



P-216 - MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN NUESTRO CENTRO. PRESENTACIÓN DE UN CASO DE CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS

R. Gómez Pérez, J. Roldán de la Rúa, I. Cañizo Rincón, R. Soler Humanes, J.M. Hernández González, R. Maiquez Abril, E. Sanchiz Cárdenas, M.T. Sánchez Barrón, J. Rivera Castellano y R. de Luna Díaz

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: El manejo del paciente politraumatizado (PPT) sigue siendo un reto para el cirujano y en general para los servicios de urgencias de los diferentes hospitales. En nuestro centro se ha instaurado un protocolo de alerta a la llegada de un PPT, el llamado ?Código trauma?. Con éste se pretende agilizar la entrada del paciente y aumentar sus posibilidades de supervivencia actuando de forma rápida y eficaz en la ?hora dorada? e instaurando un tratamiento para estabilizarlo lo antes posible. A continuación se presenta un caso y se revisa el enfoque de la cirugía de control de daños en esta paciente.

Caso clínico: Mujer de 46 años que sufre una colisión frontal con un vehículo (se encontraba en el asiento trasero y llevaba el cinturón de seguridad). Es traída a nuestro centro, al recibirla en el cuarto de críticos presenta hipotensión y taquicardia. No presentaba focalidad neurológica, con un Glasgow de 15. Refería dolor abdominal intenso. Se realiza EcoFAST urgente en cuarto de críticos y tras reposición con sueroterapia la paciente recupera estabilidad hemodinámica por lo que se traslada a radiología para hacer un bodyTAC. Se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos donde se canaliza vía central y arteria, se inicia terapia con aminas vasoactivas, presentando hipotensión refractaria a tratamiento y taquicardia. En el bodyTAC se descartan lesiones intracraneales ni en columna cervical. Se objetivas dos líneas de fractura del cuerpo del esternón, hematoma retroesternal, foco de contusión pulmonar en LID y varias fracturas costales. En abdomen existe una gran laceración hepática que se extiende por los segmentos VI y V y abundante hemoperitoneo. Ante estos hallazgos y la hipotensión refractaria de la paciente se decide laparotomía exploradora urgente y cirugía de control de daños. Los hallazgos intraoperatorios fueron de Traumatismo hepático grado III-IV, traumatismo esplénico grado II, hemoperitoneo moderado, laceración de la vena mesenérica superior y de la raíz de mesenterio y mesocolon transverso. Se repararon las laceraciones vasculares. Se controló el sangrado esplénico y hepático con Floseal® y maniobras hemostáticas. Se repararon varios deserosamientos colónicos. Se realizó Packing y cierre abdominal provisional tipo ?sandwich?. Tras 48h en UCI se realiza un second look objetivándose fistula biliar, por lo que se realiza colecistectomía, coledocotomía y colocación de drenaje de Kher. Los sellados hemostáticos se encuentran correctamente. Posteriormente se realizan varios TAC de control, donde se objetiva gran colección intraabdominal que se encuentra bien tutorizada por los drenajes colocados en la cirugía. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta tras un mes de ingreso.

Discusión: La cirugía del control de daños nacida de la cirugía de guerra nos ha enseñado mucho en el día a día de los cirujanos. Gracias a un cierre diferido de la pared se pudo revisar la paciente en 48h y controlar los daños que no se habían objetivado en la primera cirugía en la que se pretendía estabilizar a la paciente y

hacer hemostasia. Nuestra paciente pudo preservar el bazo y el hígado que tras varios meses podemos asegurar que está prácticamente normal, se retiró el Kher tras colangiografía y se encuentra asintomática en la actualidad.