

1945

EXPLORACION DEL MEDIASTINO ANTERIOR POR HERIDA CON ARMA DE FUEGO EN LA REGION PRECORDIAL.

Historia Clínica de un caso ()*

Tóraco-laparotomía mediana (Entero y pericardiotomía) Operación de Milton, modificada por Duval-Barasty.

MEDIAN THORACO-ABDOMINAL PERICARDIOTOMY (Duval-Barasty). *History sheet of one case.*

Por los doctores Luis E. Botero Jaramillo, Alfonso Bonilla-Naar.

Clínica Central. Bogotá. Colombia.

Dividiremos este informe en dos partes:

a) — Descripción de la operación clásica.

b) — El caso clínico. Motivos de la intervención. Descripción de la operación. Resultados.

a) — Este método fue ideado por Milton del Cairo. Ha sido modificado muchas veces. Actualmente, la modificación más satisfactoria es la de Duval-Barasty. (Median Thoraco-Abdominal pericardiotomy).

Técnica. La incisión mediana, va desde la segunda costilla hasta unas dos pulgadas por encima del ombligo. Se llega hasta el hueso, esternón, por arriba y la línea blanca por abajo. (Fig. 1). El apéndice xifoides se desarticula. Las adherencias diafragmáticas del esternón se separan y el índice y el cordial de la mano derecha se introducen por detrás del hueso para aislarlo de los tejidos contiguos. (Fig. 2). Así al separar estos dos dedos, los fondos de saco pleurales son rechazados de la línea media, lugar por donde la sierra eléctrica hará el corte mediano del hueso. (En nuestro caso.

(*) Los datos para la intervención fueron obtenidos del Volumen IV. LEWIS' PRACTICE OF SURGERY. —Waltman Walters— Chapter Thirteen. "THE SURGERY OF THE HEART AND PERICARDIUM", By, Elliott C. Cutler. W. PRIOR CO. Hagerstown. Maryland. Los dibujos fueron tomados del mismo libro, por M. B. N. Nuestros agradecimientos.

usamos, una cizalla). Se protege el corte, colocando en la parte posterior del esternón, una espátula, (o una regla de metal en nuestro caso). El hueso es cortado hasta el segundo espacio intercostal. A la altura de este espacio, el hueso es seccionado transversalmente, con una sierra o una cizalla. (Nosotros lo hicimos con cincel de hoja blanda y ancha). Hay que tener un gran cuidado en este corte en no herir la arteria mamaria interna, que pasa muy cerca del borde del esternón. Según el criterio del autor de este capítulo, el corte

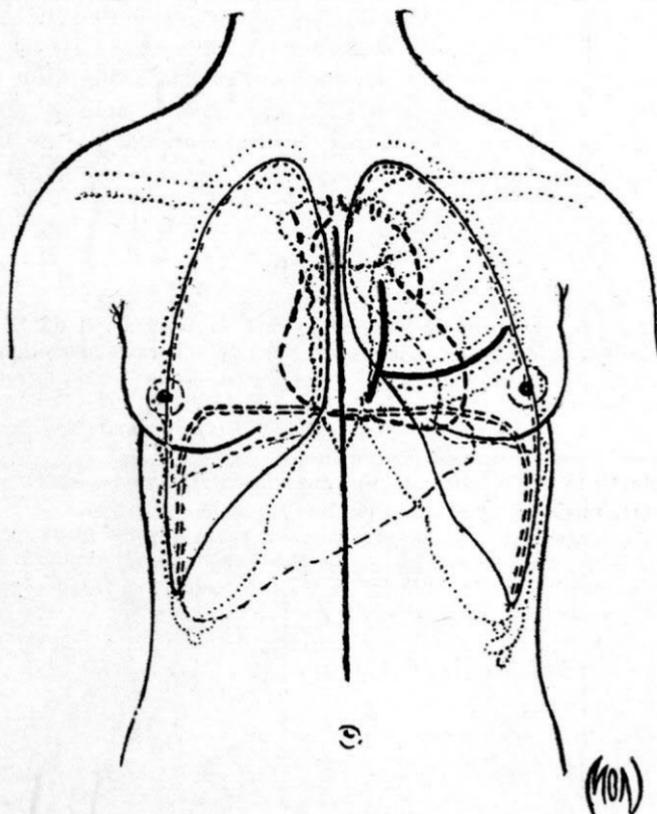


Fig. 1.—La incisión mediana y las paraesternales (Spangara).

