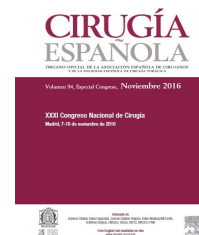




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-598 - MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO EN POLITRAUMATISMO GRAVE POR ACCIDENTE DE MOTOCICLETA

Dios Barbeito, Sandra; Durán Muñoz-Cruzado, Virginia; Pareja Ciuró, Felipe; Rubio Manzanares-Dorado, Mercedes; Martín García, Cristobalina; López Bernal, Francisco; Padillo Ruiz, Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Los traumatismos son la primera causa de muerte en las tres primeras décadas de la vida, la mayoría causados por accidentes de tráfico. Sin embargo, pese a que muchos son considerados politraumatismos graves, se ha logrado una alta tasa de éxito con manejo no quirúrgico o mínimamente invasivo. Presentamos el caso de un paciente politraumatizado grave con manejo no quirúrgico de sus lesiones toraco-abdominales y evolución satisfactoria.

Caso clínico: Varón de 32 años, portador de casco, que sufre accidente de motocicleta con salida de vía, con traumatismo de alta energía. A su llegada consciente y orientado, estable respiratoria y hemodinámicamente, con puntaje 15 en la escala de Glasgow (GCS) y normotérmico, tras administración extrahospitalaria de 500 cc de solución cristalinoide por vía periférica antecubital. La radiografía de pelvis no muestra hallazgos significativos, mientras que en la de tórax se objetiva ensanchamiento mediastínico. En el contexto de politraumatismo de alta energía y hemodinámica normal, realizamos BODY-TAC objetivándose rotura de aorta torácica incompleta tipo IV, distal a la salida de la arteria subclavia izquierda con hematoma periaórtico. Se objetivan además microrrotura vesical contenida grado I y laceraciones de órganos sólidos: grado II esplénica en margen posterior, grado II hepática en segmento V con signos de sangrado activo y grado IV renal derecha en polo postero-superior. Se plantea colocación percutánea urgente de endoprótesis aórtica, seguida de arteriografía selectiva esplénica, hepática y renal derecha sin evidencia de sangrado activo, por lo que se decide manejo no quirúrgico de dichas lesiones, y sondaje vesical durante su ingreso. Tras colocación de drenaje endotorácico por hallazgo de hemotórax izquierdo y salida de 500 cc de débito hemático, el paciente evoluciona favorablemente, siendo extubado al 4º día. Al 8º día se realiza TAC de control, objetivando evolución favorable de las lesiones aórtica, esplénica, hepática y renal, por lo que el paciente es trasladado a planta de hospitalización y dado de alta 10 días más tarde. Al alta el paciente precisó injerto en dorso de pie derecho por pérdida de sustancia y exposición nerviosa consecuencia de una escarectomía realizada durante el ingreso. Actualmente, 22 meses tras el alta y tras 6 sesiones de rehabilitación e infiltración del tibial posterior el paciente se encuentra sin secuelas significativas. Nuestro paciente presenta una puntuación 50 de la "Injury Severity Scale" (ISS), por la que valores superiores a 15 establecen el diagnóstico de politraumatismo grave. A pesar de presentar muy alto riesgo, el paciente evolucionó satisfactoriamente con manejo médico y percutáneo de las lesiones toraco-abdominales. El éxito del manejo conservador ha sido crucial para su rápida y favorable evolución, evitando las graves consecuencias del abordaje quirúrgico tanto en

el postoperatorio inmediato como a largo plazo.

Discusión: El tratamiento no quirúrgico de las lesiones toraco-abdominales en pacientes hemodinámicamente estables es una opción válida y con altas probabilidades de éxito, incluso en aquellos con diagnóstico de politraumatismo grave.