

Mujer de 23 años con trauma torácico cerrado por atropellamiento

LUIS SEPTIÉN-STUTE*
FRANCISCO NAVARRO-REYNOSO*
ALFREDO PÉREZ-ROMO*
JUAN F. PEÑA-GARCÍA*
LEÓN GREEN S.*
CARLOS IBARRA-PÉREZ†

* Hospital General de México, SSA.

† Editor Médico, INER.

Trabajo recibido: 06-VIII-2006; aceptado: 08-IX-2006.

RESUMEN CLÍNICO

Mujer de 23 años atropellada por un minibus el día 7 de septiembre de 2004, con politrauma que incluyó contusión torácica anterior, luxación de clavícula, fractura de húmero y cadera, todo del lado izquierdo. La radiografía de tórax mostró opacidad total del hemitórax izquierdo (Figura 1a); se le colocó una sonda multifenestrada en cavidad pleural, con persis-

tencia de la opacidad. En el mismo medio privado se le practicó toracotomía exploradora 20 días después del traumatismo, con diagnóstico de hemotórax coagulado; se encontraron algunos coágulos y pulmón colapsado que no se insufló durante la operación. La opacidad torácica persistió a pesar de fisioterapia y succión a la sonda intrapleurales (Figura 1b). Egresó del hospital privado e ingresó a nuestro servicio 42 días después del atropellamiento.

225



Figura 1A. Radiografía posteroanterior de tórax antes de instalar sonda intrapleurales izquierda.

Figura 1B. Radiografía posterior a la primera toracotomía.

¿Cuál es su diagnóstico? ¿Qué estudios están indicados? ¿Cuál es el tratamiento?

FRACTURA DE BRONQUIO PRINCIPAL IZQUIERDO SECUNDARIA A CONTUSIÓN PROFUNDA DE TÓRAX

Se realizó tomografía helicoidal tridimensional con broncoscopia virtual y fibrobroncoscopia, observando estenosis del bronquio principal izquierdo (BPI) a 1.5 cm de la carina traqueal y atelectasia total del pulmón (Figura 2). Se realizó nueva toracotomía 47 días después de la primera, encontrando pulmón atelectásico carnifi-

cado, cubierto por una capa blanquecina de natas de fibrina organizada. Se disecó el hilio principal; los cabos bronquiales estaban separados, el proximal, estenótico, el distal, cubierto de fibrina organizada con los bronquios llenos de moco espeso que fue aspirado; se cortaron ambos cabos del BPI con bisturí y realizó anastomosis término-terminal con puntos interrumpidos de vicryl 3-0 en U; se cubrió la anastomosis con un colgajo pediculado de pleura parietal y se colocaron dos sondas pleurales. Se hizo fibro-

