

Trauma torácico: ¿Qué hacer cuando los drenajes no bastan?

Curso: ¿Qué hace sufrir a los cirujanos generales en trauma?
XLIV Congreso Anual Capítulo Chileno Colegio Americano de Cirujanos
Santiago, Chile, 19 de abril de 2000

Lo primero que hay que hacer frente a un problema con el drenaje es aclarar si éste está realmente indicado. Puede que no exista necesidad de drenaje y que, por ejemplo, se haya interpretado un enfisema subcutáneo como evidencia de neumotórax; poner un drenaje en ese caso no soluciona nada, sino que provoca más daño. Otra situación en la que es erróneo poner drenajes es cuando hay asas intestinales en el interior del tórax o cuando hay atelectasias. En estos casos, los drenajes pleurales no sirven, simplemente porque nunca estuvieron indicados.

No tienen indicación de drenaje la hernia diafragmática, los hematomas de la pared torácica (que pueden dar imágenes de velamiento); los hematomas mediastínicos, ya que lo que se drena es la pleura, no lo que está al centro; el enfisema subcutáneo y la atelectasia.

Fallas agudas del drenaje

Si el drenaje está indicado y parece que no es suficiente, en primer lugar hay que preguntarse si está funcionando; puede que no lo esté y por eso no haya reexpansión pulmonar.

Si se comprueba que el drenaje funciona, pero que no tiene débito, hay que descartar que esté ubicado fuera del tórax, situación que ocurre con mucha más frecuencia de lo que se cree. Otra posibilidad es que, en vez de estar conectado a la trampa por la vara sumergida bajo el agua, esté conectado a la otra vara, con lo que el paciente está ventilando al aire. Otra posibilidad muy común es que la vara esté muy sumergida en la trampa de agua, con lo que la aspiración está en el aire y el sistema de aspiración queda con una barrera muy grande. Idealmente se dispone de una trampa conectada alta, donde no se doble la manguera y que esté sumergida dos a tres centímetros bajo el agua.

Si el drenaje está funcionando y no hay reexpansión pulmonar, hay que preguntarse si por el drenaje sale aire o sangre, y si el paciente está haciendo un esfuerzo respiratorio suficiente como para reexpandir ese pulmón. Es posible que tenga mucho dolor y no sea capaz de respirar, o puede tratarse de un paciente de edad que tiene muchas secreciones.

Si sale sangre, es importante cuantificarla. Se considera que es mucha sangre si salen 1.000 cc al poner el drenaje o si hay un flujo de más de 200 cc/hora mantenido. También puede que el paciente esté hemodinámicamente inestable, aunque el drenaje no dé nada. Todos estos casos requieren de una solución distinta al drenaje y todos ellos deben ser sometidos a toracotomía exploradora.

Si sale aire en el momento de poner el drenaje y luego no deja de salir, se utiliza el término neumotórax insaciable. Radiológicamente se manifiesta por desviación contralateral del mediastino,

pulmón pegado en gota al corazón y diafragma descendido. En este caso hay que pensar en una posible lesión bronquial. Si ocurre esto y el paciente sigue mal, el ATLS recomienda instalar un segundo drenaje pleural; y si se sospecha lesión bronquial, hay que certificarla con una fibrobroncoscopía.

Si la fibrobroncoscopía confirma la lesión bronquial, hay que ver el tamaño: si es grande, se debe reparar con cirugía hecha por manos especializadas; si es pequeña, una posibilidad es la resolución quirúrgica, pero también existe la posibilidad de sellarla endoscópicamente con fibrin glue, conducta que es cada vez más habitual y que tiene excelentes resultados. Si la fibrobroncoscopía no encuentra lesión, igual hay que explorar al paciente, porque tiene algo roto, que puede ser una bula. Una buena posibilidad en estos casos es hacer una exploración con videotoracoscopía.

También existen las fallas tardías del drenaje; se denomina así a los hemotórax drenados que se convierten en otras patologías, por ejemplo, en un empiema pleural y en un coágulo. La solución de estas dos entidades es la cirugía, que puede ser videotoracoscopía o una toracotomía pequeña.

Casos clínicos

Un varón de 42 años de edad recibe una herida a bala que entra por el hemitórax derecho, pero tiene un hemotórax al otro lado. Fue drenado en el servicio de urgencia y luego trasladado a otro centro, al que llegó con un hemotórax bilateral. Si el paciente está inestable se debe practicar una toracotomía; un buen abordaje para este caso es el anterior bilateral, por el cuarto espacio intercostal; pero en más de una oportunidad, pacientes como éste han llegado estables y en ese caso hay que hacer un esofagograma con bario, una fibrobroncoscopía y una TAC con aortografía. Se está aceptando cada vez más que la angioTAC es un procedimiento adecuado para evaluar las lesiones de grandes vasos. Si no se demuestran lesiones con estos exámenes, estaríamos autorizados para observar a estos pacientes.

Un paciente de 21 años de edad fue agredido en la vía pública y llegó estable. Al examen clínico se encontró una herida de dos centímetros en la espalda y poca ventilación en el lado derecho, por lo que se le puso un drenaje y después de éste se le tomó una radiografía que mostró que la hoja del cuchillo estaba dentro del tórax; se abordó por videotoracoscopía y se extrajo el cuchillo por la misma herida de entrada. Es necesario señalar que para abordar con videotoracoscopía a un paciente de estas características, hay que tener experiencia en el manejo de ésta, si no, se debe realizar una toracotomía clásica.