de sierra facilita mejor el afrontamiento del hueso, hecho con alambre de plata, que el corte con la cizalla. Durante la convalecencia, los dolores producidos por los movimientos respiratorios, son la regla, y con el corte de sierra, se disminuyen. (Cutler).

Después de haber abierto el esternón, como se dijo, y llegado al peritoneo, se procede a cortar el diafragma, sin lo cual no se obtiene, después de colocar un separador de grandes valvas, una buena superficie de exposición. (Fig. 4). La pleura parietal debe

ser cuidadosamente separada de la pared torácica anterior, con una pinza montada en gaza. (Fig. 3). Se abre la cara anterior del pericardio ampliamente, teniendo el cuidado de que sea un poco hacia la izquierda. Se separan las hojas del pericardio con pinzas o con hilos. El separador puede ser quitado. Se verá el corazón en plena actividad. Las maniobras siguientes variarán según la localización, extensión y caracteres de la lesión miocárdica. Si la herida es grande, se usará, para detener la circulación por poco tiempo, la maniobra de Sanerbruch; si pequeña, el método de Beck, que consiste en pasar un punto de reparo y apoyo en el vértice del corazón, templar un poco con la mano izquierda estos hilos y con el índice izquierdo, "tapar" la herida mientras se colocan uno o dos puntos profundos, no perforantes, transversales al eje de la herida, cuidando de no incluir vasos coronarios de consideración.

SUMARIO

- I.—Se describe por primera vez en el país, la realización de la operación de Milton, modificada por Duval-Barasty (Toraco-laparotomía media, con esterno y pericardiotomía, por herida de la región precordial con arma de fuego. Se transcribe la técnica clásica.
- II.—Se presenta la historia clínica del caso y las razones para intervenir, lo mismo que pequeñas modificaciones.
- III.—El paciente murió por colapso cardiovascular. Intenso shock y gran enfisema, media hora después de finalizada la operación.
- IV.—La técnica descrita, puede ser más demorada que las otras, pero da una gran luz, pudiendo ser abordado el corazón por cualquiera de sus caras, especialmente la anterior y sin interesar la cavidad pleural.

Si en una laparotomía (especialmente de urgencia por serias contusiones abdominales) se encuentra sangre espesa, de color "jugo de uvas", oscura, pensar en la posibilidad de que el bazo puede estar lesionado.

HISTORIA CLINICA (*)

Historia N° 9872. Nombre. N. N. Edad. 29 años. Residencia. Bogotá. Profesión. Comerciante. Fecha de entrada. Enero 1° de 1945. Fecha de salida. Enero 1° de 1945. (Muerte).

Antecedentes y Síntomas: Hace pocos momentos recibió una herida en el tórax por arma de fuego.

