



www.elsevier.es/cirugia

P-698 - TRAUMATISMO PENETRANTE PROFUNDO: LESIÓN UNIVISCERAL TRAS EMPALAMIENTO TORACOABDOMINAL

Soldevila Verdeguer, Carla; Pineño Flores, Cristina; Martín Martín, Gonzalo Pablo; Rodríguez Pino, José Carlos; Ambrona Zafra, David; Pujol Cano, Natalia; Gamundí Cuesta, Margarita; González Argenté, Francesc Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: El empalamiento es una causa infrecuente de traumatismo penetrante profundo. Garantizar un correcto manejo de estos pacientes supone un reto tanto a nivel prehospitalario como hospitalario y requiere una actuación coordinada y multidisciplinar.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 50 años precipitado desde 3,5 m de altura durante la jornada laboral sobre una barra cilíndrica de acero corrugado de 2,5 cm de diámetro, presentando lesión por empalamiento con entrada por glúteo izquierdo y salida por pectoral derecho. A la llegada del 061 se realiza con ayuda de los bomberos la extricación y la intubación orotraqueal del paciente por dolor intenso y estrés traumático, con constantes vitales estables. Se traslada a nuestro hospital activando el Código de Traumatismo Grave. A su llegada a urgencias sedado e intubado, con ventilación conservada. Hemodinámicamente estable, con buena coloración de las extremidades sin observarse sangrado externo. El body-TC objetiva la barra desde región isquiotibial izquierda hasta la pared torácica anterior derecha, atravesándola entre 3º y 4º arcos costales. Contacta con el borde anterior del lóbulo pulmonar medio sin laceración, produciendo un neumotórax laminar derecho. Roza también el borde anterior del lóbulo hepático izquierdo sin descartarse laceración y se encuentra en íntimo contacto con colon transverso, sigma y la pared vesical izquierda, pasando anterior a la aorta abdominal sin tocarla. Se realizó laparotomía xifopubiana urgente hallándose: herida penetrante torácica anterior derecha, rotura diafragmática anterior de 2-3 cm, perforación del meso del intestino delgado en 3 segmentos sin compromiso vascular, perforación traumática del colon sigmoide, desgarro retroperitoneal pélvico izquierdo y perforación glútea izquierda. Se realizó la extracción cuidadosa del cilindro desde el extremo torácico tras exposición de todas las estructuras afectadas. Reparación-sutura de las heridas penetrantes en el meso del intestino delgado, resección parcial del colon y colostomía terminal. Sutura continua de la rotura diafragmática anterior. Videotoracoscopia exploradora sin observarse lesiones pulmonares ni en cavidad pleural, dejándose un drenaje torácico. Se administró vacuna tétanos-difteria + inmunoglobulina antitetánica y tratamiento antibiótico de amplio espectro. Buena evolución clínica durante su estancia en UCI, presentando como principal problema difícil manejo de secreciones e insuficiencia respiratoria por parálisis diafragmática derecha traumática que condicionaba pérdida de volumen del pulmón derecho además de aparición de neumonía en lóbulo inferior izquierdo. Fue alta hospitalaria a los 20 días. Se realizó la reconstrucción del tránsito intestinal a los 12 meses, asociando reparación de la pared abdominal mediante separación posterior de componentes con liberación de músculo transverso abdominal por presentar una gran eventración, con buen curso postoperatorio.



Discusión: El empalamiento toracoabdominal constituye uno de los traumatismos penetrantes más graves. Una delicada extricación y rápido transporte aumentan la supervivencia del paciente. Se presumen daños vasculares graves en estos casos, los objetos empalados solo deben retirarse en quirófano para evitar una hemorragia masiva o poder actuar frente a ella. Está indicada la intervención quirúrgica lo más temprana posible. Al tratarse de cuerpos extraños contaminados, se debe administrar antibióticos de amplio espectro para evitar complicaciones infecciosas.