



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-020 - TRAUMATISMO TORÁCICO GRAVE: ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE

Laura Maté Miguel, Cruz Andrea Lora Ibarra, Ramón Vicente Verdú, María Elena Corpa Rodríguez, Sandra Liliana Pardo Prieto, Baltasar Liebert Álvarez, Pablo Pazos Lama, Esther Martín Capón y José Luis Gil Alonso

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: Los traumatismos torácicos son la principal causa de muerte en menores de 40 años, siendo una importante causa de morbimortalidad. Presentamos el caso de un paciente joven con un traumatismo torácico grave y enclavamiento de cuerpo extraño en cavidad torácica. Destacamos el papel crucial del cirujano torácico en el manejo del paciente politraumatizado, subrayando la importancia de una preparación adecuada para el abordaje de estos casos complejos. Presentamos el caso de un paciente con traumatismo torácico penetrante. Exploramos tanto el enfoque médico como quirúrgico utilizado en su tratamiento, así como su evolución posterior.

Caso clínico: Varón de 29 años, sin antecedentes personales de interés, traído a Urgencias tras accidente de tráfico de alto impacto. En urgencias se evidencia traumatismo torácico abierto junto con empalamiento de barra metálica en pared torácica anterior izquierda. Tras intubación y previa estabilización del paciente se realiza tomografía computarizada (TC) de cuerpo entero. En el TC se visualiza cuerpo extraño metálico en pared torácica anterior izquierda que condiciona hemo-neumotórax izquierdo e hidroneumotórax derecho de pequeña cuantía, contusiones, laceraciones y neumatoceles pulmonares bilaterales, marcado enfisema subcutáneo y múltiples fracturas torácicas: fractura de cuerpo de esternón, 2-8ª costillas izquierdas y del tercio medio de la clavícula (fig. 1). El paciente es llevado de inmediato al quirófano para recibir atención por nuestro equipo. Durante la intervención, se identifica una barra metálica que perfora la pared torácica, ingresando en la zona paraesternal izquierda y saliendo en dirección oblicua hacia la axila izquierda. Se procede con la incisión y sección del músculo pectoral para extraer la barra metálica. Se observa un defecto torácico con herniación pulmonar y múltiples fracturas costales, sin embargo, el pericardio se encuentra intacto. Para la reparación de la pared torácica, se utiliza tejido del propio paciente. Se fija la fractura esternal con sutura metálica. La cirugía se lleva a cabo sin contratiempos, manteniendo la estabilidad del paciente. Después de la intervención, es trasladado a la unidad de cuidados intensivos, donde se observa un aumento en los niveles de troponina. Ante este hallazgo, se realiza una ecocardiografía que revela disfunción sistólica del ventrículo derecho e izquierdo, con un aspecto edematoso. Se observa hipoquinesia global con disquinesia septal, lo que requiere el uso de drogas vasoactivas durante los primeros días. Al tercer día, se retira el tubo endotraqueal, aunque inicialmente presenta dificultad respiratoria, esta se resuelve gradualmente con la ayuda de mucolíticos y broncodilatadores. Finalmente la evolución del paciente es satisfactoria y es dado de alta hospitalaria en el décimo día. (fig. 2).