Presenta un intenso estado de shock, palidez, ansiedad, disp-

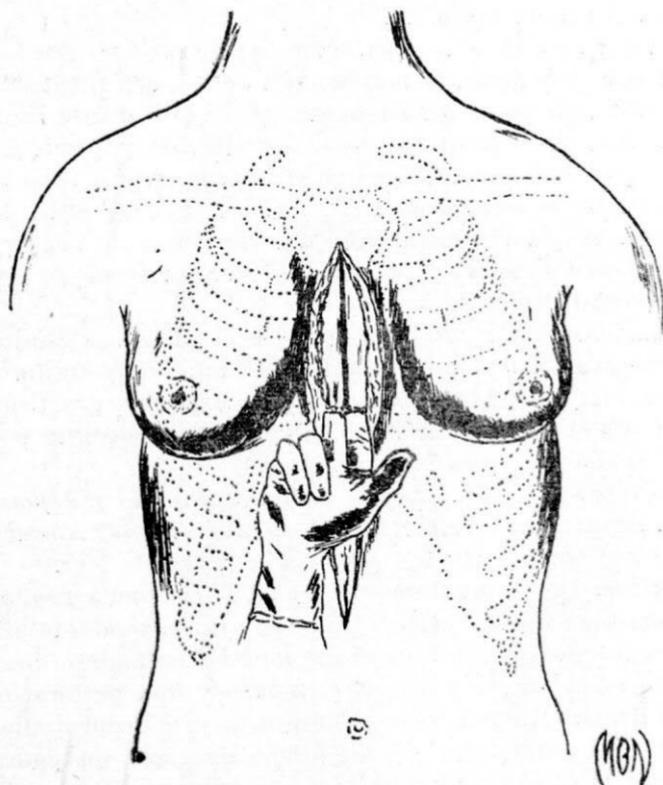


Fig. 2.—Desarticulado el apéndice xifoides, se introducen los dedos para separar los fondos de saco pleurales y cortar el hueso.

nea, pulso acelerado (130) sudoroso, tegumentos fríos, y un dolor insoportable torácico.

Al examen se encuentra (en la ropa el orificio de entrada del proyectil o arma hiriente) y en lo clínico: A la inspección del tórax, un orificio de entrada sobre el 5° espacio intercostal izquierdo, a

(*) Informe presentado a la Oficina de Medicinal Legal de Bogotá.

2 cms. por dentro de la tetilla; por la herida sale sangre mezclada con burbujas de aire. Se aprecia un extenso enfisema en la región lateral y posterior del hemitórax izquierdo; ruidos cardíacos velados que cada vez se hacen más lejanos a pesar de que con el tratamiento inmediato el pulso y la tensión arterial mejoraron.

El tratamiento inmediato fue, morfina, plasma, suero glucosado en sol. salina, endovenosos ambos; Percorten, Sulf. Efedrina, Cardiamina, calor por bolsas de agua, inmovilidad absoluta y reposo psíquico. Todo efectuado estando el enfermo en la sala de cirugía, desde el primer momento.

En vista de que la tensión arterial mejoraba un poco (inicialmente, 8 por 6) y ahora la máxima era de 8,5, con igual mínima, y que el pulso se hace menos frecuente (95 al min.) ante la ausencia completa de ruidos cardíacos a la auscultación y persistencia del estado de palidez y ansiedad del enfermo, con amplia zona de macidez precordial, no bien demarcada, se hace el diagnóstico de hemotórax (hemorragia del mediastino anterior, bien de origen pleuropulmonar, cardio-vascular (miocardio, grandes vasos) o de la pared intercostal, mamaria interna.

Operación. 11 a. m. A las 5 horas de llegado a la clínica el enfermo, después del tratamiento anti-shock anotado y frente al diagnóstico citado, se decidió intervenir, para explorar, practicar la hemostasis que el caso requiriera o la conducta inmediata o ulterior según los hallazgos de la intervención.

Cirujanos: Doctores. Luis E. Botero Jaramillo y Alfonso Bonilla-Naar. Anestésista: doctor Roberto Arango Sanín. Anestesia, Gases (Etileno) completado con pequeña cantidad de éter.

Técnicas: De Duval Barasty (Toraco-laparotomía mediana, con esternotomía media). Al abrir el esternón sale abundante aire, mezclado con buena cantidad de sangre líquida, notándose que a cada espiración salía sangre y aire a presión por una perforación pleural; que dados el movimiento respiratorio y el seguro colapso del órgano por el neumotórax no era posible precisar anatómicamente. Se sutura con catgut la perforación. Una vez expuesto ampliamente el campo operatorio se aprecia que el seno costo diafragmático, como una bolsa de color blanco-amarillenta, irrumpía hacia la línea media a cada movimiento respiratorio. Se nota que el enfermo respira mal, seguramente por el gran neumotórax.

