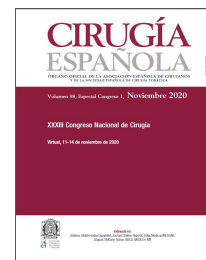




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-679 - TORACOTOMÍA URGENTE: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Verea Varela, Sabela; Maseda Díaz, Olga; Couselo Villanueva, Jose; Dorado Castro, Lucía; Varela, Cristian; Anguita Ramos, Francisco Javier; Pérez Moreiras, Isabel; Conde Vales, Jose

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Introducción: La realización de procedimientos torácicos invasivos como la toracotomía urgente no es frecuente en la práctica habitual del cirujano general, presentamos dos casos que hemos tenido en los últimos tres años en un hospital de segundo nivel. Se trata de dos pacientes que requerían de cirugía emergente, no siendo posible el traslado a Centro de Referencia.

Casos clínicos: El primer paciente es un varón de 25 años con antecedentes de esquizofrenia, que es traído a Urgencias tras intento autolítico, a su llegada se encuentra en parada cardiorrespiratoria y presenta herida de arma blanca en hemitórax izquierdo con sangrado profuso. Se realizan maniobras de RCP, compresión a nivel de la herida y el paciente es llevado a quirófano. Se realiza toracotomía urgente, se objetiva importante hemotórax y herida sangrante a nivel pericárdico que a la vez condiciona taponamiento cardiaco; el paciente entra nuevamente en parada, se realiza masaje directo. Se amplía la herida del pericardio, objetivándose lesión transmural de ventrículo izquierdo, se sutura con puntos de Prolene consiguiendo controlar la hemorragia. Se coloca Tachosil y se realiza cierre parcial del pericardio, dejando un drenaje pericárdico y dos drenajes torácicos. El segundo paciente es un varón de 78 años que acude a Urgencias tras embestida de vaca, se encuentra estable hemodinámicamente y presenta politraumatismo con TCE y trauma torácico con fractura de sexto y séptimo arcos costales izquierdos y contusión pulmonar, por lo que se decide ingreso en UCI para vigilancia. El paciente presenta empeoramiento clínico durante las primeras horas, con inestabilidad hemodinámica, que requiere de intubación e inicio de aminas, se repiten pruebas de imagen y se objetiva hemotórax izquierdo masivo con datos de sangrado activo, a nuestra llegada el paciente entra en parada cardio-respiratoria, se inicia RCP y colocación de tubo endotorácico con salida de 1.500 cc de contenido hemático, se recupera de la parada y se traslada al quirófano. Se realiza toracotomía izquierda y se objetiva hemotórax izquierdo con sangrado a nivel de arteria diafragmática superior, que se liga consiguiéndose correcta hemostasia. Se dejan dos tubos de drenaje torácicos. El primer paciente permanece en UCI, se contacta con Cirugía Cardíaca del Centro de Referencia, estando de acuerdo con la actitud. No presenta complicaciones en el postoperatorio y recupera la función ventricular. Se traslada al Servicio de Psiquiatría el cuarto día postoperatorio y es dado de alta a los 28 días. El segundo paciente presenta un postoperatorio tórpido, desarrolla SDRA e inestabilidad hemodinámica, requiere la realización de traqueotomía el octavo día postoperatorio, desarrolla polineuropatía del paciente crítico. Se traslada a planta de Geriátrica a los 48 días de la intervención, es posible cerrar el traqueoestoma y se realiza rehabilitación, es dado de alta a los 59 días de la intervención.

Discusión: La toracotomía urgente es poco frecuente en la urgencia del Cirujano General, pero debemos estar entrenados y familiarizados con la realización de la misma, puesto que cuando se presenta se trata de situaciones de emergencia vital que requieren de una rápida y correcta actuación.