



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-660 - TRAUMATISMO POR ARMA DE FUEGO CON PÉRDIDA IMPORTANTE DE PARED TORACO-ABDOMINAL: UN DESAFÍO TÉCNICO

*Pitarch Martínez, María; Nicolás de Cabo, Sara; Rodríguez Silva, Cristina; Sánchez Pérez, Belinda; Titos García, Alberto; Aranda Narváez, José Manuel; González Sánchez, Antonio Jesús; Santoyo Santoyo, Julio*

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

### Resumen

**Introducción:** Los traumatismos penetrantes pueden en ocasiones generar una gran pérdida de pared torácica o abdominal, lo cual añade a la dificultad intrínseca de este tipo de pacientes el reto del necesario cierre y reconstrucción de la pared.

**Caso clínico:** Varón de 56 años que sufre traumatismo toracoabdominal por arma de fuego tras intento autolítico, con orificio de entrada en hipocondrio izquierdo de unos 10 cm y orificio de salida en zona dorsal izquierda de 25 cm con evisceración de contenido intrabdominal. A su llegada se realiza resucitación inicial, requiriendo intubación oro-traqueal; tras revisión primaria se indica cirugía urgente. Se evidencian traumatismo esplénico, perforación de colon transversal e izquierdo y rotura diafragmática con herniación de paquete intestinal al tórax, junto a pérdida de sustancia importante a nivel torácico con rotura de las últimas cuatro costillas y musculatura intercostal. Mediante laparotomía media se realiza esplenectomía, colectomía subtotal y sutura de diafragma. En colaboración con cirujano torácico se realiza toracotomía lateral izquierda comunicada con orificio de salida, se retiran fragmentos de 9<sup>o</sup>-12<sup>o</sup> arcos costales y restos de musculatura intercostal y se coloca en el defecto en su lugar malla de polipropileno fijada a 8<sup>o</sup> arco costal y musculatura restante. Posteriormente se realiza cierre muscular liberando dorsal ancho, pectoral, serrato y oblicuos colocando otra malla de polipropileno sobre el plano muscular. Durante el postoperatorio se produjo infección y necrosis de la herida torácica, inicialmente superficial tratada mediante desbridamiento y terapia de presión negativa, y eventualmente con afectación de plano muscular, por lo que tras mejorar las condiciones locales requirió colgajo de dorsal ancho realizado por cirujano plástico un mes tras el traumatismo para el cierre definitivo de la pared. Actualmente el paciente se encuentra recuperado y sin secuelas del politraumatismo.



**Discusión:** Ante una herida traumática compleja de pared se consideran diversas opciones: cierre de abdomen temporal con terapia de presión negativa en cirugía de control de daños, sutura exclusivamente cutánea para reparación diferida, separación por componentes, uso de material protésico y colgajos o injertos. La elección de la técnica adecuada en cada momento debe ser individualizada según las condiciones locales y sistémicas, y para ello es crucial la existencia de un equipo multidisciplinar.