Rechazando cuidadosamente la pleura hacia afuera, se descubre ampliamente el pericardio. Se abre éste en una pequeña extensión y se observa que sale líquido hemático en escasa cantidad. Como se ve que el miocardio no sangra, se sutura con seda negra el ojal pericardíaco.

En vista del estado precario del enfermo (el cual dejó de res-

pirar, con cortos períodos de apnea en dos ocasiones) y de que el enfisema subcutáneo se acentuaba notablemente, y no habiendo hemorragia alguna en el campo operatorio, se procedió a suturar rápidamente el esternón, con dos hilos de plata, pasados con aguja de

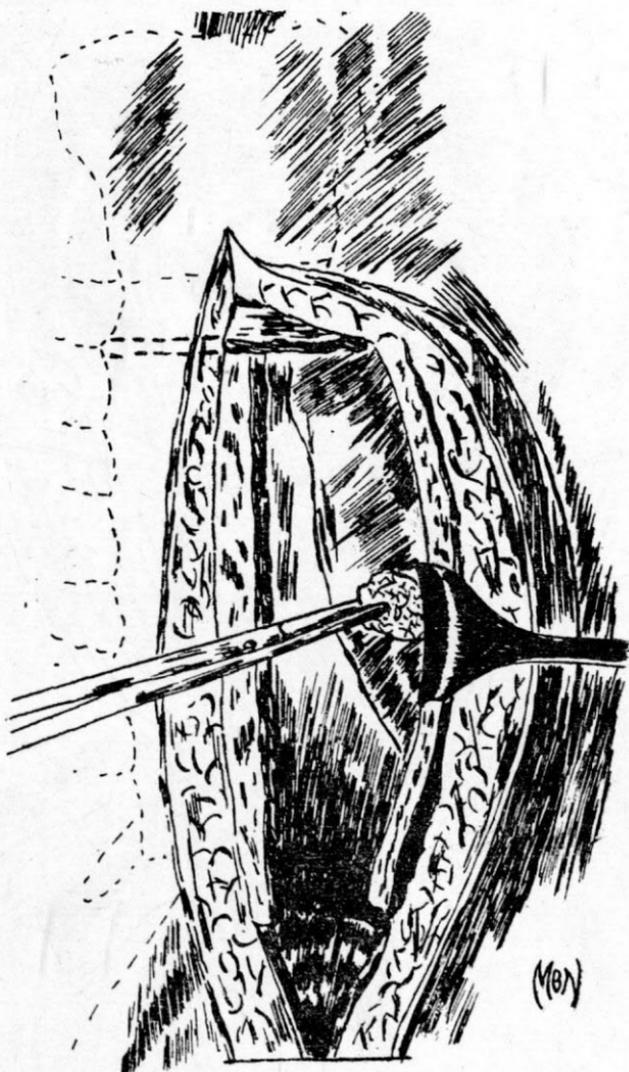


Fig. 3.—Diseción cuidadosa, con una gaza, de la pleura parietal.

Emmet, y luego a reconstruir el diafragma, incidido hasta la inserción del pericardio, así como los planos superficiales con catgut; se dejó un dren de dedo de guante en el mediastino, y se suturó la piel con seda y agrafes de Mitchel. Apósito, y bandas anchas de esparadrapo.

Durante la intervención no hubo hemorragia distinta de la anotada inicialmente, y se le continuaron aplicando al paciente, suero glucosado, plasma, tónicos cardíacos, y 4 ampollitas de Percorten de 10.000 U.

