



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-03 - RECONSTRUCCIÓN COSTAL Y DIAFRAGMÁTICA POR TRAUMATISMO TORÁCICO

Rombolá, C.A.; Libreros Niño, E.A.; Salvador Roses, H.; Montesinos Encalada, M.E.; Jara Quezada, J.H.; Groizard Botella, M.J.; Salinas Barrau, N.C.; Sampredo Salinas, C.A.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: En el traumatismo torácico grave con fracturas costales asociadas a inestabilidad torácica, gran deformidad con dolor, dificultad para el *weaning* o indicación de toracotomía por otras lesiones; la reducción y fijación costal quirúrgica está ganando cada vez mayor protagonismo. Algunas revisiones sistemáticas demuestran menores tasas de mortalidad, estancia en cuidados críticos, tiempo de ventilación mecánica, tasas de infección y tiempos de hospitalización. Es importante destacar que ante la presencia de fracturas costales bajas se debe sospechar una lesión diafragmática (difícil de confirmar con imágenes) y de órganos abdominales. Las rupturas diafragmáticas se asocian en más del 90% a otras lesiones intraabdominales y por esto, cuando su abordaje quirúrgico es precoz, se recomienda la vía abdominal para descartar o reparar todos los daños posibles. Comentamos un caso clínico de traumatismo toracoabdominal complejo destacando algunos aspectos en su abordaje y reparación quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 75 años, con antecedentes de HTA y obesidad trasladada por accidente de tráfico (choque frontal). Hemodinámicamente estable y consciente, refiere dolor intenso en hipocondrio derecho. El TC toracoabdominal evidencia: fracturas costales posteriores (6^a, 7^a, 8^a, 9^a y 11^a derechas), con desplazamiento de fragmentos que improntan sobre el parénquima hepático y pulmonar (contusión en LID < 20%). Abdomen sin claras evidencias de lesiones. Fractura de pilón tibial derecho. Es derivada a la UCI para vigilancia, presentando mal control del dolor, con deformidad costal y anemia. Ante la indicación de corregir la deformidad de la pared torácica y la posibilidad de lesión diafragmática y/o hepática se decide intervenir conjuntamente con cirugía general. Hallazgos laparoscópicos: decúbito supino. Doble ruptura diafragmática derecha de 12 cm y 3 cm, con visualización del contenido intratorácico desde la cavidad abdominal. Hemotórax derecho de aproximadamente 200 ml. Contusión hepática en segmento VI (amplia movilización incluyendo disección del ligamento triangular y coronario). Fracturas costales desplazadas sin sangrado activo. Resto de la cavidad abdominal sin lesiones. Colocación de drenaje. Segundo tiempo quirúrgico: toracotomía. En decúbito lateral izquierdo se realiza toracotomía sobre 8^a costilla. Exposición del plano costal identificando fracturas costales (6^a a 11^a) con desplazamiento e incrustación de los extremos costales posteriores hacia la cavidad abdominal y torácica. Se identifican los desgarros del hemidiafragma derecho y laceraciones en el LID, corregidas con endosuturas. Sutures continuas en el diafragma con polipropileno 1/0 y refuerzo con malla de cPTFE fijada con puntos separados. Osteosíntesis de las costillas 7^a, 8^a, 9^a y 11^a con barras y tornillos de titanio, logrando estabilidad

satisfactoria. Drenajes, re inserción de planos musculares y cierre. La fractura del miembro inferior derecho requirió un fijador externo, limitando la deambulaci3n. Durante el posoperatorio precoz present3 un tromboembolismo pulmonar bilateral, que evolucion3 favorablemente con tratamiento m3dico. Fue dada de alta a las dos semanas del posoperatorio.

Discusi3n: Ante la presencia de fracturas costales m3ltiples bajas y la sospecha de lesiones diafragm3ticas y abdominales, el abordaje secuencial de laparoscopia y toracotomía para osteosíntesis puede aportar ventajas para la adecuada exploraci3n y resoluci3n de todas las lesiones toracoabdominales.