

## Sobre el "Tórax paciente"

### *About "Thorax paciente"*

Orestes Noel Mederos Curbelo,\* Juan Carlos Barrera Ortega,\*\*  
Orlando Noel Mederos Trujillo\*\*\*

**E**l objetivo de esta comunicación es realizar algunas consideraciones en relación con el trabajo *Tratamiento quirúrgico del tórax inestable. ¿Dónde nos encontramos? Experiencia de un hospital privado*, publicado en la *Revista Cirujano General*, 2017, Vol. 39 Núm. 4, páginas 237-246. Antes que todo, queremos felicitar a los autores por la excelente revisión y los resultados obtenidos.

El tratamiento del tórax inestable ha variado según la comprensión de su fisiopatología; cuando se consideró que la inestabilidad de la pared era el problema esencial, se utilizaron métodos de compresión externa o la tracción subcutánea o esquelética con pesos y poleas. En la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) se recomendó el bloqueo anestésico, la fisioterapia y en algunos casos la ventilación mecánica. Los progresos en la intubación endotraqueal motivaron a que E.E. Avery defendiera en 1956 la estabilización neumática interna (ENI),<sup>1</sup> método utilizado durante la Guerra de Vietnam (1959-1975). La ventilación prolongada impone la necesidad de traqueostomía y aumentó la posibilidad de estenosis traqueal. Años después, se planteó que el segmento costal lesionado se mantenía estático y el resto de la pared torácica se movilizaba dando la impresión de un movimiento paradójico. Surgen fijadores externos, cerclajes óseos subperiósticos y presillas costales. En 1975, J.K. Trinkle<sup>2</sup> señala que la contusión pulmonar subyacente y el dolor son los factores que aumentan la mortalidad por infección e insuficiencia respiratoria y defiende el tratamiento no quirúrgico mediante una función de limpieza pulmonar eficiente, alivio del dolor con bloqueo intercostal, fisioterapia

respiratoria vigorosa, restricción de líquidos, uso de coloides, esteroides y oxígeno.

En 1995, creamos en nuestro hospital un fijador externo para el volet costal y esternal, utilizando cerclaje subperióstico y costillas metálicas artificiales, con excelentes resultados y eliminando la hospitalización prolongada<sup>3,4</sup> (*Figura 1*).

Actualmente, la mayoría de estos traumas se tratan con medidas conservadoras; la ventilación mecánica se emplea en presencia de una frecuencia respiratoria menor de ocho o mayor de 30 respiraciones por minuto, PaO<sub>2</sub> menor de 60 mmHg en aire atmosférico o menor de 80 mmHg con O<sub>2</sub> suplementario, PaCO<sub>2</sub> mayor de 50 mmHg, Qs/Qt mayor de 15 a 20% y la relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor de 250. El tratamiento quirúrgico está reservado al tórax inestable extenso, bilaterales o con participación del esternón o a aquellos pacientes que requieren una toracotomía por lesión intratorácica. El método de elección es la fijación con grapas y placas de titanio; asimismo, se ha introducido el uso de material bioabsorbible.<sup>5</sup>



*Figura 1: Retiro del fijador ambulatorio.*

\* Profesor titular de cirugía.  
\*\* Profesor auxiliar de cirugía.  
\*\*\* Residente de cirugía.

Hospital Universitario Comandante Manuel Fajardo. La Habana Cuba.

Recibido: 16/07/2018  
Aceptado: 22/07/2018

**REFERENCIAS**

1. Avery EE, Benson DW, Morsch ET. Critically, crushed chest; a new method of treatment with continuos mechanical hyperventilation to produce alkalotic apnea and internal pneumatic stabilization. J Thorac Surg. 1983; 32: 291-311.
2. Trinkle JK, Richardson JD, Franz JL, Grover FL, Arom KV, Holmstrom FM. Management of flail chest without mechanical ventilation. Ann Thorac Surg. 1985; 19: 335-363.
3. Mederos CO, Albaladejo R, Barreras OJ, Romero DC, Cantero RA, Valdés JJ. Estabilizador para tórax batiente. Revista Avances Médicos de Cuba. 2001; 8: 54.
4. Mederos CO, Barreras OJ, Valdés JJ, Romero DC, Cantero RA. Uso de fijador externo en la inestabilidad de la pared torácica anterior. Rev Cubana Cir. 2005; 44.
5. Nolasco-de la Rosa AL, Mosiñoz-Montes R, Matehuala-García J, Cuautle-Ramírez AA, Román-Guzmán E, Reyes-Miranda AL y cols. Fijación de tórax inestable con placas y tornillos bioabsorbibles. Acta Ortop Mex. 2016; 30: 311-315.

**Correspondencia:****Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo****E-mail:** noemed@infomed.sld.cu