



P-047 - LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA EN POLITRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA. LA IMPORTANCIA DE SU SOSPECHA

M. Gutiérrez Samaniego, E. Bra Insa, M. de la Fuente Bartolomé, I. Domínguez Sánchez, A.I. Pérez Zapata, M. Gutiérrez Andreu, P. Yuste y F. de la Cruz Vigo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La ruptura diafragmática traumática es una lesión infrecuente, con una incidencia que alcanza según las series hasta un 7%, generalmente asociada a traumatismos de alta energía o agresiones. La localización más frecuente es el hemidiafragma izquierdo. Son lesiones que en muchas ocasiones pasan inadvertidas, por lo que están asociadas a considerable morbimortalidad. Las pruebas iniciales diagnósticas no siempre son concluyentes y su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha.

Métodos: Presentamos el caso de un varón de 21 años, que ingresa en nuestro centro trasladado en UVI móvil tras accidente de moto con colisión frontal con un vehículo a 65 km/hora. Asistencia inicial: TA 120/70, FC 88 lpm, FR 14 rpm, SatO₂: 99%. En valoración primaria según protocolo ATLS destacan: hipoventilación en base pulmonar izquierda, GSC 14 con tendencia a la somnolencia y dolor con deformidad en pierna izquierda. Refiere así mismo dolor en hemitórax izquierdo. Analíticamente, Hb: 14,3, elevación de RFA. Rx tórax con nivel hidroaéreo en campo pulmonar izquierdo. Dada la estabilidad del paciente, se realiza mapeo con TAC objetivándose rotura en tercio medio de hemidiafragma izquierdo con herniación de vísceras abdominales, laceraciones esplénicas sin signos de sangrado activo, fractura 5^o arco costal izquierdo sin desplazamiento, fractura de ala sacra izquierda y fractura sin desplazamiento de apófisis transversa izquierda de L5. Además, el paciente presenta fractura conminuta en tercio medio de tibia y peroné con tratamiento inicial conservador. Se decide intervención quirúrgica urgente.

Resultados: Laparotomía media supra-umbilical, se objetiva ruptura transversal en cara anterior de hemidiafragma izquierdo de 8 cm de diámetro, con herniación de estómago, lóbulo hepático izquierdo y ángulo esplénico de colon. Decapsulación de lóbulo hepático izquierdo y deserosamientos en polo superior y perihiliar del bazo, con hemoperitoneo (300 cc). Así mismo, se visualizan hematomas retroperitoneales periduodenal y parietocólico izquierdo (región II, no expansivos). Se procede a la reducción de vísceras herniadas. Cierre de defecto diafragmático con sutura irreabsorbible tras colocación de DET izquierdo. Control del sangrado esplénico con agentes hemostáticos. Se revisa resto de cavidad abdominal sin otros hallazgos. Se deja drenaje intraabdominal en espacio parietocólico izquierdo. El paciente se traslada a la UVI, hemodinámicamente estable.

Conclusiones: El diagnóstico de esta patología requiere un alto índice de sospecha, ya que en función de la estabilidad del paciente en muchas ocasiones sólo se cuenta con la exploración física y una Rx de tórax. Si el paciente está hemodinámicamente estable, el TAC toraco-abdominal es la técnica de diagnóstico de elección, aunque en ocasiones defectos pequeños pasan inadvertidos. El diagnóstico de ruptura diafragmática es indicación de cirugía urgente. La técnica quirúrgica de elección es la laparotomía media con reducción de las vísceras herniadas y cierre del defecto muscular con sutura irreabsorbible. La colocación de malla no ha demostrado mayor eficacia que el cierre primario cuando éste se realiza sin tensión, utilizándose la misma para grandes defectos o imposibilidad de cierre. Se ha de realizar una revisión exhaustiva del resto de la cavidad, por la frecuente asociación de otras lesiones.