



Revista Chilena de  
**cirugía**

[www.elsevier.es/rchic](http://www.elsevier.es/rchic)



## CASO CLÍNICO

# Rotura traqueal completa asociada a lesión del conducto torácico posterior a trauma torácico cerrado: reporte de un caso

Miguel Plaza de los Reyes<sup>a</sup>, Paola Evans<sup>a</sup>, Daniel Roizblatt<sup>a,b</sup>, Ricardo Geni<sup>a</sup>, Marcel Behar<sup>c</sup> y Nicolás Fuentes<sup>d,\*</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Cirugía General, Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

<sup>c</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

<sup>d</sup> Servicio de Urgencia, Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

Recibido el 9 de junio de 2016; aceptado el 9 de agosto de 2016

### PALABRAS CLAVE

Trauma torácico cerrado;  
Ruptura traqueal

### KEYWORDS

Blunt thoracic trauma;  
Tracheal rupture

### Resumen

**Antecedentes:** La rotura traqueal completa y la lesión de conducto torácico representan complicaciones raras del trauma torácico cerrado.

**Método:** Se presenta el caso de un paciente con rotura completa de la tráquea asociada a rotura del conducto torácico que fue operado en el Hospital del Trabajador.

**Discusión y conclusiones:** La identificación y el manejo oportuno de estas lesiones disminuyen la morbimortalidad asociada a trauma.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Full tracheal rupture associated with posterior thoracic duct injury to blunt chest trauma: A case report

### Abstract

**Background:** Tracheal rupture and thoracic duct lesion are rare complications of blunt thoracic trauma.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nfuenteslespinasse@gmail.com](mailto:nfuenteslespinasse@gmail.com) (N. Fuentes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.08.009>

0379-3893/© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Plaza de los Reyes M, et al. Rotura traqueal completa asociada a lesión del conducto torácico posterior a trauma torácico cerrado: reporte de un caso. Rev Chil Cir. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.08.009>

*Method:* We present in this article the case of a patient with complete tracheal rupture and thoracic duct lesion treated in Hospital del Trabajador.

*Discussion and conclusions:* Early identification and prompt management of this conditions reduce morbimortality associated with trauma.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Las lesiones torácicas contusas son responsables de un 8% de las admisiones hospitalarias por trauma en Estados Unidos, siendo la principal causa los accidentes de tránsito<sup>1-3</sup>.

La mayoría de los traumas torácicos cerrados no requieren manejo quirúrgico, y solo un 27% de estos requieren de una intervención quirúrgica, siendo la mayoría de las veces una pleurostomía<sup>4</sup>.

La sección traqueal completa y el quilotórax constituyen lesiones que pueden asociarse a trauma torácico cerrado y presentan una elevada mortalidad<sup>5-7</sup>. Otra causa frecuente de lesión traqueal es la iatrogenia.

Existe escasa literatura acerca de lesiones traqueales completas asociadas a lesión del conducto torácico secundaria a trauma torácico cerrado<sup>8,9</sup>. El quilotórax secundario a trauma torácico es una complicación poco frecuente reportada por primera vez en la literatura en 1975<sup>10</sup> y que se presenta la mayoría de las veces de forma tardía.

En este artículo presentamos el caso de un paciente con rotura completa de la tráquea asociada a rotura del conducto torácico.

## Caso clínico

Se trata de un paciente de 21 años, trabajador agrícola, sin antecedentes personales patológicos reportados en ese momento. El paciente sufrió un accidente laboral al haber sido aplastado por un camión a nivel torácico alto.

Inicialmente fue atendido en un hospital periférico. A su ingreso al centro hospitalario se describió un paciente francamente disfónico con dolor cervical, hipotenso, con buena respuesta a la administración de fluidos, con equimosis en el tercio superior del tórax, con deformidad a nivel del tercio medio de su clavícula izquierda por fractura, sin enfisema subcutáneo, presentando franca disminución del murmullo pulmonar en el campo pulmonar izquierdo y taquipnea asociada. No se describieron hallazgos patológicos en el examen abdominal, pélvico, ni en extremidades superiores e inferiores. Una radiografía de tórax corroboró la presencia de un importante hemoemotórax izquierdo.

Se realiza la reanimación inicial y se coloca un drenaje pleural izquierdo, dando salida a 1.500 cc de líquido serohemático.

Se traslada a nuestro hospital, ingresando estable a las 5 h posteriores de haber sufrido el accidente.

Se solicita una tomografía de cuello y tórax con fase angiográfica que muestra:

- Hallazgos sugerentes de rotura de tráquea a nivel del mediastino superior.
- Leve cantidad de contenido hemático en mediastino.
- Neumomediastino y enfisema subcutáneo a nivel del cuello.
- Hemoemotórax izquierdo.
- Fractura de tercio medial de clavícula izquierda.
- Indemnidad de grandes vasos arteriales del mediastino.

Se realiza fibrobroncoscopia flexible que muestra rotura completa a nivel del tercio inferior de la tráquea que compromete de forma circunferencial mucosa y cartílagos.

Se protege la vía aérea mediante intubación endotraqueal bajo visión directa de fibrobroncoscopia flexible.

Dados los hallazgos clínicos y radiológicos anteriores se decide manejo quirúrgico inmediato.

## Cirugía

Se aborda la cavidad torácica a través de una esternotomía media. Se libera digitalmente el mediastino y se observa líquido lechoso abundante fluyendo en la cavidad pleural. Digitalmente se logra identificar el extremo proximal de la tráquea, el cual está ocupado por el tubo endotraqueal y el extremo de cánula fuera del cabo distal de la tráquea, por lo que se intuba digitalmente el extremo distal bajo visión directa (fig. 1).

Se realiza disección de vena innominada y tronco braquiocefálico. Se ubica el extremo del conducto torácico en el confluente yugulosubclavio izquierdo el cual se ve evidencia seccionando y con flujo de linfa.

Se liga el conducto torácico con Vicryl®. Liberados los extremos proximal y distal de la tráquea se realiza rafia traqueal con sutura discontinua de Vicryl® 2/0 resecaando fragmentos desnudados de cartílagos traqueales, logrando bordes netos y que no exista fuga aérea (figs. 2-4).

Se colocan 2 drenajes pleurales izquierdos y 2 mediastínicos y se procede al cierre por planos.

## Evolución

Posterior a la cirugía el paciente completó una estancia hospitalaria de 17 días (3 en UCI). Fue extubado con éxito a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8836491>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8836491>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)