

SECCIÓN CLÍNICA

"Un caso raro de herida penetrante de tórax"

Dr. Francisco Murillo Selva H. ()*

HISTORIA CLINICA

R. F. M., cuarenta y seis años de edad, sexo masculino, originario de San Juancito, Francisco Morazán, domiciliado en el Barrio San Pablo, Reparto Abajo, Tegucigalpa, D. C.

De 1943 a 1953 fue minero; ocupación actual: fontanero.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre muerta en 1959 por accidente cerebrovascular. Padre sufre hernia inguinal. Nueve hermanos aparentemente sanos. ANTECEDENTES

PERSONALES: Sarampión, gripes frecuentes.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente-tratado en el Hospital Central Médico Quirúrgico. El 12 de agosto de 1971 como a las 5:00 p. m. se encontraba trabajando en una construcción como a una altura de 3 metros; perdió el equilibrio cayendo hacia atrás; en el suelo, sobre una placa de concreto, había una varilla de hierro coarrugada de 1/2 pulgada de grosor; la varilla le penetró en el hemitórax izquierdo por la región infraescapular y salió por la región supraclavicular derecha. Sus compañeros aserraron el extremo inferior de la varilla y lo trajeron en una ambulancia al Hospital (Fig. 1).



Fotografía N° 1:

Paciente en la mesa de Rx. Se aprecia la varilla de hierro coarrugada que atraviesa el hemitórax izquierdo; en el orificio de entrada puede verse un fragmento de la camisa que ha penetrado parcialmente. Obsérvese la facies de dolor.

(*) Jefe de Sala Cirugía de Tórax T. B. del Instituto Nacional del Tórax Cirujano de Emergencia del Hospital General. Cirujano General y de Tórax del Hospital C.M.Q.

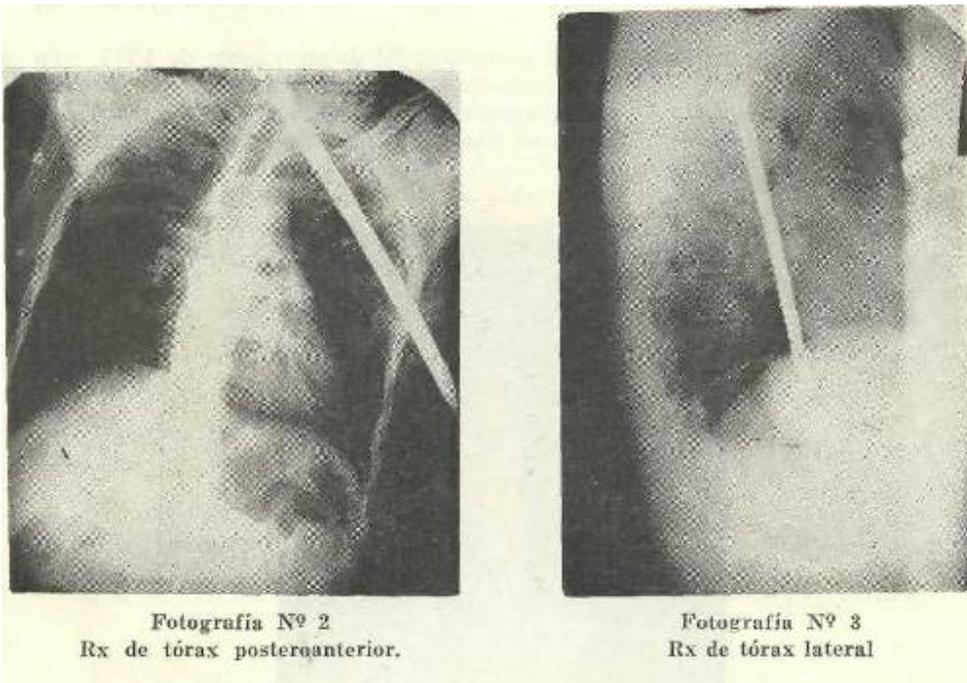
No perdió el conocimiento, no recuerda (no se podía ver) si hubo mucha pérdida sanguínea, no relata hemoptitis.

Lo que más le aqueja es el dolor y el "estorbo". Responde a las preguntas. Bien orientado en tiempo y espacio.

Biometría hemática: hemoglobina 13 gramos 78%. Hematocrito 39 volúmenes. Glóbulos rojos 4.360.000. Glóbulos blancos 8.000.

Recuento diferencial leucocitario: Neutrófilos segmentados 57%. Eosinófilos 2%. Basófilos y monocitos 0%. Linfocitos 41%. Tipo sanguíneo "O". Factor Rh positivo.

