



## P-722 - TRAUMATISMO TORÁCICO PENETRANTE COMPLEJO TRATADO POR TORACOSCOPIA

Conde Inarejos, Belén<sup>1</sup>; Lisón Jiménez, Patricia<sup>1</sup>; Morales Serrano, María Luisa<sup>1</sup>; Almonte, Carlos Eduardo<sup>1</sup>; Rombolá, Carlos<sup>2</sup>; Valero Liñán, Antonio Serafin<sup>1</sup>; González Masiá, Jose Antonio<sup>1</sup>; Miota de Llama, Jose Ignacio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Albacete, Albacete; <sup>2</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

### Resumen

**Introducción:** El manejo de los traumatismos penetrantes toracoabdominales conlleva como dificultad descartar la posible afectación del diafragma y de las vísceras abdominales y/o torácicas, que en ocasiones llegan a comprometer la vida del paciente. Por otra parte, las heridas “soplantes” con neumotórax de tipo abierto pueden descompensar desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio rápidamente al paciente, constituyendo una de las lesiones potencialmente letales en las primeras horas del traumatismo. Por lo tanto, es imprescindible un rápido y correcto diagnóstico para evitar los efectos deletéreos inmediatos del neumotórax abierto mediante un drenaje y la corrección quirúrgica del defecto de pared y de las lesiones asociadas a continuación. En nuestro caso, hemos podido resolver las lesiones retroperitoneales, diafragmáticas y pulmonares a través del mismo defecto de pared.

**Caso clínico:** Varón de 28 años, que es trasladado al Servicio de Urgencias tras traumatismo penetrante con cristal, que provocó lesión toracolumbar izquierda de 10 cm, soplante, a través de la cual se visualizaba el pulmón. Realizamos un TAC Toracoabdominal donde se objetivó la lesión toracoabdominal posterior izquierda, a nivel del espacio intercostal 10-11, acompañada de ruptura diafragmática y neumotórax con colapso pulmonar y desplazamiento mediastínico. Cavidad abdominal sin alteraciones. En primer lugar, colocamos un drenaje pleural en región axilar y, tras estabilización hemodinámica, el paciente fue intervenido bajo intubación orotraqueal selectiva, vía toracoscópica a través del orificio de drenaje previo y de herida traumática. Se realizó una exploración toracoscópica a través del orificio del drenaje previo y de la herida traumática, constatando ruptura de 10 cm del diafragma a través de la cual exploramos el retroperitoneo. Se descartó la presencia de cuerpos extraños. Se suturó la laceración pulmonar del lóbulo inferior izquierdo; realizamos hemostasia y aerostasia con Tissel, cierre biplano del defecto diafragmático con monofilamento 1/0. Cierre por planos tras limpieza y hemostasia de herida traumática, previa colocación de drenaje pleural. El curso posoperatorio evolucionó de forma favorable, sin presentar fuga aérea, por lo que fue alta al 6º día posoperatorio.

**Discusión:** Los traumatismos penetrantes con neumotórax abiertos representan un riesgo vital para los pacientes, deben ser tratados rápidamente con drenaje y cierre del defecto de pared. Ante duda diagnóstica de lesiones diafragmáticas/viscerales, deben explorarse quirúrgicamente. En nuestro caso, pudimos resolver las lesiones con técnica miniinvasiva a través del mismo defecto torácico.