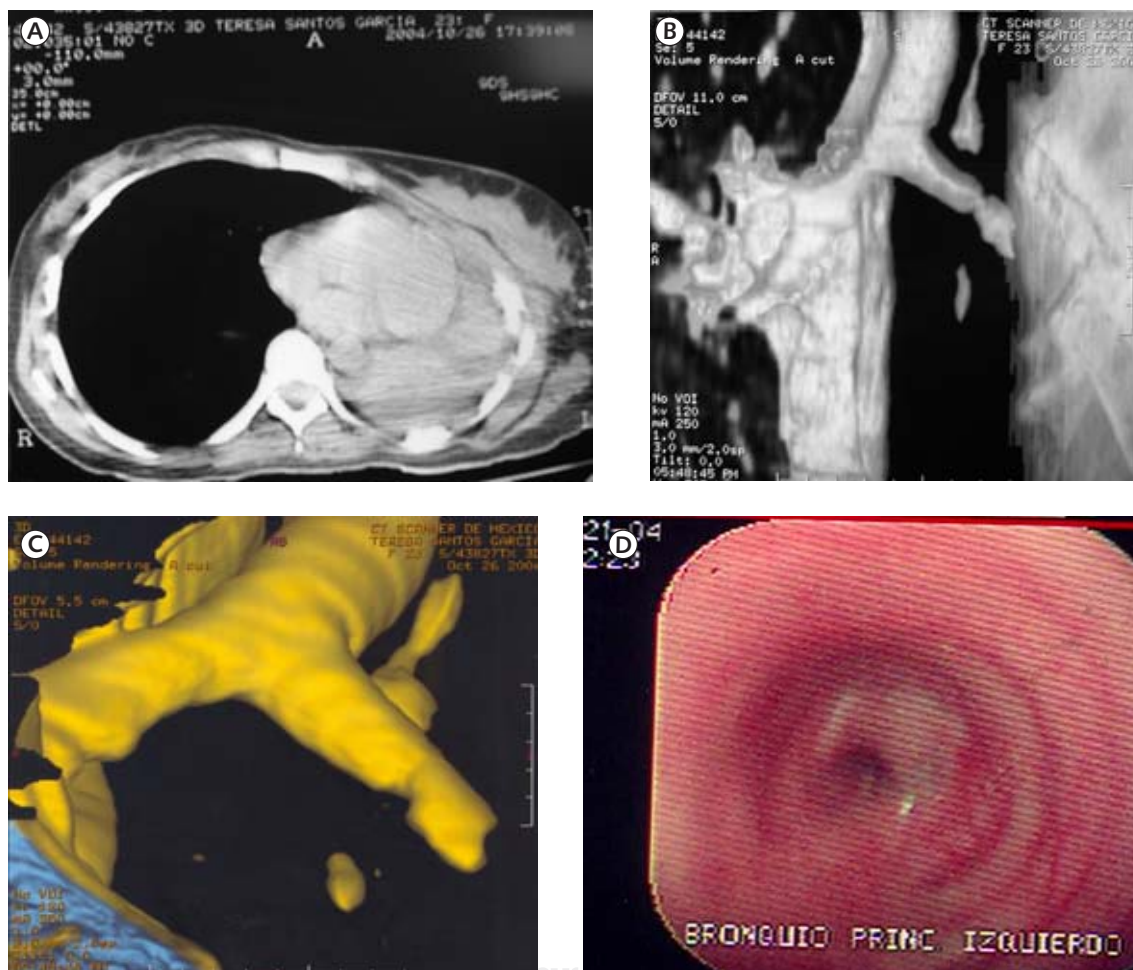


Figura 2A. TC de tórax. Mediastino desplazado a la izquierda; pulmón opaco, disminuido de tamaño por atelectasia.

Figura 2B. Reconstrucción helicoidal que muestra estenosis del BPI.

Figura 2C. Reconstrucción en tercera dimensión que muestra una muesca inferior en el BPI, correspondiente al sitio de la estenosis.

Figura 2D. Imagen endoscópica en donde se observa estenosis y oclusión del BPI.

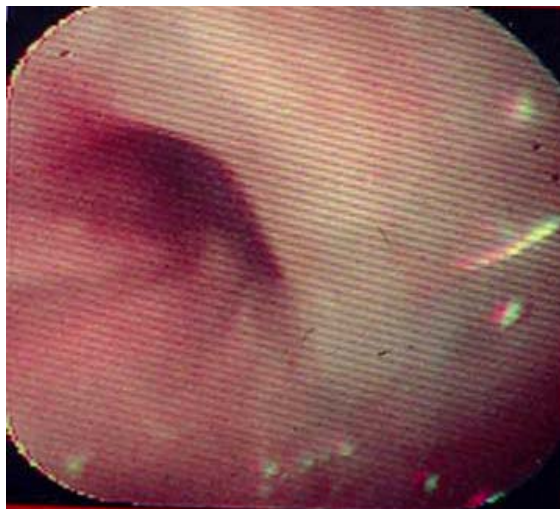


Figura 3A. Radiografía postoperatoria; se observa reexpansión total del pulmón izquierdo.

Figura 3B. Imagen broncoscópica en el mismo sitio que en la figura 2D postoperatoria que muestra la anastomosis bronquial término-terminal íntegra y permeable.

broncoscopia al final de la operación y tres meses después (Figura 3).