Radiografía de tórax tomada ese mismo día (12/8/71) fue informada así: "Se observa presencia de varilla metálica de $\sqrt{2}$ pulgada de diámetro que ha penetrado en el hemitórax izquierdo a nivel del hueco axilar, fracturando parcialmente el vértice de la escápula, la 5[^] y la 4[^] costillas; pasa a través del lóbulo superior del pulmón izquierdo y sale por el vértice fracturando la 3[^] costilla es su aspecto posterior, pasando por detrás de la columna dorsal. No hay neumotorax. No hay hemorragia intrapleural. En ambos campos superiores se ve un infiltrado suave del parénquima pulmonar. Dr. J. Ramón Pereira". (Figs. 2 y 3). Fue llevado inmediatamente al quirófano y he aquí la descripción operatoria:



El paciente estaba en decúbito prono, no se podía colocar en otra posición porque lo impedía la varilla de hierro (de fosa supraclavicular derecha a región infraescapular izquierda). Se inyectó Kctalar a la dosis de 120 mgs. por vía intramuscular; en ese momento se extrajo la varilla de hierro. Acto seguido se colocó en decúbito supino inyectando por vía endovenosa un relajante muscular (Flaxedil) previa a la intubación endotraqueal.

Hubo bastante pérdida sanguínea tanto por el orificio de entrada como por el de salida. Se colocó al paciente en decúbito lateral derecho, practicándose toracotomía posterolateral izquierda con resección de 5^a costilla, la cual estaba fracturada en su parte media. Al abrir el tórax, se aprecia que la cavidad pleural está llena de coágulos y sangre que al ser aspirados se calcularon en 900 cc. Al explorar encontramos que todo el pulmón está lleno de nodulos que al principio estimamos como TB calcificada; hay adherencias fuertes del lóbulo superior a la cúpula pleural.

Liberado el pulmón apreciamos herida de lóbulo superior que va desde la línula hasta el segmento ápiciposterior (herida en túnel). No nos decidimos a practicar lobectomía superior izquierda, por lo extenso de las lesiones descritas anteriormente.

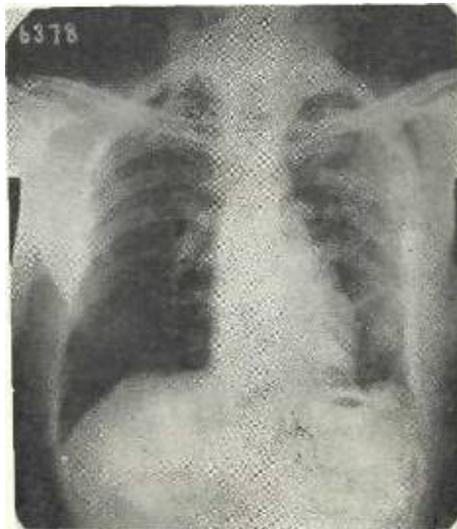
Se seccionó de la periferia al centro de la herida, se ligaron vasos sangrantes, se cerraron dos bronquiolos abiertos y se cerró la herida pulmonar en dos planos con seda 000. Finalmente se drenó la cavidad, se colocaron antibióticos y se cerró por planos en la forma habitual.

Salió de Sala de Operaciones en buenas condiciones.

NOTA; Paciente fue minero por 10 años. Posiblemente las lesiones son silicóticas o de TB antigua curada.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, se retiraron las sondas de drenaje torácico al tercer día postoperatorio y fue dado de alta a los nueve días de hospitalización.

En el último control radiológico tomado el 20 de septiembre de 1971., solo se observó una sinequia del ángulo costofrénico izquierdo, sin pasar por alto las lesiones fibróticas en ambos campos superiores (Fig. 4). Cuando se escribe este artículo (5 de octubre de 1971), el paciente ha vuelto a sus ocupaciones habituales.



Fotografía N9 4

Control postoperatorio. Se observa sinequia del ángulo costofrénico izquierdo y lesiones fibróticas en ambos campos superiores.

COMENTARIO

En nuestra práctica profesional hemos tenido numerosos casos de heridas penetrantes de tórax; no se hablará de las heridas por armas blancas y de fuego. Los casos más raros y espectaculares han sido provocados por accidentes de trabajo y accidentes automovilísticos. En uno de ellos se comprobó la presencia de una vara de madera que atravesaba el hemitórax izquierdo a la altura de la tetilla con salida en el 5^o espacio intercostal posterior; nuestra sorpresa fue no encontrar herida de corazón. El paciente evolucionó quedando como secuela atrofia moderada del músculo pectoral mayor.

En otros casos hemos encontrado fragmentos de ropa en la cavidad pleural.

Cuando se trata de cirugía de emergencia el Cirujano tiene que idearse la manera de operar que sea más beneficiosa para el paciente; en este caso extrajimos primero el cuerpo extraño, después el anesthesiólogo intubó y por último se practicó la toracotomía exploradora, máximo que no nos arriesgamos a practicar exéresis quirúrgica previendo una insuficiencia respiratoria que hubiera dejado inválido respiratorio al paciente.