



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/126 - UN CASO DE EMPALAMIENTO

S. García Moreno, J. Santaolalla Felices, I. Bengoa Urrengoechea, A. Bermúdez Smith

Médico de emergencias. 061 (Riojasalud). La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Se nos requiere para atender a una mujer de 49 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Tras alerta del centro coordinador acudimos a domicilio y la encontramos apoyada sobre la cancela que daba acceso a su vivienda. Refería haber olvidado en casa las llaves de la cancela, motivo por el cual decidió saltarla; debido a los movimientos sufrió empalamiento con las puntas metálicas, con atrapamiento secundario. En el lugar intervenían bomberos y agentes de policía, tratando de mantener en todo momento su cuerpo erguido para evitar movimientos que pudiesen complicar la situación. Observamos, al menos, dos puntas empaladas.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente, orientada y colaboradora, con dolor, bien hidratada y perfundida, normocoloreada y afebril. Heridas provocadas por objeto punzante (puntos de entrada sobre el muslo izquierdo y en zona pélvico-genital). Sospechamos una pérdida hemática de unos 500 mL. Vía aérea permeable, eupneica, sin desviación traqueal, con movilidad torácica normal. Auscultación normal. No enfisema subcutáneo ni crepitantes óseos a la palpación costal. Abdomen sin alteraciones. Presión arterial 100/60 mmHg, taquicardia sinusal a 95 lpm, frecuencia respiratoria 16 rpm, saturación O₂ en pulsioximetría al 100%. Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas y reactivas a la luz, sin otra focalidad neurológica. Trauma Score 12.

Juicio clínico: Empalamiento por accidente fortuito.

Diagnóstico diferencial: No procede.

Comentario final: Los bomberos cortaron las puntas de hierro y movilizamos a la paciente en bloque, sin retirar los elementos empalados. Canalizamos un acceso venoso, limpiamos las heridas y administramos sueroterapia y analgesia, así como ácido tranexámico intravenoso. Prealertamos al hospital ante la eventual necesidad de tratamiento quirúrgico. TAC: destrucción del suelo pélvico por tabique rectovaginal, perforación de cara anterior rectal y de cara posterior vesical. Requirió cirugía por parte de cirugía general (colostomía tras retirada de punta de lanza), ginecología (cierre del tabique recto-vaginal) y urología (sutura de la cara posterior de la vejiga y ureterostomías exteriorizadas), con estancia en UCI seis días. Al alta, buena tolerancia de dieta, deposiciones normales y herida quirúrgica con buen aspecto. Se retiraron catéteres ureterales. Se mantuvieron estomas, ostomía y sondaje vesical. En caso de empalamiento nunca debe retirarse el objeto empalado, salvo que se encuentre en la mejilla o en el cuello y provoque una obstrucción de la vía aérea (en ese caso, al retirarlo, se debe tener cuidado por la posibilidad de hemorragia masiva que precisara aplicación de compresión directa o agentes hemostáticos). Para inmovilizar el objeto se puede colocar alrededor un almohadillado voluminoso impidiendo que se mueva. Caso contrario, la piel puede

ceder y cualquier movimiento externo puede ser transmitido y magnificado en los tejidos blandos internos, donde el extremo del objeto empalado puede producir laceraciones o lesiones importantes. Es imprescindible mantener medidas de inmovilización correctas, minimizando el riesgo de lesiones vitales. Estas técnicas de movilización e inmovilización deberían ser conocidas por todo el personal sanitario y deberían mantenerse hasta la resolución quirúrgica de las lesiones.

Bibliografía

Roberts JR. Prehospital immobilization: Lower extremity splinting in clinical procedures in emergency medicine, 5th ed, Chap 46. Philadelphia: Saunders, 2009.

Campbell J. International Trauma Life Support, 3^a ed. 2014.