

Hemotórax traumático tratado mediante cirugía toracoscópica videoasistida

J. Freixinet, F. Rodríguez de Castro*, S. Quevedo, L. López, M. Hussein y M.J. Roca

Unidad de Cirugía Torácica y *Servicio de Neumología. Hospital Universitario Nuestra Señora del Pino. Las Palmas de Gran Canaria.

La introducción de la cirugía toracoscópica videoasistida (CTV) ha permitido incrementar sustancialmente el papel de la toracoscopia en la cirugía torácica.

En el caso que presentamos, un paciente de 79 años de edad que presentaba un notable riesgo quirúrgico y que ingresó por un hemotórax traumático. Fue intervenido con éxito a través de CTV resolviendo un cuadro agudo que si hubiera sido tratado de forma convencional hubiera requerido una toracotomía posterolateral.

Concluimos que la CTV puede tener un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de ciertos traumatismos torácicos, evitando la realización de intervenciones más cruentas.

Palabras clave: Cirugía toracoscópica videoasistida. Traumatismos torácicos. Toracoscopia.

Arch Bronconeumol 1995; 31: 424-425

Introducción

La cirugía toracoscópica videoasistida (CTV) es una técnica quirúrgica de reciente introducción y que se utiliza con asiduidad en procesos frecuentes como el neumotórax espontáneo recidivante¹, resección de nódulos² y realización de biopsias pulmonares³.

En la actualidad sus indicaciones se hallan en pleno período de expansión y se han citado referencias de diagnóstico y tratamiento de tumores mediastínicos⁴, resecciones pulmonares mayores⁵ y realización de otros procedimientos⁴.

La CTV en los traumatismos torácicos puede representar un avance en el diagnóstico y tratamiento de algunos tipos de traumatismo que pueden ser así ma-

Hemothorax due to trauma by video-assisted thoracoscopic surgery

The introduction of video-assisted thoracic surgery (VTS) has significantly furthered the use of the thoracoscope in surgery. In the case we describe, a 79-years-old man at high risk for surgery came to our hospital with hemothorax due to trauma. The necessary procedure was performed successfully with VTS, which allowed for the repair of an acute condition that would otherwise have been treated conventionally by way of posterolateral thoracotomy.

We conclude that VTS may play an important role in the diagnosis and treatment of certain thoracic injuries, so that surgery involving more extensive bleeding is rendered unnecessary.

Key words: Video-assisted thoracic surgery. Thoracic trauma. Thoracoscopy.

nejados de forma menos agresiva⁶. Presentamos un caso de hemotórax traumático agudo que fue tratado con éxito a través de CTV, evitando la realización de una toracotomía.

Caso clínico

Paciente de 79 años de edad, afectado de broncopatía crónica obstructiva, artrosis generalizada e insuficiencia cardíaca congestiva.

Ingresó por presentar dolor intenso en hemitórax derecho tras sufrir caída casual en su domicilio. En la exploración física inicial, únicamente se apreció un dolor selectivo posterolateral en hemitórax derecho. La auscultación pulmonar era correcta y el paciente presentaba estabilidad hemodinámica y respiratoria. La radiología simple de tórax de entrada demostró la presencia de fracturas costales de VIII y IX arcos costales sin afectación pleuropulmonar y la analítica y gasometría de urgencias realizadas se hallaron dentro de los valores normales. El paciente ingresó en observación.

Unas 14 horas después de su ingreso empeoró su situación clínica, iniciando un cuadro de ortopnea. La auscultación torácica y la radiología demostraron la presencia de un

Correspondencia: Dr. J. Freixinet.
Unidad de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Nuestra Señora del Pino.
Angel Guimerá, 93. 35005 Las Palmas de Gran Canaria.

Recibido: 30-12-94; aceptado para su publicación: 30-12-94.

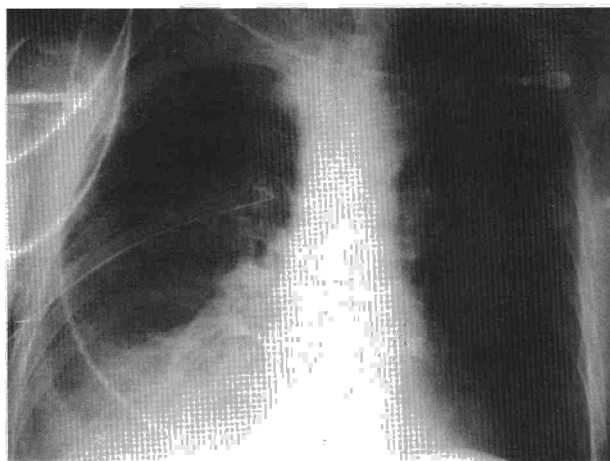


Fig. 1. Radiografía simple de tórax que demuestra un velamiento difuso en hemitórax derecho indicativo de hemotórax.

neumotórax derecho y se indicó la colocación de un drenaje pleural derecho (28F) que se conectó a un sistema de aspiración continua. El estado general del paciente y su cuadro de disnea mejoraron rápidamente.

