



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-703 - LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO DE ALTA ENERGÍA

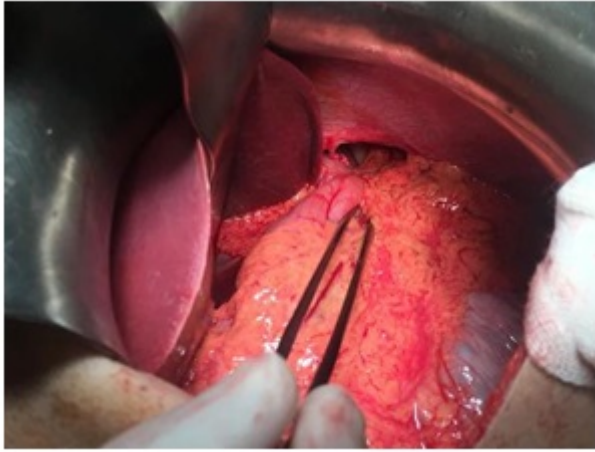
Remírez Arriaga, Xabier; Sánchez Ramos, Ana; Souto Soto, Aura Daniela; Rial Justo, Xiana; Muñoz Rodríguez, Joaquín Manuel; Bennazar Nin, Rosaura Catalina; González Plo, Daniel; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: La laceración diafragmática secundaria a traumatismo abdominal cerrado es poco frecuente. A propósito de un caso ocurrido en nuestro centro se describe el manejo de esta entidad y se realiza una revisión bibliográfica.

Caso clínico: Varón de 25 años remitido a nuestro centro tras sufrir un accidente de tráfico de alta energía. Durante su traslado se mantiene hemodinámicamente estable. A su llegada se objetiva vía aérea permeable con mandíbula deformada y SatO₂ 100%. Presenta auscultación pulmonar normal, sin taquipnea, taquicardia sin hipotensión y un GCS 13/15. Ambas caderas se encuentran flexionadas con impotencia funcional. Los análisis de sangre revelan leve anemia sin otros hallazgos de interés. Se realiza TC toraco-abdomino-pélvico que describe: "fractura-luxación bilateral de cóndilos mandibulares, contusiones pulmonares bilaterales con derrame pleural izquierdo, hernia diafragmática anterolateral izquierda sugestiva de laceración diafragmática, burbujas de neumoperitoneo asiladas y luxación bilateral de caderas". Ante dichos hallazgos se decide reducción de ambas caderas y laparotomía exploradora urgente. Se realiza laparotomía media suprainfraumbilical observándose laceración diafragmática de 12-14 cm en hemidiafragma izquierdo sin alteraciones en los pilares diafragmáticos, con herniación de estómago, colon transverso y epiplón mayor. Se reduce el contenido y se realiza cierre primario con puntos sueltos de sutura irreabsorbible con colocación de drenaje endotorácico ipsilateral. La revisión del resto de la cavidad no muestra otros hallazgos. El paciente fue dado de alta al 16º día postoperatorio, precisando transfusión de 2 concentrados de hemáties.



Discusión: Las laceraciones diafragmáticas son infrecuentes, representando menos del 1% de todas las lesiones en pacientes politraumatizados. Pueden producirse por lesión penetrante o traumatismo abdominal cerrado, siendo estas últimas menos frecuentes. El mecanismo por el que ocurren es un aumento del gradiente de presión pleuroperitoneal, y son más habituales en el hemidiafragma izquierdo. Inicialmente pueden ser asintomáticas. Sin embargo, el defecto tiende a aumentar de tamaño ocasionando mayor herniación de contenido abdominal y como consecuencia aumentar el riesgo de estrangulación. Por ello es esencial sospecharlo en todo paciente con traumatismo abdominal cerrado de alta energía. La prueba diagnóstica de elección en pacientes hemodinámicamente estable es la TC. En nuestro caso se trataba de una lesión grado IV según la AAST (laceración de más de 10cm con una pérdida de sustancia menor a 25 cm²). Aunque dependiendo de la localización, el tamaño y la clínica se pueda optar por un manejo conservador, en la mayoría de los casos es necesaria la cirugía. La reparación quirúrgica mediante sutura primaria es de elección, quedando reservados para grandes defectos la colocación de malla o uso de bioprótesis. Pese a que es rara la recidiva, la infección intrabdominal se relaciona con el fracaso de la reparación y es necesario realizar profilaxis antibiótica. En conclusión, la laceración diafragmática es una patología poco frecuente que hay que sospechar en un paciente politraumatizado con traumatismo abdominal cerrado de alta energía. Su diagnóstico suele realizarse mediante pruebas de imagen y la cirugía es el tratamiento definitivo en la mayoría de los casos, siendo rara la recidiva de la lesión.