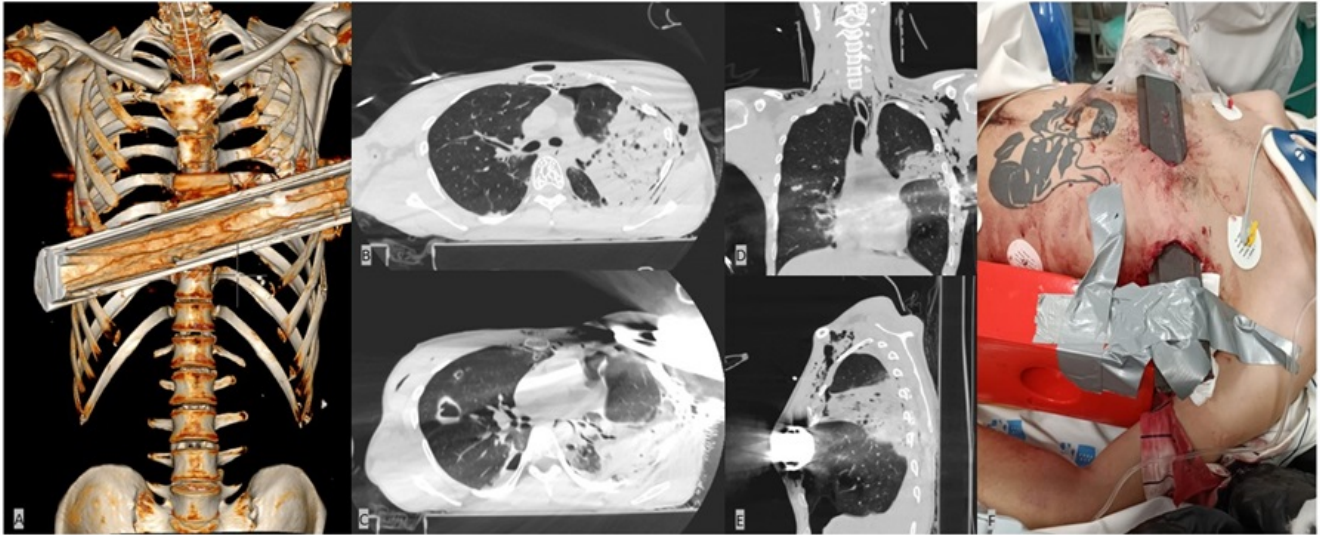


Figura 1. A: Reconstrucción volumétrica. Gran cuerpo extraño de densidad metálica alojado en pared torácica. B-C: TC de tórax en plano axial: Neumotórax de pequeña cuantía, con consolidaciones parenquimatosas y neumatoceles sugestivos de contusiones y laceraciones pulmonares. D-E: TC de tórax en planos coronal y sagital. Enfisema subcutáneo y neumomediastino. Se identifican múltiples fracturas (puntas de flecha negras). F: Trauma penetrante por cuerpo extraño en pared torácica anterior.

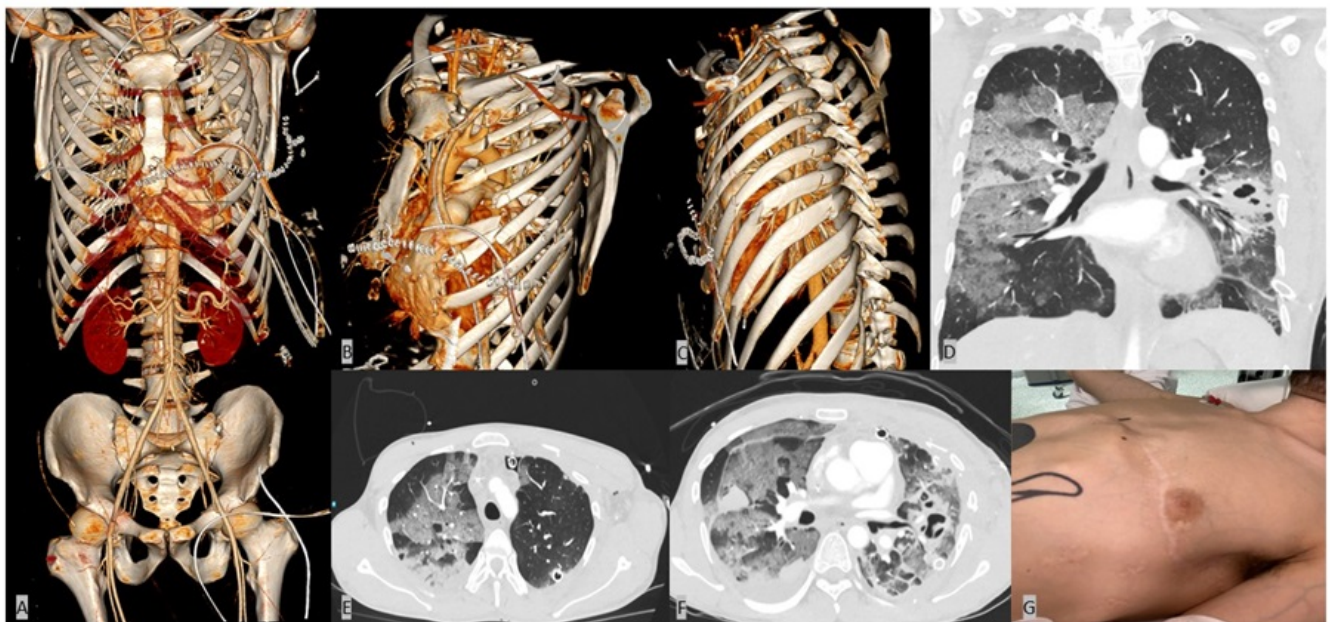


Figura 2. A-C: Reconstrucciones volumétricas. Grapas posquirúrgicas de toracotomía anterior. Se aprecia fractura del esternón con reparación mediante cerclajes, fracturas múltiples de los arcos costales anteriores, laterales y posteriores de las costillas izquierdas. D-F: TC de tórax en plano coronal y axiales. Se aprecian opacidades en vidrio deslustrado difusas de predominio en bases, de probable carácter posttraumático. Laceraciones pulmonares, algunas de ellas con contenido hemorrágico. G: Aspecto de la pared torácica anterior tras cirugía.

Discusión: El cirujano torácico, como miembro esencial de un equipo multidisciplinar de politrauma, debe trabajar en estrecha colaboración con médicos de urgencias, anestesistas, intensivistas, radiólogos y otros especialistas para ofrecer una atención integral y coordinada al paciente con politrauma. La rápida identificación y tratamiento de las lesiones torácicas en estos casos puede ser determinante para evitar desenlaces fatales.