



## P-305 - TRAUMA TORACOABDOMINAL POR DETONACIÓN DE EXPLOSIVO (OBUS)

L. Cristóbal Poch, M. Álvarez, L. Salvatierra, C. Iglesias, J.C. Rubio, B. Civantos, J.A. Rodríguez Montes y J. Díaz

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** A nivel mundial, el trauma constituye una de las principales causas de mortalidad e incapacidad.

**Caso clínico:** Paciente de 23 años, sin antecedentes médicos de interés, que sufre un politraumatismo por detonación de un obús de manera accidental. A su llegada, el paciente presenta evisceración del paquete intestinal, Amputación supracondílea de miembro superior izquierdo y traumatismo facial severo con desplazamiento maxilar. Se realiza un *body-TAC* donde se evidencia: Fracturas costales múltiples, hemo neumotórax izquierdo con colapso completo del pulmón ipsilateral, rotura diafragmática con desplazamiento gástrico a tórax, laceración esplénica con signos de hemorragia activa, traumatismo abierto de pared toraco-abdominal izquierda, evisceración de asas de intestino delgado y colon trasverso, laceración renal, hematoma retroperitoneal, fractura de la diáfisis cubital a 10 cm del codo, fractura conminuta distal del cúbito, radio y carpo izquierdos. Ante los hallazgos, se decide colocación de drenaje pleural izquierdo y traslado a quirófano realizando laparotomía exploradora evidenciando hematoma retroperitoneal región II de escasa cuantía, laceración renal, desinserción completa del hemidiafragma izquierdo, con desplazamiento del contenido abdominal al tórax, fracturas costales, laceración esplénica, sin apreciar lesiones de víscera hueca, hemo peritoneo de unos 300 cc y múltiples detritus en toda la cavidad abdominal. Se realizó esplenectomía, reducción del contenido abdominal y sutura del diafragma. Lavado y revisión de toda la cavidad abdominal y colocación de sistema de presión negativa VAC para revisión posterior. En revisión en quirófano se objetivó laceración de la cola pancreática por lo que se realizó bolsa de tabaco de la cola pancreática y epiploplastia, desarrollando posteriormente fístula pancreática. En una tercera intervención se procede a la reparación definitiva del defecto toracoabdominal. Tras 39 días en la UVI y un total de 46 días de ingreso, el paciente es dado de alta. Actualmente, el paciente está pendiente de reparación de eventración a nivel abdominal anterior e HTA.

**Discusión:** Ante un paciente politraumatizado, se deben seguir las medidas indicadas en el protocolo ATLS, asegurando en primer lugar aquellas lesiones que amenacen la vida del paciente. Una vez estabilizado, la TAC de abdomen desempeña un papel importante en la evolución de pacientes hemodinámicamente estables con traumatismo abdominal, en los que tanto la historia como la exploración hacen sospechar de una lesión intrabdominal. En nuestro caso, el paciente sufrió lesiones múltiples: principalmente lesiones diafragmáticas, pancreáticas y las lesiones de la pared abdominal. Incluso en los centros de trauma y hospitales de tercer nivel, las lesiones por

explosión son poco frecuentes. El paciente de politrauma por explosivo representa un reto quirúrgico, al presentar lesiones graves y que afectan a diferentes órganos; por lo que resulta clave el manejo por un equipo multidisciplinar. Las lesiones por explosivo son lesiones con mecanismos fisiopatológicos característicos, poco frecuentes en nuestro medio. En ocasiones representan un verdadero reto, al tratarse de pacientes jóvenes, con graves lesiones, que pueden requerir una evaluación rápida y cirugías agresivas, con un alto índice de morbilidad y mortalidad. Consideramos esencial, la atención por un equipo multidisciplinar, formado en este tipo de lesiones.