

HEMORRAGIAS POSTOPERATORIAS EN LA CIRUGIA TORACICA

Dr. HAMLET SUAREZ

Debemos considerar el tema de hemorragias postoperatorias inmediatas en cirugía torácica y comenzaremos por decir que el problema tan temible de la hemorragia grave en el operado de tórax no es un problema del ambiente, localista o regional, de tal o cual equipo quirúrgico sino que es un problema universal y que se sucede en todos los medios donde se practica esta cirugía.

Recordaremos previamente que en esta cirugía de especialidad intervienen tres factores humanos agrupados en equipos, el equipo de cirujanos, el equipo de anestelistas y el equipo de hemoterapeutas, y este recuerdo es oportuno, pues de la lectura de múltiples trabajos que tratan de este accidente surge el hecho de que ni el acto quirúrgico en sí mismo, ni la anestesia practicada como tal, ni los fluidos y líquidos inyectados durante o después de la intervención explican aisladamente y por sí solos el accidente.

Surge, pues, el hecho de que el problema es, en sí mismo, sumamente complejo.

Las hemorragias postoperatorias inmediatas constituyen una complicación siempre a temer cuando se practica cirugía torácica, principalmente cirugía de exéresis pleuropulmonar y puede producirse aun en los casos en que el acto quirúrgico realizado ha sido totalmente satisfactorio y bien reglado.

Hay una diferencia fundamental en lo que se supone *riesgo vital* entre las hemorragias agudas de la economía y las hemorragias agudas intratorácicas. En las primeras, intracraneanas, intraabdominales o de grandes masas musculares, el riesgo vital está a cuenta del desequilibrio funcional o de la gran pérdida sanguínea en forma rápida. En las hemorragias intratorácicas se suman a los factores antedichos, desequilibrio funcional y gran pérdida sanguínea, un tercer factor, el binomio funcional cardiorrespiratorio.

De aquí se deduce una consecuencia terapéutica y es que frente a una hemorragia aguda intratorácica el cirujano no puede

permanecer estático y valerse sólo de los medios terapéuticos comunes de reanimación, coagulación y reposición sanguínea, sino que debe ser activo e intervencionista lo más precozmente posible.

En lo que se refiere a la *naturaleza* de la hemorragia postoperatoria aguda, debemos decir que su procedencia puede estar:

- a) en las arterias sistémicas;
- b) en las venas sistémicas;
- c) en el sistema portal;
- d) en las arterias pulmonares;
- e) en las venas pulmonares;
- f) circulación colateral del pulmón.

Son bien conocidos los cinco primeros factores, no tan así el sexto, el que se refiere a la circulación colateral pulmonar, que tiene poco valor en estado normal, pero que adquiere gran importancia en estado patológico pulmonar crónico. Esta circulación colateral se hace por una red de arterias preexistentes o neoformadas que nacen de la aorta, recorren el parénquima lesionado y se vuelcan en pequeñas ramas de la arteria pulmonar. Funcionan como un "shunt" de *izquierda* a *derecha*, cuya corriente se mantiene por el desnivel tensional entre la aorta y la arteria pulmonar.

Las preexistentes son las que forman el sistema bronquial.

Las arterias neoformadas transcurren en la adherencia del proceso pleuropulmonar crónico y si bien una por una no tienen significación, tomadas en conjunto alcanzan el volumen de una arteria de gran calibre.

No consideramos en este tema las hemorragias por fibrinólisis, que constituyen una entidad aparte y serán comentadas por otros colegas.

ASPECTOS CLINICOS

Comentaremos solamente los casos de hemorragia postoperatoria corriente sin fibrinólisis.

Estas hemorragias se producen en el transcurso del primer al tercer día y pueden aparecer en pacientes ya recuperados que inician una evolución favorable con radiografías que no muestran derrame apreciable y drenaje a bocal en cantidades aceptables (250-500 c.c. en 24 horas).

Con respecto al control radiográfico debemos decir que hay una serie de espacios muertos dentro del tórax (senos costodia-

fragmáticos, espacios paramediastinales, etc.) que en conjunto dan un volumen de capacidad importante y que no se denuncian por una radiografía positiva de nivel alto.

Se puede decir que en la pleura siempre hay más sangre de la que se calcula por la radiografía.

El paciente que sangra se decompensa rápidamente, se agrava, invierte la fórmula de su buena evolución: en poco tiempo constituye un cuadro alarmante caracterizado por drenaje sanguíneo exagerado, hipotensión progresiva, pulso taquicárdico, disnea, ansiedad y agitación, palidez y sed de aire, completando rápidamente el cuadro grave de anemia aguda.

Puede suceder que el drenaje dé poco o nada, y esto no sirve para desechar una hemorragia.

Puede suceder que la radiografía sea limpia y sin niveles y sin velar, y el paciente estar haciendo una hemorragia que se drena totalmente u ocupa espacios muertos.

Será por la gráfica tensional, por el aspecto clínico del paciente, por la curva del pulso y la respiración, que se podrá sospechar una hemorragia progresiva y lenta.

