



P-710 - CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN PACIENTE INESTABLE CON TRAUMA ABDOMINOPÉLVICO

Gutiérrez Andreu, Marta; Supelano Eslait, Guillermo; Bernal Tirapo, Julia; Alegre Torrado, Cristina; Moreno Bargueiras, Alejandro; de la Cruz Vigo, Felipe; Ferrero Herrero, Eduardo; Yuste García, Pedro

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El paciente politraumatizado con trauma abdominopérvico presenta una alta morbimortalidad. La presencia de inestabilidad hemodinámica requiere la toma de decisiones importantes, entre las que cabe destacar la cirugía de control de daños.

Caso clínico: Varón de 55 años. Intento autolítico, precipitado desde un 3^{er} piso. Prehospitalaria: trauma facial grave. Sat O₂ 92%. TA: 80/40 mmHg. FC: 140 lpm, FR: 30 rpm, GCS: 5. Deformidad muslo dcho. Intubación difícil por sangrado. Se administran 1.000 cc de cristaloides. Hospital: Intubado. Murmullo vesicular conservado. SatO₂: 98%. TA: 75/40 mmHg. FC: 140 lpm. GCS: 3. Pupilas simétricas y reactivas. Deformidad MID. Temperatura: 35,5 °C. Analítica: pH: 7,31, Hb: 9,2 g/dl, Hto: 32%, plaquetas: 77.000, láctico: 4,4 mmol/L, AP: 31%. Activación protocolo de transfusión masiva, noradrenalina 0,4 ?g/Kg/min, 1 g ácido tranexámico, 2 g fibrinógeno y 2000 cc cristaloides. Radiografía tórax: normal. Radiografía pelvis: posible fractura de pelvis, Sonda vesical con hematuria, abdomen distendido. Se coloca faja pélvica. Eco FAST: líquido libre intrabdominal, no derrame pericárdico. Dada la inestabilidad hemodinámica se decide cirugía conjunta: Cirugía General y Traumatología. Laparotomía media desde xifoides hasta 3 cm infraumbilical con faja. Se objetiva: 1.500 cc sangre, desgarro de mesenterio en íleon terminal con sangrado activo, asa de íleon de 10 cm desvitalizada, hematoma retroperitoneal en pelvis (región III) y hematoma retrovesical. Cirugía de control de daños: Ligadura vasos mesentéricos sangrantes y resección de 10 cm de íleon desvitalizado con GIA. (No anastomosis). Tras la laparotomía, continúa inestable con TA: 80/45 mmHg, FC: 115 lpm y necesidad de drogas vasoactivas. Se realiza packing extraperitoneal por incisión de Pfannenstiel. Tras packing: TA: 90/45 mmHg, FC: 100 lpm y continúa con necesidad de fármacos vasoactivos. Se realiza cierre temporal de la pared abdominal (técnica de sándwich con 2 drenajes aspirativos), fijación externa pélvica y del fémur derecho, simultáneamente. Tiempo total de cirugía: 75 min. Se decide arteriografía donde se embolizan ambas hipogástricas con material reabsorbible. El paciente recupera la estabilidad hemodinámica. TA: 110/90 mmHg, FC: 89 lpm. Es trasladado a UVI y se realiza Body TC: craneal: fracturas múltiples, hematomas subdurales, hemorragia subaracnoidea, fracturas huesos propios nariz y senos maxilares. Columna cervical: fractura no desplazada de lámina de C7. Torácico: contusión pulmonar en LII. Abdominopérvico: lesión renal izquierda (no sangrado, no extravasación). Hematoma retroperitoneal sin sangrado activo. Fracturas alas sacras, rama ileopubiana izquierda y fractura fémur derecho. A las 48 horas: Retirada packing extraperitoneal (no sangrado). Extracción del sándwich abdominal y revisión de la cavidad peritoneal. Resección ileo-cecal y reconstrucción del tránsito (Anastomosis ileocólica). Cierre pared abdominal sin tensión. A los 30 días se realizaron las cirugías definitivas de pelvis y fémur, siendo dado de alta a un centro de rehabilitación al día 70.



Discusión: En el paciente politraumatizado es importante definir estrategias y protocolos combinados de tratamiento, con fines a disminuir la morbimortalidad del mismo. La cirugía de control de daños está indicada en aquellos pacientes hemodinámicamente inestables, con el objetivo de parar el sangrado y evitar la contaminación, y dejar para un segundo tiempo las Cirugías definitivas.