



P-563 - Ruptura DIAFRAGMÁTICA derecha en paciente politraumatizado

Arriero Ollero, Laura; Calderón Duque, Teresa; Carballo López, María del Carmen; Gómez Ruiz, Lourdes; Cruz Romero, Pilar Rosario; Santiago Peña, Juan Carlos; Martínez Cortijo, Sagrario

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: La ruptura del diafragma sólo se presenta en el 5% de los pacientes que sufren un traumatismo grave, y de ellas el 5-20% en el lado derecho. En el 90% se asocia a lesiones en abdomen, tórax, pelvis y extremidades.

Caso clínico: Varón de 30 años que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir accidente de motocicleta de alta energía. Exploración: TA 90/50. FC 140, SatO₂ 80%. Deformidad en hombro derecho con impotencia funcional, hematoma en flanco derecho y abdomen doloroso a la palpación generalizada con signos de irritación peritoneal. AP: crepitantes bibasales de predominio derecho. Analítica: No leucocitosis, no anemización. Coagulación: AP 68%. Bioquímica: creatinina 1.26 AST 769 ALT 863 FA 79 amilasa 54 troponina 0,6. Resto normal. Rx tórax y pelvis: se descarta hemoneumotórax relevante y fractura pélvica. Importante contusión pulmonar bilateral de predominio derecho. TAC toracoabdominal: Fractura de escápula y glenoides derechas y de 1^a costilla derecha. Neumotórax anterior derecho. Importante contusión pulmonar bilateral sobre todo derecho. Muy importante neumoperitoneo anterior. Moderada cantidad de líquido libre en la gotiera parietocólica derecha y en pelvis. Laceraciones múltiples en el LHD. Fractura de cuerpo de L3 y arco costal posterior derecho T11. Se decide intervención quirúrgica urgente: Se coloca tubo de tórax derecho, no observando salida de aire ni fluctuación de columna de agua. Se realiza LMSIU hallando neumoperitoneo, hemoperitoneo, dislaceración hepática en segmentos IV, V y VII, hematoma hepático en segmentos VI y VII, desgarro de al menos 15-20 cm de diafragma derecho con continuidad entre cavidad abdominal y tórax. Sutura de defecto con puntos sueltos de seda nº 0. Hemostasia con placas de Tachosil de lesiones hepáticas. Ingresa en UCI con criterios de SIRS, con buena evolución posterior. Se retira drenaje torácico al 2º DPO y se extuba al 3º DPO. Es trasladado a Planta de Cirugía al 7º DPO. Se le realiza TAC de control: Desaparición de neumotórax. Persistencia de moderado derrame pleural, con atelectasias pasivas. Clara mejoría radiológica de contusión pulmonar del LID. No neumoperitoneo ni líquido libre intraabdominal. Parénquimas abdominales de morfología y realce normales. Finalmente es trasladado a su Hospital de referencia pendiente de cirugía de fractura glenoidea derecha.

Discusión: La ruptura diafragmática es diagnosticada en menos del 50% en el momento de la exploración, y la mayoría de las veces en la cirugía que se realiza para reparar las lesiones asociadas. Se consigue el diagnóstico con prueba radiológica en el momento de la lesión en 17-40% de los casos. El TAC es una prueba de imagen adicional que permite distinguir hemoneumotórax y contusiones pulmonares, al igual que sospechar rupturas diafragmáticas cuando existe herniación de vísceras intraabdominales en cavidad pleural. El retraso en el diagnóstico puede evolucionar a herniación de dichas estructuras intraabdominales si no lo presentaban inicialmente. El tratamiento se debe realizar a través de abordaje abdominal, generalmente con

sutura primaria. El lado derecho suele ser más difícil de reparar por vía abdominal, pero sólo en los casos donde ha existido retraso en el diagnóstico puede ser necesaria la toracotomía.