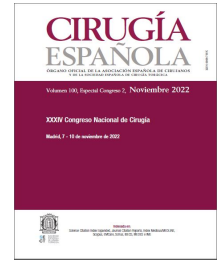




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-027 - POLITRAUMATISMO POR EMPALAMIENTO ¿CÓMO MANEJARLO? A PROPÓSITO DE UN CASO

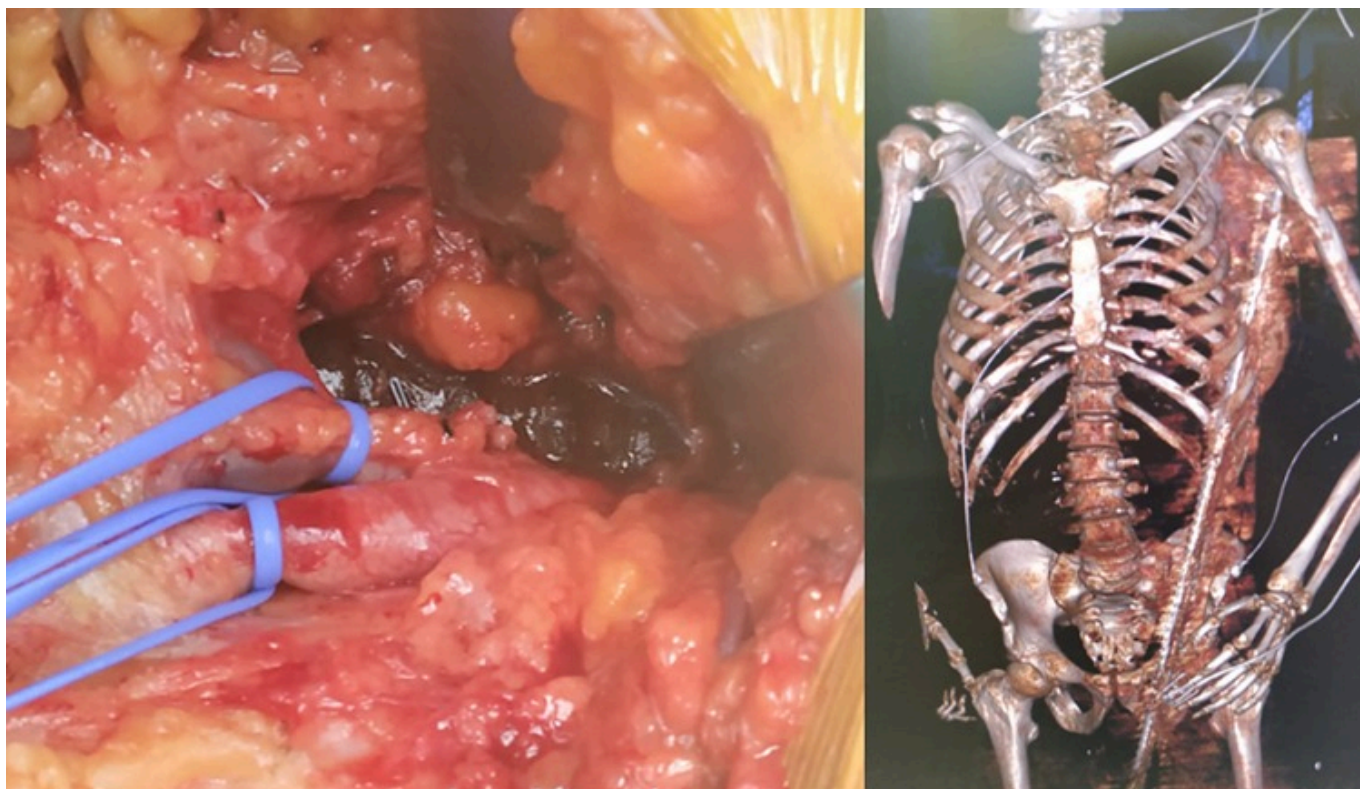
Alonso Carnicero, Patricia¹; Agirre Etxabe, Leire¹; Larrea Oleaga, Jaxone¹; Martínez Fernández, Gloria¹; Arana González, Ainhoa¹; Sánchez Campos, Alberto¹; Alonso Carnicero, Virginia²; de La Quintana Basarrate, Aitor¹

¹Hospital de Cruces, Barakaldo; ²Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Objetivos: Presentar un llamativo caso con imágenes muy representativas de un politraumatismo por empalamiento, desde ingle hasta axila y su manejo peri e intraoperatorio. Las lesiones por empalamiento suelen ser muy llamativas, y dada la escasa frecuencia de la manera de enfrentarnos a ellas puede ser complejo. La obtención de unos resultados satisfactorios requiere un manejo estructurado de las mismas.

Caso clínico: Varón, 66 años, trasladado por lesión incisa por empalamiento con barra de hierro. A su llegada se realiza valoración siguiendo el protocolo ATLS. El paciente está consciente, hemodinámicamente estable, con respiración autónoma y presenta una lesión por empalamiento a través de zona perineal izquierda, con trayectoria hacia axila izquierda, llamando la atención la ausencia de pulso pedio en extremidad izquierda. Dada la estabilidad, se decide realizar TAC que objetiva que la barra discurre por la grasa intraperitoneal del hemiabdomen izquierdo sin evidenciar lesión de víscera hueca. Se externaliza a tejido celular subcutáneo a nivel del espacio intercostal lateral de las 6^a-7^a costillas, en íntima vecindad con la arteria axilar, sin lesión de la misma. A nivel inguinal izquierdo llama la atención que la barra se encuentra en íntima vecindad con la arteria femoral común izquierda con ausencia de tinción retrógrada de la arteria ilíaca externa, lo que sugiere lesión arterial de la femoral común. Dados los hallazgos se decide cirugía urgente. Se objetiva que la barra pasa por encima de vena y arteria iliaca externa, comprimiendo ambas pero sin lesionarlas. Se observa también disección retroperitoneal sobre parietocólico izquierdo, con entrada en cavidad peritoneal pero sin lesión de vísceras huecas. Se realiza control de arteria y vena femorales comunes a nivel proximal y distal a la barra y posteriormente se retira la misma bajo visión directa, sin producirse sangrado activo. El paciente presenta buena evolución clínica, siendo dado de alta al 17^o día posoperatorio.



Discusión: Las lesiones por empalamiento pueden ser subdivididas en dos tipos: tipo I por impacto del organismo contra un objeto inmóvil, secundarias a caídas o colisiones, como en nuestro caso. Las tipo II el objeto es introducido generalmente de manera intencionada. La más frecuente suele ser en la zona anogenital por agresiones. Lo espectacular de dichas lesiones no debe distraernos en el manejo de las mismas, e inicialmente deberán tratarse siguiendo los principios ATLS. Es importante recalcar que hay que evitar la manipulación del objeto tanto antes como durante la movilización del paciente para evitar aumentar las posibles lesiones. Una vez que el paciente se encuentra estabilizado, si es posible es conveniente realizar una prueba de imagen para ver la afectación. En caso de no ser posible, la trayectoria del objeto nos debe hacer sospechar qué estructuras pueden estar afectadas. Ante sospecha de lesión vascular se debe hacer un control proximal y distal previo a la retirada del objeto. En conclusión, las lesiones por empalamiento son poco frecuentes pero complejas en las que es necesario un manejo minucioso y multidisciplinar y una adecuada planificación preoperatoria para conseguir un resultado óptimo.