



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-560 - ROTURA BRONQUIAL POR TRAUMATISMO TORÁCICO CERRADO

de la Fuente Hernández, Noa; Martín, Ana Belén; Rofín, Silvia; Caballero, Ferran; Belda, José; Trias Folch, Manel

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: La rotura bronquial es una complicación emergente en el traumatismo torácico cerrado con una mortalidad de hasta el 80% y puede ser infradiagnosticada en la valoración inicial del paciente politraumático. Es necesaria una alta sospecha diagnóstica y un tratamiento quirúrgico temprano.

Caso clínico: Mujer de 44 años que tras accidente de motocicleta con un impacto de alta energía es atendida en el lugar del accidente por el Servicio de Emergencias, con inestabilidad hemodinámica, taquipnea, saturación del 80%, Glasgow 14 e importante enfisema subcutáneo en hemitórax derecho. Se sospecha lesión bronquial por la clínica respiratoria compatible con neumotórax a tensión unida al gran enfisema subcutáneo. Se realiza intubación orotraqueal en el lugar del accidente, se colocan dos drenajes pleurales conectados a una válvula de Heimlich en ambos hemitórax y se traslada a nuestro centro. A su llegada a Urgencias se realiza una radiografía portátil de tórax, evidenciando neumotórax derecho e izquierdo, y fibrobroncoscopia, apreciándose rotura cartilaginosa a nivel del bronquio principal derecho. Se decide cirugía urgente. Se indica toracotomía derecha identificándose rotura completa del bronquio principal derecho. Se realiza intubación selectiva intraoperatoria del bronquio principal izquierdo y anastomosis término-terminal del bronquio principal derecho. Se comprueba estanqueidad de la anastomosis, y se recubre con pleura, grasa mediastínica y sellante sintético (CoSeaL®). Tras la intervención se completa valoración secundaria realizando TC cráneo-cérvico-toraco-abdominal donde se evidencian los drenajes pleurales, la lesión tratada de bronquio principal derecho y fracturas costales y vertebrales. Es trasladada a UCI, donde presenta una evolución favorable. A los 15 días del accidente es extubada y se retiran los drenajes pleurales. La sospecha diagnóstica en el lugar del accidente permitió una confirmación rápida en urgencias mediante fibrobroncoscopia y un tratamiento quirúrgico precoz, lo que se tradujo en una correcta evolución sin complicaciones relacionadas con la lesión bronquial.

Discusión: La rotura bronquial es una lesión grave infradiagnosticada en el manejo inicial del paciente politraumatizado. Su incidencia es del 1-3% y en el 75% de los casos la lesión ocurre a los 2 cm de la carina, siendo la rotura del bronquio principal derecho más frecuente. Los síntomas son inespecíficos e incluyen disnea, desaturación e hipofonesis. Hasta en un 10% de los casos son asintomáticas. El diagnóstico se establece por la clínica y la radiografía de tórax. Si la sección del bronquio principal es completa, un signo típico es el del pulmón caído (ausencia de hilio normal en la radiografía). La fibrobroncoscopia es la técnica de elección para el establecimiento del lugar,

naturaleza y extensión de la rotura. La rotura bronquial debe sospecharse ante la no resolución del neumotórax tras la colocación de dos drenajes pleurales. Las indicaciones propuestas para el tratamiento quirúrgico son: lesión mayor de 2 cm o un tercio de la circunferencia, adelgazamiento de la pared bronquial, afectación de carina o paracarina, imposibilidad de resolución del neumotórax tras colocación de dos drenajes pleurales y prolapso de la pared esofágica o daño esofágico asociado. El tratamiento de elección consiste en la anastomosis primaria.