Los elementos de laboratorio, tales como hematócrito, recuento globular y dosaje de hemoglobina, no tienen mayor fidelidad en las primeras horas de una hemorragia postoperatoria. No tiene tampoco un real valor la medición de la sangre que se drena, puede ser escaso el drenaje por imperfección o acomodamiento del tubo o ser exagerado porque a la sangre derramada se le añade la exudación local.

Existe un hecho práctico comprobado por una nurse experta y observadora, hecho que lleva su nombre: signo de Sheila; quien observó que cuando se está produciendo una hemorragia grave, el tubo de drenaje está lleno y caliente.

Repetimos pues, que el cuadro clínico de un paciente que se decompensa rápidamente con o sin pérdidas sanguíneas visible en las primeras horas, constituye el elemento más importante para orientar un buen diagnóstico y la decisión de una conducta terapéutica activa.

Una modalidad de hemorragia la constituye la hemorragia parietal, que se deposita entre los planos musculares o en la hendidura de una toracotomía. Esta puede alcanzar un volumen importante, no es visible y predispone a dehiscencias de suturas, a infección, a desencadenamiento de fibrinólisis.

Otro tipo de hemorragia bastante frecuente en nuestro medio es el hemotórax coagulado o *coaguloma*, al decir del Prof. Vaccarezza, quien aclara que este término asocia la idea de algo que debe extirparse de inmediato. El coaguloma se produce rápidamente, no se denuncia por el drenaje ni por la punción, la

radiografía no la pesquisa claramente, pero por su tamaño, por el sitio que ocupa en el hemitórax, por el colapso pulmonar que provoca, por la posibilidad de infección precoz, merece una sanación quirúrgica lo más precoz posible.

CONDUCTA A SEGUIR FRENTE A UNA HEMORRAGIA POSTOPERATORIA GRAVE

Un buen diagnóstico, con un buen examen clínico en primer lugar, con paciente en buena posición, sentado si es posible, auscultado y percutido, y si corresponde puncionado correctamente con fin diagnóstico.

Diagnosticada la hemorragia, corresponde tomar una decisión operatoria activa de reoperación de urgencia.

En general no es fácil en todos los casos tomar una decisión operatoria de *retoracotomía*.

Para ello debe contarse con un paciente puesto en condiciones de tolerar una nueva anestesia y un nuevo tiempo operatorio que puede ser prolongado.

Debe transfundirse al enfermo con sangre del grupo, de preferencia sangre fresca hasta compensar lo perdido, teniendo en cuenta no sobrepasar volumétricamente los valores de sobrecarga circulatoria con sus consecuencias irreversibles y fatales.

Puede asociarse en este tiempo preparador de la retoracotomía el uso de todos los otros elementos terapéuticos conocidos: posición de Trendelenburg, vendaje de miembros, coagulantes, hipertensores, etc. Ni por separado ni en conjunto estos elementos terapéuticos sustituyen a la reintervención, que debe ser planteada precozmente, oportunamente y practicada por equipo responsable.

La entrada al tórax debe ser lo más rápida posible, tratando al mismo tiempo de efectuar la "toilette" de los elementos de sutura primarios.

Se procederá con más prudencia, dentro del tórax, evacuando los coágulos y el contenido líquido, buscando los elementos que sangran y corrigiendo las suturas olvidadas o imperfectas, y vigilando muy de cerca la hemorragia de los elementos colaterales de que hablamos antes.

No debemos olvidar que cohibida la hemorragia y practicada la "toilette" pleural, puede suceder que debamos proceder a la eliminación de una membrana de fibrina que se deposita precozmente sobre la pleura visceral y que puede, como lo hemos comprobado varias veces, provocar una inexpandibilidad del pulmón tratado. Esto podría ser motivo de otro tema: *colapso pulmonar postretoracotomía*.

El hecho más importante y a nuestra manera de ver más sorprendente, es que en la mayor parte de los casos de reintervención por hemorragia, efectuado el cierre del tórax, los pacientes mejoran, la hemorragia se detiene y no se repite, salvo en casos excepcionales, el cuadro alarmante y angustioso que determinó la reapertura torácica.

Otro hecho a destacar es que no hay una relación directa entre la frecuencia de la hemorragia postoperatoria y la cirugía cruenta, que practica decolamientos amplios extrafasciales como la exéresis pulmonar en los bacilares muy cronificados, y recordamos que las hemorragias más alarmantes las hemos observado en pacientes que soportaron una cirugía bien reglada y de hemostasis fácil y cuidadosa.

Para finalizar, diremos que el operado torácico debe ser siempre y permanentemente vigilado en Servicio de recuperación las primeras 48 horas.

Que frente a un cuadro de hemorragia intratorácica que se inicia, se debe contar con el material indispensable de reposición sanguínea de urgencia y, en último término, que la retoracotomía o reintervención solucione en el mayor número de casos el problema que crea esta grave complicación operatoria.