



P-754 - CÓMO SOBREVIVIR A UNA ROTURA AÓRTICA Y DUODENAL TRAS UN POLITRAUMATISMO

Funes Dueñas, Tania; Barragán Serrano, Cristina; Maté Mate, Paloma; Gutiérrez Melón, Carola; Mata Juberías, Alberto; Álvarez Gallego, Mario; Díaz Domínguez, Joaquín; González-Gómez, Carolina

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: Los traumatismos constituyen la cuarta causa general de muerte, en Occidente, y la primera causa de muerte en menores de 40 años. A pesar de los numerosos avances en la atención a los pacientes politraumatizados, las tasas de morbimortalidad continúan siendo muy elevadas incluso para los cirujanos más experimentados.

Objetivos: Revisar, a propósito de un caso clínico, el manejo del paciente politraumatizado con lesión de duodeno-yeyuno proximal.

Caso clínico: Varón de 30 años que circulando en motocicleta a 80 km/h sufre un politraumatismo chocando con un quitamiedos. A su llegada a Urgencias, tras su estabilización se le realiza una tomografía axial computarizada que muestra una rotura de aorta torácica contenida, con gran psuedoaneurisma desde el istmo aórtico hasta la bifurcación renal, sin otras lesiones graves asociadas. La aortografía intraoperatoria evidencia rotura aórtica contenida inmediatamente después de la salida de la arteria subclavia izquierda por lo que se implanta endoprótesis. Al 4º día postoperatorio presenta inestabilidad hemodinámica, anuria y presión intrabdominal de 28 mmHg, por lo que se le realiza una laparotomía de urgencia. Se evidencia una peritonitis entérica secundaria a perforación en segmento isquémico en el ángulo de Treitz. Se realiza cirugía de control de daños, con resección intestinal, lavado y laparostoma. La inestabilidad hemodinámica no permite la realización de anastomosis en las posteriores revisiones, realizándose duodenostomía proximal y yeyunostomía descompresiva distal. Tras 20 días de ingreso en la unidad de críticos el paciente es trasladado a planta de cirugía realizándose reconstrucción intestinal a las 6 semanas del politraumatismo. Como complicación postoperatoria presenta fuga de la línea de grapas yeyunal, que precisa intubación de la misma con tubo de Kehr. Es dado de alta con buena tolerancia oral y tránsito esofagogastroduodenal sin alteraciones.



Discusión: La cirugía de “control del daño” se basa en reparar en un primer tiempo las lesiones que ponen en peligro inmediato la vida del paciente y relegar la resolución completa de todas las lesiones para un segundo tiempo. Es en este contexto cuando surge el concepto de abdomen abierto como técnica quirúrgica, mención especial merecen los dispositivos de presión negativas que han ido ganando popularidad en las últimas décadas. La rotura de una víscera hueca como consecuencia de un traumatismo abdominal cerrado ocurre en un 15% de los casos, siendo el tratamiento de las lesiones duodenales y de yeyuno proximal de especial complejidad. Las dos maniobras de reparación más frecuentes son la descompresión con triple tubo y la diverticulización o exclusión duodenal. En pacientes inestables como el nuestro, es prioritario el control de la hemorragia (endoprótesis aórtica) y de la sepsis abdominal (resección intestinal), relegando la cirugía definitiva para un segundo tiempo.