



## P-657 - ABORDAJE ABDOMINAL PARA CONTROL DE HEMOTÓRAX IZQUIERDO MASIVO TARDÍO: CIRUGÍA EXTREMA

Díez Núñez, Ana; Mestre Ponce, Carmen; Hendelmeier Orero, Alicia; Álvarez Medialdea, Javier; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

### Resumen

**Introducción:** Los hemotórax masivos traumáticos son complicaciones extremadamente graves con elevado riesgo de mortalidad. Presentamos el caso de un hemotórax masivo secundario a fracturas costales y su resolución quirúrgica extrema.

**Caso clínico:** Paciente de 52 años sin antecedentes, que acude al Servicio de Urgencias por traumatismo torácico cerrado por accidente de bicicleta a baja velocidad. Tras la exploración física en la que se objetiva hemitórax inestable e hipofonesis generalizada izquierdas, se realiza TAC torácico de urgencia evidenciando neumotórax izquierdo con varios focos contusivos pulmonares y múltiples fracturas costoclaviculares izquierdas con criterios de volet costal. Por ello, se coloca tubo de tórax y se traslada a Unidad de Cuidados Críticos para vigilancia. Estancia en UCI durante 5 días sin incidencias, permitiendo la retirada del tubo torácico y traslado a planta de hospitalización. A las 96 horas de estancia en planta, tras maniobra de Valsalva fortuita, el paciente presenta dolor subdiafragmático izquierdo súbito de gran intensidad, disnea e hipotensión grave que precisó resucitación intensiva. Tras leve estabilización, se decide la realización de TAC toracoabdominal con contraste urgente en el que se evidencia hemotórax izquierdo masivo secundario a sangrado activo de arteria frénica izquierda. Al no disponer en este centro de Radiología Intervencionista, Cirugía Vascular ni Cirugía Torácica y dada situación de shock hemorrágico grave con inestabilidad del paciente que impide traslado, contactan con el servicio de Cirugía General para valoración, decidiéndose intervención quirúrgica urgente. Durante intervención, se realiza incisión subcostal izquierda que evidencia abombamiento de hemidiafragma izquierdo compatible con hemotórax a tensión. Se procede a la colocación de tubo torácico en 5.º EIC con salida inmediata de 2.000 cc de contenido hemático. Gracias a las imágenes, se localiza arteria frénica izquierda y se procede a su ligadura con puntos transfixivos en 3 localizaciones a lo largo de su recorrido en hemidiafragma izquierdo. Recuperada estabilidad, se decide realización de nuevo TAC, previo al cierre, para confirmar control hemostático objetivando cese del sangrado activo y correcta evacuación del hemotórax. Tras ello, se decide el cierre del paciente y se traslada de nuevo a UCI. Estancia en UCI durante 5 días con buena evolución clínica, sin datos de nuevo sangrado. Por ello, se retira tubo de tórax y se traslada a planta de hospitalización donde, tras 5 días de vigilancia sin incidencias, es dado de alta.

**Discusión:** El traumatismo torácico cerrado representa el 15% de los traumatismos graves. Aunque

su manejo suele ser conservador, hasta un 15% precisa intervención quirúrgica urgente. Más infrecuente aún es el hemotórax masivo tardío que suele asociarse a fracturas costales inferiores y precisa de una rápida resolución quirúrgica como en nuestro caso ya que es potencialmente mortal.