Unas 8 horas después de la colocación del tubo de drenaje, el mismo empezó a drenar sangre a un ritmo de unos 200 ml/hora hasta totalizar una cantidad de 1.950 ml. El estado general del enfermo sufrió otro deterioro importante, con un descenso en la tensión arterial (90/50 mmHg) y taquicardia (120 pulsaciones por minuto). La gasometría se mostraba estable con unas cifras de pO_2 de 85 mmHg y pCO_2 de 42 mmHg y un pH de 7,39 con una FiO_2 de 28%. En la radiología de tórax simple se halló la presencia de un velamiento difuso derecho sugestivo de derrame pleural (fig. 1).

Ante la presencia de un hemotórax traumático con tendencia a la progresión de la hemorragia en un paciente de 79 años de edad con un importante riesgo operatorio, se decidió realizar un abordaje a través de CTV con anestesia general y tubo de intubación de doble luz.

La intervención se llevó a cabo de forma estándar a través de triple vía de abordaje. Tras evacuar una cantidad de unos 400 ml de sangre y coágulos y realizar lavados con suero de la cavidad pleural, se pudo localizar con precisión la presencia de un sangrado activo a nivel de la pleura parietal apical procedente de una brida pleuroparietal rota. Se realizó la coagulación del punto sangrante y se finalizó la intervención de forma habitual.

El curso postoperatorio del paciente fue correcto y pudo ser dado de alta 5 días después de la intervención. El paciente se halla en la actualidad, un año después del traumatismo, en buen estado general y sin secuelas.

Discusión

La CTV es una técnica operatoria de reciente introducción que ha permitido variar la táctica quirúrgica de procesos frecuentes como el neumotórax espontáneo recidivante^{1,2}. También se ha utilizado para realizar biopsias pulmonares^{2,3}, resección de nódulos pulmonares⁴, resecciones pulmonares mayores⁵, en la cirugía del mediastino y en otros procesos⁴. Ello ha generado una expansión en las indicaciones actuales

de la toracoscopia^{1,4}, que clásicamente había tenido como principal objetivo el diagnóstico de los derrames pleurales de etiología desconocida y el tratamiento a través de pleurodesis química de distintos tipos de derrames pleurales, sobre todo metastásicos⁷.

En los traumatismos torácicos su uso ha sido más restringido, debido a que la mayoría de los pacientes traumatizados no requieren tratamiento quirúrgico. En el 80-90% de los casos de síndrome de ocupación pleural el drenaje soluciona correctamente el cuadro y no se precisa otra maniobra terapéutica. Cuando se indica la intervención quirúrgica por débito aéreo o hemático considerable, se realiza de forma habitual una torcotomía posterolateral⁸.

La toracoscopia diagnóstica puede contribuir de forma significativa al correcto y precoz tratamiento de los traumatismos torácicos. La CTV se ha llevado a cabo en los traumatismos penetrantes, obteniendo buenos resultados en casos publicados recientemente⁹. La sospecha de rotura de diafragma no bien aclarada con los medios diagnósticos por imagen puede también llevarse a cabo con comodidad, obviando una intervención quirúrgica mayor¹⁰.

Las perspectivas de la utilización de la CTV en los traumatismos torácicos se han ampliado a casos como quilotórax¹⁰ y diagnóstico y tratamiento de los traumatismos pericárdicos⁶. Nuestro caso ilustra las ventajas de la CTV en los traumatismos en fase aguda, con sangrado activo pero con la suficiente estabilidad clínica para poder realizar la técnica. Así se puede evitar la realización de una torcotomía que, en el caso que presentamos, hubiera tenido un importante riesgo por tratarse de un paciente de edad avanzada y con importantes factores de riesgo asociados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wakabayashi A. Expanded applications of diagnostic and therapeutic thoracoscopy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1991; 102: 721-723.
2. Rieger R, Woisetschlager R, Schinko H, Wayand W. Thoracoscopic wedge resection on peripheral lung lesions. *Thorac Cardiovasc Surgeon* 1993; 41: 152-155.
3. Lewis RJ, Caccavale RJ, Sisler GE. Imaged thoracoscopy lung biopsy. *Chest* 1992; 102: 60-62.
4. Coltharp WH, Arnold JH, Alford WC et al. Videothoracoscopy: improved technique and expanded indications. *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 776-779.
5. Giudicelli R, Thomas P, Guillén JC, Giudicci P, Fuentes P. La chirurgie d'exérèse pulmonaire vidéo-assistée. *Ann Chir. Chir Thorac Cardiovasc* 1993; 47: 707-711.
6. Graeber G, Jones DR. The role of thoracoscopy in thoracic trauma. *Ann Thorac Surg* 1993; 56: 646-648.
7. Boutin C, Viallat JR, Cargnino et al. Thoracoscopy in malignant pleural effusion. *Am Rev Respir Dis* 1981; 124: 588-592.
8. Symbas P. Acute traumatic hemothorax. *Ann Thorac Surg* 1978; 26: 195-199.
9. Mancini M, Smith LM, Nein A, Buechter KJ. Early evacuation of clot blood in hemothorax using thoracoscopy: case reports. *J Trauma* 1993; 34: 144-147.
10. Kern JA, Tribble CG, Spotnitz WD, Rodgers BM, Daniel TM. Thoracoscopy in the management of patients with thoracoabdominal trauma. *Chest* 1993; 104: 442-445.