



P-708 - SECUENCIA DE ACTUACIÓN EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO CON LESIONES MULTICAVITARIAS

Yuste García, Pedro; Gutiérrez Andreu, Marta; Brandariz Gil, Lorena; Alegre Torrado, Cristina; García Villar, Óscar; Nevado García, Cristina; Supelano Eslait, Guillermo; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Los pacientes politraumatizados con afectación multicavitaria e inestabilidad hemodinámica representan un reto para el cirujano. No existe consenso en la literatura sobre la secuencia de actuación y hasta en un 50% de los casos la cavidad donde se actúa primariamente no resulta eficaz. En el presente trabajo se describe la secuencia de actuación ante un paciente con trauma tóraco-abdomino-pélvico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 61 años de edad que sufre un accidente de tráfico (choque frontal a 90 Km/h). En la atención extra hospitalaria se objetiva TA 90/60 mmHg, F.C: 85 lpm, FR: 30 rpm y Glasgow 15. Presentaba hipoventilación en hemitórax izquierdo, abdomen doloroso e inestabilidad pélvica. Fue trasladada en helicóptero a nuestro centro en 50 minutos. En la valoración hospitalaria se objetiva: TA: 90/40 mmHg, FC: 90 lpm, FR: 32 rpm. Se realiza radiografía de tórax con fracturas costales múltiples bilaterales y derrame pleural izquierdo, radiografía de pelvis con diástasis de pubis de 2,5 cm y dos ecografías FAST seriadas sin líquido libre intraperitoneal. Analítica: Hemoglobina 7,8 g/dl, lactato 7 mmol/L y pH 7,3. Se colocó un tubo de tórax izquierdo, con salida de 1.100 cc de sangre. Se procedió a la intubación orotraqueal, a la reposición de líquidos (2.500 cc) y derivados hemáticos (2 u.), manteniendo TA de 95/60 mmHg. Se estabiliza la pelvis con faja. Ante la estabilidad hemodinámica se decidió realizar TC tóraco-abdomino-pélvico que fue informado como: fracturas costales múltiples, hemotórax y contusión pulmonar izquierda, estallido esplénico y hemoperitoneo. Hematoma mesentérico. Fracturas múltiples en anillo pélvico. Durante la realización del TC la paciente presentó hipotensión (TA 60). Se traslada de forma urgente al quirófano donde se coloca un fijador externo y se realiza laparotomía suprainfraumbilical, objetivando hemoperitoneo de 3 litros, estallido de bazo, hematoma mesentérico y perforación puntiforme en yeyuno proximal. Se realiza esplenectomía y sutura de perforación. Persiste inestabilidad hemodinámica. Por el tubo endotorácico izquierdo había drenado 1.800 cc de sangre, por lo que se decide toracotomía antero lateral izquierda objetivando hemotórax por sangrado profuso de arterias intercostales que se suturan. Tras la intervención (1h 50 min.), y tras la administración de 20 u. de sangre, 10 u. de plasma y 3 pool de plaquetas la paciente recupera la estabilidad hemodinámica, pero requiere drogas vasoactivas por lo que se realiza arteriografía, donde se objetiva sangrado activo por ambas arterias glúteas superiores que se embolizan. La paciente es trasladada a la UVI donde permanece hemodinámicamente estable.



Discusión: El origen del sangrado ante un paciente con trauma tóraco-abdomino-pélvico inestable hemodinámicamente puede derivarse de cualquiera de estas 3 regiones. Es incuestionable el tratamiento quirúrgico urgente, planteándose en qué región se debe actuar primero. En este caso, la secuencia de actuación: fijación pélvica externa, laparotomía, toracotomía y angioembolización, resultó eficaz para recuperar la estabilidad hemodinámica. Recomendamos el abordaje multidisciplinar, la estrategia de control de daños y la implicación temprana del cirujano general para el manejo y coordinación de este tipo de pacientes.