



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-696 - TRAUMA PENETRANTE EN EPIGASTRIO CON LESIÓN TÓRACO-ABDOMINAL

Gutiérrez Andreu, Marta; García Villar, Óscar; Yuste García, Pedro; Brandariz Gil, Lorena; Supelano Eslait, Guillermo; Nevado García, Cristina; Alegre Torrado, Cristina; de la Cruz Vigo, Felipe

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Los pacientes con trauma penetrante y hemodinámicamente inestables representan un reto para el cirujano, ya que el arsenal diagnóstico previo a la cirugía se encuentra muy limitado. Dependiendo de la localización de la lesión se tiene que tener muy presente la posibilidad de realizar diversos abordajes según la sospecha de la fuente de sangrado.

Caso clínico: Varón de 31 años de edad que sufre una agresión por arma blanca (cuchillo jamonero) presentando una herida abdominal. Como antecedentes personales destacan: consumidor habitual de drogas y alcohol y alergia a pirazonas y tomate. En la atención extra hospitalaria se objetiva TA: 120/80 mmHg, FC: 90 lpm. FR: 20 rpm y Glasgow 15. Herida por arma blanca en epigástrico de 5 cm. Fue trasladado en helicóptero a nuestro centro (60 min). En la valoración hospitalaria el paciente mantiene la vía aérea permeable. Disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho, TA: 100/70 mmHg, FC: 115 lpm, FR: 28 rpm. Analítica: hemoglobina 8,5 g/dl, lactato 7,3 mmol/L Actividad de protrombina 70% y pH 7,15. Presenta una única herida penetrante en epigastrio con escaso sangrado. Abdomen sin peritonismo, levemente doloroso. Pelvis normal. No se objetivan más lesiones. Se realiza radiografía de tórax, donde se observa derrame en hemitórax derecho. Se colocó un tubo de tórax derecho, con salida de 1.000 cc de sangre. Sonda nasogástrica con restos de alcohol y sonda vesical con orina clara. Ecofast con escaso líquido libre subhepático y no derrame pericárdico. Durante la evaluación primaria el paciente presenta TA de 70/40 mmHg con FC de 120 lpm y disminución del nivel de consciencia.

Resultados: Se traslada al quirófano donde se realiza laparotomía suprainfraumbilical objetivándose hemoperitoneo de 1,5 litros, herida penetrante hepática en seg. IV y V de 5 cm con sangrado activo y sangrado activo de diafragma posteroinferior cercano a confluencia con la vena cava, sin poder visualizarse claramente la herida diafragmática. Se realiza hemostasia de la lesión hepática con electrocoagulación y material hemostático y un punto transfixivo en el diafragma. Tras la administración de 6 u. de sangre, 4 de plasma, 4 pool de plaquetas, fibrinógeno, ácido tranexámico y drogas vasoactivas, persiste la inestabilidad hemodinámica. Por el tubo endotorácico derecho drena 300 cc de sangre en 20 minutos. Se decide toracotomía anterolateral derecha, objetivándose hemotórax de 500 cc, laceración diafragmática próxima al hiato con sangrado activo de arteria y vena diafragmática que se suturan. El paciente recupera la estabilidad hemodinámica. Tiempo total de cirugía 95 minutos.



Conclusiones: El origen del sangrado ante un paciente inestable hemodinámicamente puede derivarse de varias fuentes. El mecanismo de lesión guiará hacia la cavidad que se debe abordar en un primer momento, pero puede ser necesario continuar con otros abordajes cuando persiste la inestabilidad hemodinámica y por tanto el control del sangrado no se ha conseguido.