



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-254 - LESIÓN DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO ¿ES POSIBLE EL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO?

Pastor Altaba, Daniel; Yuste García, Pedro; Moreno Bagueiras, Alejandro; Bernal Tirapo, Julia; Gutiérrez Andreu, Marta; Sánchez García, Carmen; Guadarrama González, Francisco Javier; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Las lesiones diafragmáticas traumáticas suponen un desafío tanto para su diagnóstico como para su manejo. Son lesiones raras, con una incidencia estimada < 1% de los traumatismos. La gran mayoría son secundarias a traumatismos penetrantes y solo entorno al 30% se originan en los traumatismos cerrados. Entre estos, la principal causa se debe a los accidentes de tráfico, seguida por los accidentes de bicicleta (generalmente atropellos por parte de automóviles). El diagnóstico tardío conlleva al desarrollo de hernias diafragmáticas que asocian una alta morbilidad, alcanzando hasta el 11% en algunas series. Es muy importante sospecharlas siempre, sobre todo cuando el mecanismo de lesión es sugestivo, para poder diagnosticarlas y tratarlas en una fase temprana.

Caso clínico: Varón de 76 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés, que sufre una caída montando en bicicleta a baja velocidad, golpeándose en el costado izquierdo. Consulta en el servicio de Urgencias del hospital 24 h después por dolor costal. El paciente está hemodinámicamente estable y con una saturación de O₂ del 98%. Se realiza una radiografía simple de tórax que objetiva en ese momento fracturas costales izquierdas (4^a a 7^a) y dudoso pinzamiento del seno costofrénico. Incidentalmente en la analítica presenta alteraciones iónicas (hiponatremia) por lo que se decide ingreso en Medicina Interna para observación y ajuste hidroelectrolítico. A las 24 h presenta un episodio de desaturación que recupera rápidamente y anemia de 4 puntos. Se mantiene hemodinámicamente estable. Se repite la radiografía de tórax que evidencia derrame pleural izquierdo como nuevo hallazgo. Tras una punción diagnóstica que confirma que se trata de un hemotórax se coloca un drenaje endotorácico, con salida de 1.000 cc iniciales y 150 cc más en las siguientes 4 h. Adicionalmente el paciente empieza con dolor abdominal difuso y náuseas. Se realiza un TAC toracoabdominopélvico que muestra fracturas costales múltiples de la 4^a a las 7^a, leve neumotórax, moderado hemotórax y rotura diafragmática con herniación grasa adyacente a la fractura de la 7^a costilla. A nivel abdominal se describe únicamente una pequeña cantidad de hemoperitoneo y una posible laceración del polo inferior del bazo sin sangrado activo. Con estos hallazgos se decide realizar una laparoscopia exploradora. Intraoperatoriamente se objetiva mínima cantidad de hemoperitoneo, un bazo de aspecto heterogéneo pero sin laceraciones y una lesión diafragmática de aproximadamente 1,5 cm de diámetro con herniación de epiplón. Se revisa toda la cavidad sin evidenciarse otras lesiones. Se procede al cierre primario laparoscópico del defecto diafragmático con sutura continua con un hilo barbado de 3/0. El paciente presenta buena evolución

posterior desde el punto de vista abdominal con alta al 3º día posoperatorio.

Discusión: El papel de la cirugía mínimamente invasiva en el paciente politraumatizado ha ido cambiando en los últimos 20 años. El abordaje laparoscópico es cada vez más utilizado tanto en traumatismos penetrantes como cerrados. El abordaje laparoscópico es un abordaje seguro para el diagnóstico y resolución de las lesiones diafragmáticas traumáticas, y probablemente es el abordaje de elección en el paciente hemodinámicamente estable con laceración diafragmática sin lesiones asociadas.