluación y tratamiento apropiados. Entonces, el trauma penetrante por ejemplo, involucra el conocimiento de balística así como los efectos temporales y permanentes de las cavitaciones que estas producen.

La piedra angular del tratamiento de los pacientes con trauma cardior torácico radica en la atención que se brinde en las primeras 2 a 4 horas después del trauma. El patrón de muerte es usualmente de 3 tipos: temprano, hospitalario y tardío. La gran mayoría de las muertes ocurren tempranamente. Existen seis tipos de lesiones que atentan a la vida como son: obstrucción de la vía aérea, neumotórax a tensión, taponamiento cardíaco, neumotórax abierto, tórax inestable y hemotórax masivo. También hay seis lesiones potencialmente letales: contusión pulmonar, contusión miocárdica, disrupción aórtica y esofágica.

En la presente exposición se revisarán las diferentes lesiones abiertas del tórax y su abordaje. Cualquier órgano torácico puede ser lesionado sobre todo con las heridas por arma de fuego. La gran minoría de estos traumas, 15% van a requerir otra operación que no sea un sello de tórax. Los otros procedimientos más utilizados son la ventana pericárdica, la esternotomía media y la toracotomía, dependiendo de cada caso.

Las lesiones penetrantes son producidas usualmente de tres maneras: por arma de fuego que puede ser de alta o baja velocidad, heridas por arma blanca y heridas de impalamiento y fragmentación. Las lesiones más frecuentes son de: pared torácica, hemotórax, neumotórax, diafragma, pulmón, corazón y grandes vasos. En el abordaje del paciente se tiene que tomar en cuenta la localización anatómica, si es lateral o medial, si la lesión es externa (caja torácica y tejidos blandos), interna (pleura y pulmones) o más interna (mediastino: traquea, bronquios, esófago y corazón y diafragma).

Se revisarán los diferentes protocolos y algoritmos para el abordaje del paciente con trauma penetrante de tórax así como los lineamientos a seguir con el paciente estable o inestable.

Sin duda que el avance tecnológica y las nuevas modalidades diagnósticas como lo son el TAC, la Angiografía y el Ultrasonido transesofágico así como el mejoramiento en la capacitación del personal médico y paramédico han contribuido para que la mortalidad en estos pacientes se haya mejorado en los últimos años. En los países como el nuestro se hace más difícil algunas veces el abordaje integral y pronto de estos pacientes sin olvidar también el gran costo económico que el trauma en general representa para las instituciones de salud.