CIR ESP. 2021;99(Espec Congr 1):76

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-06 - Traumatismo torácico abierto con pérdida de sustancia e inestabilidad: reparación

Rubio Garay, M.; Rodríguez Gómez, C.M.; Morales Molí, M.; Foschini Martínez, G.; Baldó Padró, X.

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Resumen

Introducción: Los traumatismos torácicos se presentan en el 50% de los politraumatizados, con una mortalidad del 10%. Solo el 15% precisan toracotomía, siendo 5 veces más frecuente en los traumatismos abiertos. La osteosíntesis costal generalmente solo se realiza cuando se precisa una toracotomía por otra causa, en grandes deformidades o cuando no es posible la desconexión de la ventilación mecánica tras una semana. Así, la cirugía diferida por inestabilidad del tórax es excepcional. De forma mucho más excepcional se presentan casos complejos con pérdida de sustancia que precisan, además, cirugía reparadora. Presentamos un caso de traumatismo torácico abierto grave, con amplia pérdida de sustancia e inestabilidad, que requirió varias cirugías para la fijación y reparación del defecto.

Descripción del caso: Paciente varón de 45 años sin antecedentes que sufre accidente de motocicleta. A la llegada al sitio del accidente el paciente se encontraba inconsciente y con herida abierta en el tórax presentando exposición de órganos vitales. Se intuba y traslada al hospital. TAC: solución de continuidad del extremo distal del esternocleidomastoideo izquierdo. Importante pérdida de sustancia de tejidos blandos de pared torácica anterior. Fractura de 1ª y 3ª costillas izquierdas y de 2ª a 4ª derechas (con luxación cartilaginosa de 2ª y 3ª). Fractura transversa esternal diastasada 3 cm, con pérdida de la 2ª unión costoesternal izquierda. Neumomediastino, neumopericardio, hematoma mediastínico y neumotórax bilateral con leve derrame asociado. Contusión pulmonar en língula y colapso de segmentos posteriores. Se decide traslado a quirófano para limpieza, desbridamiento, reparación y estabilización ósea, con fijación de 3ª costilla izquierda con grapa costal y cubrimiento con colgajo, aproximación esternal provisional y drenaje pleural bilateral. A los 9 días, tras curas tópicas diarias, es reintervenido con intención de reparar los defectos. Tras limpieza exhaustiva, revitalización de bordes y exéresis de tejidos necrosados se fijó definitivamente el esternón con placa, que se cubrió con pectoral mayor derecho rotado. Los defectos cutáneos se cubrieron con injertos de piel. Las curas posteriores se realización con nitrofurantoína. Se realizó traqueotomía percutánea en el límite de la herida, pudiéndose destetar en dos semanas. El paciente fue altado de la UCI a los 42 días con importante miopatía. Diez días después, persistiendo parte del defecto cutáneo y al quedar expuesta la placa costal, se decide reintervenir, retirando la placa costal, revitalizando bordes y tejidos con exéresis de tejido de granulación, aproximando bordes para reducir el defecto cutáneo y cubriendo de nuevo con injertos de piel. Posteriormente presentó derrame pleural izquierdo y TEP segmentarios que requirieron drenaje pleural y tratamiento anticoagulante. Otras complicaciones: infección de vía central; miopatía; afectación del plexo

braquial izquierdo. Fue altado a los 67 días del traumatismo a centro neurorrehabilitador. Ha seguido controles ambulatorios a los 3 y 4 meses, con buena evolución a nivel de la herida, pendiente de evolución de la lesión del plexo.

Discusión: La reparación de la pared torácica traumática puede ser muy compleja y requerir de diversas intervenciones, técnicas, materiales y especialistas para un buen resultado.

0009-739X © 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados