



P-682 - TRAUMATISMO TORÁCICO GRAVE POR CORNADA ENVAINADA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y MANEJO DE UNA ENTIDAD RARA CON ALTO RIESGO VITAL

Gorini, Ludovica; Ramiro Pérez, Carmen; Gemio del Rey, Ignacio Antonio; Arellano González, Rodrigo; Sun, Wenzhong; García Friginal, Jaime; Fra López, María; de la Plaza Llamas, Roberto

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: Las cornadas envainadas son lesiones por asta de toro infrecuentes, que se producen de manera similar a una cornada convencional, pero sin alteración de la integridad cutánea. A pesar de la aparente benignidad de sus lesiones externas y de la ausencia de una herida de entrada, pueden ocasionar daños internos graves equivalentes a los de un traumatismo penetrante. Por esta razón, este tipo de cornada requiere un alto grado de sospecha clínica, ya que su presentación inicial suele ser discreta y puede pasar desapercibida en la valoración inicial, retrasando el diagnóstico. Cuando afectan al tórax, suelen asociar neumotórax, hemotórax y contusión pulmonar, mientras que las lesiones cardíacas o de grandes vasos son menos comunes.

Caso clínico: Varón de 54 años, que sufre traumatismo por embestida de toro y acude tras ser valorado y dado de alta en la plaza de toros. A su llegada, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, presenta disnea y asimetría torácica derecha, por enfisema subcutáneo, que incrementa con la espiración (fig. 1B), además de hundimiento de arcos costales ipsilaterales. La única lesión externa visible es un hematoma (fig. 1A). Se realiza valoración primaria según el enfoque sistemático ABCDE, objetivando un neumotórax en la radiografía realizada en el box de reanimación (fig. 1C), por lo que se coloca un drenaje torácico derecho apical. Posteriormente se realiza un TAC de cuerpo completo y angiotac torácico, evidenciando: neumotórax y neumomediastino, enfisema subcutáneo y contusión pulmonar derecha, hemotórax derecho de 1 cm y fracturas del tercero al octavo arco costal. Se descartan lesiones vasculares o cardíacas asociadas (fig. 1 D y E). El paciente ingresa en UCI, donde precisa un segundo drenaje torácico 48 horas después por progresión del hemotórax. Evoluciona favorablemente y es dado de alta tras ocho días de ingreso.

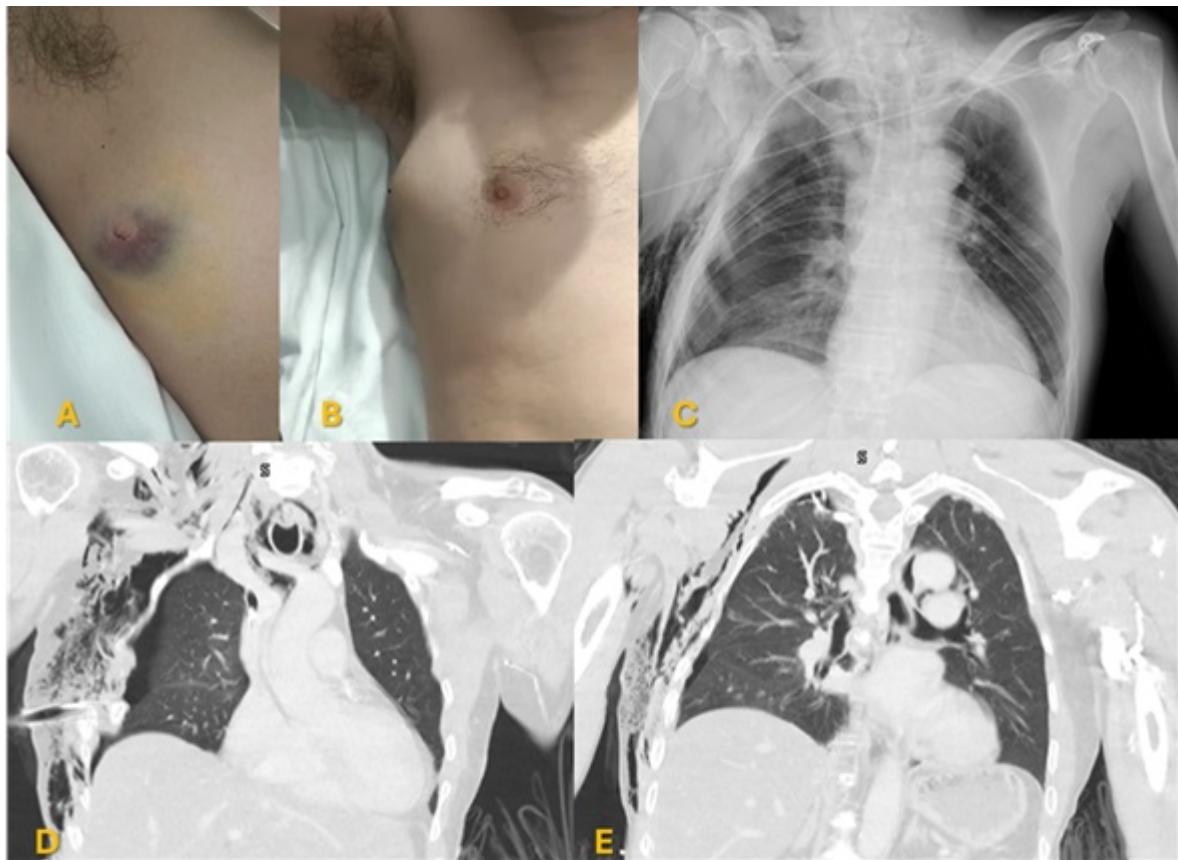


FIGURA 1: Hematoma (A); Enfisema subcutáneo en el momento de la espiración (B); radiografía portátil previa al drenaje torácico, con neumotórax y neumomediastino, enfisema y fracturas costales (C); cortes torácicos de TC, con DET colocado, neumotórax residual, neumomediastino, enfisema subcutáneo y contusión pulmonar.

Discusión: Actualmente no existen casos similares publicados en la literatura disponible, lo que limita la posibilidad de establecer comparaciones terapéuticas. Sin embargo, este caso pone en evidencia la peculiaridad de las cornadas envainadas, cuyo manejo reúne aspectos clave tanto del traumatismo torácico cerrado grave como del penetrante, obligando a una evaluación integral de las lesiones tras lograr la estabilización del paciente. El tratamiento inicial, que a menudo precede el TAC, suele incluir el drenaje torácico urgente, siendo recomendable el uso de drenajes de gran calibre para abordar tanto el componente de neumotórax como de hemotórax. A diferencia de las heridas penetrantes abdominales, la exploración quirúrgica del tórax en grandes traumatismos no se indica de forma sistemática, sino que es condicionada por la presencia de lesiones cardíacas o vasculares. En conclusión, la cornada envainada se incluye en entre las causas raras de traumatismo torácico, pero no debe de olvidarse en el contexto adecuado, especialmente debido a su presentación insidiosa. Muchos cirujanos generales se enfrentan a diario con el manejo del traumatismo torácico grave, por lo que es fundamental que reconozcan esta entidad rara y dominen los elementos básicos de su manejo.