

Imágenes

Rotura diafragmática traumática asociada a gastro-colo-espleno-tórax

J. Melé Olivé*, E. Curià Jové**, M. J. Abadías Medrano***

*ABS MOLLERUSSA (LLEIDA). **SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. ***SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. LLEIDA.

Presentamos el caso de una joven de 16 años que salió despedida por la luneta posterior del turismo en el que viajaba tras vuelco con varias vueltas.

A su llegada a nuestro Servicio de Urgencias permanecía vigil, Glasgow de 14, con dolor en hemitórax izquierdo sin lesiones cutáneas, respiración espontánea y simétrica a 23 rpm, Sat_A O₂ 96%, palidez cutánea, tráquea centrada, no ingurgitación yugular, sonidos cardiacos audibles a 90 lpm, TA 86/50 mmHg, signos de irritación peritoneal, palpación pélvica dolorosa, orina clara, scalp frontal de 4 cm, obvia deformidad en muslo derecho y tobillo izquierdo con ausencia de pulso pedio.

La radiología demostró una imagen de elevación del hemidiafragma izquierdo, gastrotórax con desviación del mediastino hacia la derecha, fractura de V, VI, VII, VIII arcos costales izquierdos (Fig. 1), así como fractura de la pala ilíaca derecha, de las cuatro ramas púbicas, supracetabular derecha, transversa en 1/3 medio femoral derecho y del cuello astragalino izquierdo. La sonografía abdominal reveló mínimo líquido libre.

La laparotomía descubrió un desgarro de 20 cm en el hemidiafragma izquierdo con herniación de estómago, una porción de hemicolon izquierdo e intestino delgado y bazo intacto. La reducción visceral y reparación del defecto se realizó con éxito. Fue dada de alta a los 40 días para rehabilitación tras osteosíntesis con clavo Gross Kempf y tornillo de

esponjosa para la fractura femoral y astragalina respectivamente.

La complejidad del politraumatizado y las escasas manifestaciones clínicas y radiológicas presentes en la rotura diafragmática traumática, requieren un elevado índice de sospecha para su diagnóstico. El 85% de roturas diafragmáticas con herniación de contenido abdominal a tórax muestran alteraciones radiológicas inespecíficas y sólo el 14% muestran signos típicos de elevación diafragmática. Las características del accidente, especialmente la velocidad y el grado de deformación del vehículo asociadas a las lesiones (esplénicas, hepáticas, aórticas y pélvicas), pueden predecir con una sensibilidad de 68 al 89% la rotura diafragmática traumática¹.

La radiología de tórax inicial es diagnóstica en el 28 al 70% de los politraumatizados². En nuestro caso, tanto la radiología inicial como la tomografía computerizada orientaron la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Reiff DA, McGwin G, Metzger J, Windham ST, Doss M, Rue LW. Identifying injuries and motor vehicle collision characteristics that together are suggestive of diaphragmatic rupture. *J Trauma*. 2002; 53: 1139-45.
- 2- Rodríguez-Morales G, Rodríguez A, Shatney CH. Acute rupture of the diaphragm in blunt trauma: análisis de 60 patients. *J Trauma* 1986;26:438-44.
- 3- Guth AA, Pachter HL, Kim U. Pitfalls in the diagnosis of blunt diaphragmatic injury. *Am Surg* 1995;170:5-9.

Correspondencia: Jordi Melé Olivé
C/ Bisbe Irurita 13, Esc A 4º 1ª
25006 Lleida
Email: jordimeleo@hotmail.com

Fecha de recepción: 22-4-2004
Fecha de aceptación: 1-6-2004



Figura 1. La radiología de tórax mostró una imagen de elevación diafragmática hasta el VI arco costal posterior izquierdo.



Figura 2. La tomografía computerizada confirmó el gastro-colo-tórax y descubrió un pequeño neumotórax bilateral.