



P-608 - ABORDAJE COMBINADO TORACOABDOMINAL EN ROTURA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA

Domínguez Bastante, Mireia; Ercoreca Tejada, Saioa; Moyano Rodríguez, M José; Huertas Peña, Francisco; Hernández, Francisco; Villar del Moral, Jesús

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: La rotura diafragmática postraumática es infrecuente y se asocia a traumatismos toracoabdominales de alto impacto, abiertos o cerrados. Su morbimortalidad viene condicionada por las lesiones asociadas. Es más frecuente en varones jóvenes (4:1) y en el lado izquierdo. Están descritas hasta un 1,5% bilaterales.

Caso clínico: Varón de 44 años sin antecedentes personales de interés que es extricado de un camión tras accidente de tráfico, choque frontal camión contra camión. A su llegada a nuestro centro, presenta Glasgow de 15 puntos, estabilidad hemodinámica (120/70 mmHg) con taquicardia sinusal a 110 lpm. Saturación en torno al 100% con mascarilla tipo reservorio. A la exploración, presenta herida penetrante en hemitórax izquierdo con volet costal, pelvis estable, amputación casi completa de miembro superior izquierdo con mano isquémica y herida abierta en miembro inferior izquierdo. Se decide realización de bodyTC, no encontrando alteraciones intracraneales ni de la columna vertebral. A nivel torácico, se describen fracturas costales izquierdas de la 2ª a la 9ª costilla, con importante desplazamiento e identificándose entre las costillas 7ª y 9ª asas de intestino delgado. A nivel abdominal, se evidencia una hernia diafragmática izquierda, con orificio de unos 10 cm que contiene hacia el tórax estómago, epiplón, ángulo esplénico del colon y asas de yeyuno e íleon. Asimismo, se observan burbujas de neumoperitoneo que sugieren perforación de víscera hueca. Tras estos hallazgos así como inicio de inestabilización hemodinámica y respiratoria, se decide cirugía urgente, realizando un abordaje combinado mediante laparotomía media y reducción de contenido abdominal, sin evidenciar signos de perforación o hemoperitoneo. Se confirma la avulsión de la inserción del hemidiafragma izquierdo y se realiza toracotomía anterolateral para realizar sutura directa con hilo irreabsorbible monofilamento con control desde la cavidad abdominal. A continuación, se realizó reducción de fracturas costales y osteosíntesis así como fijación externa de fractura de fémur izquierdo y amputación de miembro superior izquierdo. Tras la reducción de la hernia diafragmática, el paciente se estabiliza por completo y pasa a unidad de cuidados intensivos. Posteriormente, evoluciona de forma favorable y es pasado a planta, siendo altado al 12º día de ingreso. Actualmente, se encuentra en rehabilitación y asintomático desde el punto de vista toracoabdominal.

Discusión: El diagnóstico de la rotura diafragmática postraumática puede resultar dificultoso y pasar inadvertido de forma aguda si la lesión no es muy grande. Además, en este tipo de pacientes

con múltiples lesiones, suele presentarse de forma paucisintomática al inicio. Se trata de una indicación absoluta de tratamiento quirúrgico urgente y la técnica estándar es la sutura directa con material no absorbible, habitualmente mediante laparotomía media, ya que es frecuente asociar otras lesiones (hasta un 89%) que pueden ser inadvertidas en pruebas de imagen. En nuestro caso, se decidió asistir mediante toracotomía ante la duda razonable de posibles perforaciones intestinales dentro del tórax y facilitar la reducción mediante una vía de abordaje combinada evitando las esquirlas de costillas rotas con más facilidad sin producir nuevas lesiones.