



VC-131 - ROTURA DIAFRAGMÁTICA TRAS POLITRAUMATISMO

Gajda Escudero, Juan; Sánchez-Cabezudo Noguera, Fátima; García-Sancho Téllez, Luis; Rodríguez Haro, Carmen; Hernández O'Reilly, María; Mellado Sánchez, Inmaculada; Arrazola González, Ignacio; Picardo Nieto, Luis Antonio

Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Resumen

Introducción: El objetivo de esta comunicación es presentar el manejo quirúrgico de la rotura diafragmática tras un politraumatismo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 62 años que acude a urgencias tras politraumatismo por atropello. Refiere amnesia del episodio y dolor cefálico anterior, cervical, en hombro izquierdo, parrilla costal izquierda y cadera izquierda. El paciente se encuentra desorientado pero hemodinámicamente estable. Se realiza TAC de abdomen en el que se evidencia defecto diafragmático de aproximadamente 4 × 3 cm con herniación de tres cuartos de la cámara gástrica en cavidad torácica. Como hallazgos adicionales se encontraron múltiples fracturas costales, en ala sacra y en fémur. Se observó también una probable lesión en adrenal izquierda. Ante estos hallazgos se decide cirugía urgente. Se inicia reparación del defecto diafragmático por laparoscopia. Tras la colocación de tres trócares se localiza el defecto en hemidiafragma izquierdo. Con maniobras suaves de tracción se intenta reducir el estómago introducido en cavidad torácica, que precisa la colocación de un quinto trócar, para lograr la reducción completa del estómago por tracción escalonada. Se comienza sutura del defecto con Sutura barbada 2/0 no reabsorbible hasta la mitad del defecto. Se libera ligamento triangular para poder acceder al extremo derecho del defecto, que se localiza tras el hígado. Finalmente se realiza sutura del resto del defecto comenzando de lateral a medial. Adicionalmente se deja Pleurecath colocado en hemitórax izquierdo. Durante el posoperatorio el paciente presenta episodio de desaturación con atelectasia y neumotórax que obliga a la colocación de tubo de tórax. Es trasladado a otro centro donde, tras la realización de dos fibrobronoscopias, se soluciona la atelectasia y es dado de alta sin nuevas complicaciones.

Discusión: La rotura diafragmática es una lesión rara que representa menos del 1% de todas las lesiones traumáticas. Dentro de esta patología, la incidencia de rotura diafragmática por traumatismo cerrado, como el que presentaba el paciente, es del 35% de todas las lesiones diafragmáticas. El lado más frecuente de lesión diafragmática es el lado izquierdo, dado que el derecho está cubierto por el hígado. Debido a la alta frecuencia de herniación de órganos intraabdominales a través del defecto, su diagnóstico y manejo debe ser precoz para prevenir posibles estrangulamientos. En nuestro caso el paciente presentaba rotura izquierda con herniación del estómago. Tras interrogar al paciente, refiere que previo al atropello realizó una comida muy

copiosa, lo que podría haber favorecido la rotura por el aumento de presión intraabdominal y la fuerza ejercida sobre el diafragma por el estómago. El manejo de esta lesión es quirúrgico, preferiblemente por abordaje laparoscópico. La reducción del contenido herniario debe ser delicada para evitar roturas y posibles lesiones. Es importante igualmente explorar la cavidad torácica previo a la sutura para descartar complicaciones adicionales. Para el cierre del defecto la sutura barbada aporta buenos resultados y un manejo cómodo, permitiendo la correcta resolución de la lesión.