DISCUSIÓN

La ruptura de bronquio principal es una complicación rara de los traumatismos torácicos cerrados^{1,2}. Puede acompañarse de otras lesiones catastróficas de otros órganos intratorácicos, potencialmente fatales a corto plazo, de tal manera que el diagnóstico de la lesión bronquial puede pasar desapercibido.

Las manifestaciones clínicas son poco específicas y dependen de numerosos factores; es necesario un alto índice de sospecha en presencia de esputo hemoptoico, hemoptisis, neumotórax, hemotórax y atelectasia pulmonar parcial o total persistente a pesar de aspiraciones del árbol traqueobronquial y/o de sonda intrapleurales posterior a una contusión profunda del tórax. La sospecha clínica temprana conduce a la práctica de fibrobroncoscopia, que es el estándar de oro, y de tomografía computarizada; la primera puede ser realizada en el mismo quirófano, previamente a la reparación bronquial³.

Las lesiones traqueobronquiales ocurren por comprensión torácica que produce tracción de la carina por aumento de presión intrabronquial con la glo-

tis cerrada, y por trauma de pared anterior con daño directo en la carina⁴. En los accidentes de automóvil se genera gran energía e intervienen varios mecanismos de producción de la lesión, como la desaceleración brusca, el trauma triturante y el golpe directo sobre el tórax⁵. El retardo en el tratamiento quirúrgico puede condicionar atelectasias, estenosis bronquial, neumonía o mediastinitis, con aumento en la mortalidad. El bronquio principal derecho es el más frecuentemente lesionado; en este caso, fue el izquierdo. La broncoscopia virtual es útil para localizar en forma precisa la estenosis bronquial^{3,5}; pero la endoscopia tradicional visualiza mejor la situación real de la vía aérea; sin embargo, debe tomarse en cuenta si existe el recurso. El tratamiento es la broncoplastia por resección circunferencial de la porción estenosada y reanastomosis término-terminal. La pleurización garantiza una mejor vascularización de la anastomosis y por tanto, mayor probabilidad de éxito, con recuperación funcional satisfactoria, como en este caso. Algunos casos no logran ser resueltos y requieren de neumonectomía⁵. El seguimiento clínico con fibrobroncoscopia y radiografías de tórax permite evaluar la permeabilidad de la anastomosis.

La fractura bronquial es una complicación que puede presentarse en todo paciente que ha tenido una contusión torácica, por lo que el médi-

co debe de estar siempre alerta y pensar en ella, pues es necesario una acción inmediata para evitar mayores complicaciones^{2,3,5}.

REFERENCIAS

1. Cassada DC, Munyikwa MP, Moniz MO, Dieter RA Jr, Schuchmann GF, Enderson BL. *Acute injuries of the trachea and major bronchi: importance of early diagnosis*. Ann Thorac Surg 2000;69:1563-1567.
2. Villarreal A, Martínez J, Portales CA, Cruz A, Padua A, Cicero RS. *Estenosis bronquiales secundarias a contusión torácica grave. Comentario sobre dos casos*. Gac Med Mex 2000;136:499-503.
3. Ullman EA, Donley LP, Brady WJ. *Pulmonary trauma emergency department evaluation and management*. Emerg Med Clin North Am 2003; 21:291-313.
4. Taskinen SO, Salo JA, Halttunen PE, Sovijarvi AR. *Tracheobronchial rupture due to blunt chest trauma: a follow-up study*. Ann Thorac Surg 1989;48:846-849.
5. Richardson JD. *Outcome of tracheobronchial injuries: a long-term perspective*. J Trauma 2004;56:30-36.

Correspondencia:

MASS, Dr. Francisco Navarro Reynoso, Director Médico Adjunto Médico. Hospital General de México, SSA. Dr. Balmis 148, colonia Doctores. Delegación Cuauhtémoc. México, DF., 06726.
Correo electrónico: miroivo@prodigy.net.mx

