



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-211 - TRAUMATISMO TORÁCICO CERRADO: ¿RADIOGRAFÍA O TC? ¿A QUIÉN Y POR QUÉ?

Gracia-Roman, Raquel; Montmany-Vioque, Sandra; Rebas-Cladera, Pere; Campos-Serra, Andrea; Llaquet-Bayo, Heura; Andreu-Magarolas, Marta; Cidoncha-Secilla, Ariadna; Navarro-Soto, Salvador

Corporació Sanitari Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: El tórax es la segunda región más frecuentemente afectada en los pacientes politraumatizados. Según el registro nacional del Trauma, las fracturas costales son la lesión más frecuente. La radiografía torácica es la prueba inicial de elección en urgencias. Nos permite descartar lesiones potencialmente graves, con elevado valor predictivo negativo. El TC tiene elevada sensibilidad, pero discernir la necesidad de tratamiento en estas lesiones puede ser difícil y conllevar medidas innecesarias. A pesar de la bibliografía publicada, no existe un consenso sobre que pacientes son tributarios de realizar un TC torácico. El objetivo de nuestro estudio es comparar los hallazgos en radiografías y TC de tórax, analizar su significación clínica y si implican un cambio en el manejo terapéutico.

Métodos: Estudio observacional, con recogida de datos prospectiva. Se recogen los datos de los politraumáticos mayores de 16 años que requieren ingreso en UCI. De este registro se han incluido: pacientes con una radiografía y TC de tórax a su llegada. Se han excluido: Pacientes trasladados a otro centro tras la atención inicial o derivados desde otro centro. Trauma penetrante: se ha analizado la radiografía inicial (valorada por un cirujano y por un radiólogo) y se ha comparado con el TC. Se ha analizado también la actitud terapéutica llevada a cabo en función de las pruebas realizadas.

Resultados: 533 pacientes cumplieron criterios de inclusión. La edad media es de 46 años (DE 17,5). El 80% fueron hombres, con un ISS medio de 25,1 (DE 15,6). Hubo 71 fallecidos (13,3%), cuya causa más frecuente fue neurológica (50,7%). En un 67% de los casos el cirujano y el TC concuerdan (un 10% menos que los radiólogos). Menos de un 3% de las ocasiones el cirujano malinterpreta la radiografía pensando que sea patológica y posteriormente el TC es normal. El cirujano es capaz de identificar hasta un 40% de las fracturas costales, siendo mayor el acierto en los pacientes con 4 o más fracturas. Las fracturas más fácilmente identificadas han sido las costillas medias (3ª-9ª) y con trazo de fractura lateral. En los casos en los que el cirujano ha valorado la radiografía como normal, pero el TC ha sido patológico (161/553) el tratamiento realizado ha sido el siguiente: nada (15%), analgesia convencional/avanzada (34%), drenaje percutáneo (26%), cuidados intensivos (23%). En más de un 80% de las ocasiones tras valorar la imagen del TC se ha realizado un tratamiento más invasivo. No hemos podido demostrar relación entre el número de fracturas y las complicaciones respiratorias, el único factor determinante fueron el ISS y la broncoaspiración. En el caso de las fracturas altas su asociación con las complicaciones pulmonares tiene un valor muy próximo a la significación estadística.

Conclusiones: La radiografía de tórax nos permite detectar lesiones potencialmente graves desde el inicio de la atención, pero tras valorar la radiografía será necesario realizar un TC en pacientes con una radiografía patológica o tengamos alto índice de sospecha. La mejor caracterización de las lesiones intratorácicas nos permitirá adoptar medidas para prevenir las posibles complicaciones respiratorias.