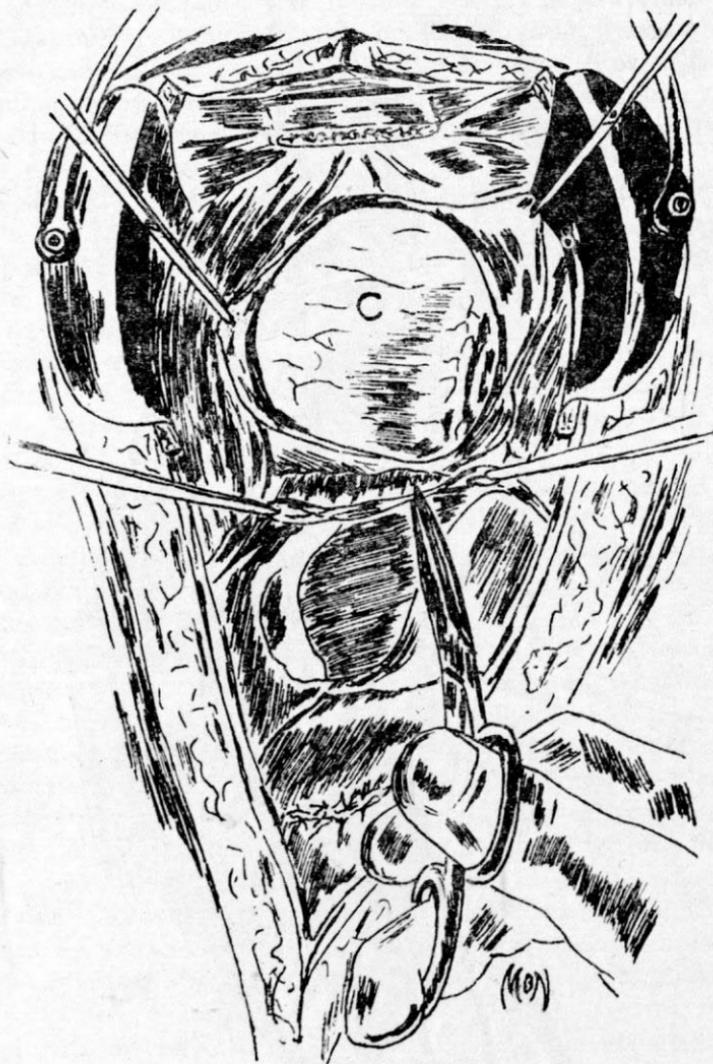


Fig. 4.—El campo operatorio ampliamente abierto. Sección anteroposterior del diafragma hasta la inserción pericárdica.

Al terminar la intervención, a las doce y treinta y cinco es decir, hora y treinta y cinco minutos de duración, el paciente tenía 119 pulsaciones, regulares, respirando defectuosamente, con marcada cianosis, que se acentuaba progresivamente. Se dio oxígeno, ana-

lépticos y se pasó a la pieza N° 33. Media hora después, falleció, después de un brusco colapso cardio-vascular.

Asistieron a la intervención, los doctores: Luis Méndez Ferro (quien vino en compañía del doctor Andrés Luna, tío del paciente, también presente) y el doctor Carlos Dixon. Además el doctor Carlos Vargas, interno del Hospital de San Juan de Dios, accidentalmente, tuvo oportunidad de ver al paciente desde el primer momento y presenciar gran parte de la intervención.

De ustedes Attos.,

Dr. *Luis Eduardo Botero Jaramillo*,
Jefe de Clínica de la Clínica Central.

Dr. *Alfonso Bonilla-Naar*,
Interno transitorio de la Clínica Central.

Bogotá, enero 4 de 1945.

En una gran hemorragia (venosa) durante tiroidectomía, en la que se vé que es el órgano el que "sangra por todos lados", apresúrese a ligar los pedículos mayores. Cede rápidamente. La maniobra de hacer bascular el coto hacia afuera y adelante, es muy útil, por cuanto aleja el peligro de herir el nervio recurrente.