



Fractura de Bronquio Fuente Derecho asociado a Trauma Cerrado de Tórax: Reporte de Caso

Carime Díaz^{1,2}, Daniel F Carvajal², Diego F. Bautista^{3,2}, Mauricio Velásquez^{4,2}, Eliana I. Morales^{5,2}, Liliana Fernández-Trujillo MD^{5,2}

¹Depto de Emergencias, ²Facultad de Ciencia de la Salud, Universidad Icesi, ³Depto de Medicina Crítica, ⁴Depto de Cirugía, Servicio de Cirugía de Tórax, ^{5,2}Depto de Medicina Interna, Servicio de Neumología, Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia

Introducción

La lesión de la vía aérea (VA) es una condición con alta tasa de mortalidad, La presencia de signos y síntomas no específicos en trauma cerrado, son un reto diagnóstico. Nuestro propósito es reportar el caso de una lesión de VA secundaria a trauma cerrado por mecanismo de alta energía con déficit neurológico e insuficiencia respiratoria, debido a su baja incidencia muchas de estas lesiones pasan desapercibidas y sus desenlaces son fatales.

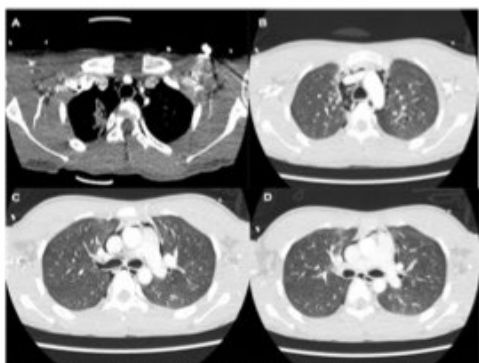


Figura 1. A. Se aprecia área de contusión pulmonar apical derecha y enfisema mediastinal. B, C, D. Aspecto del enfisema mediastinal disecando las estructuras

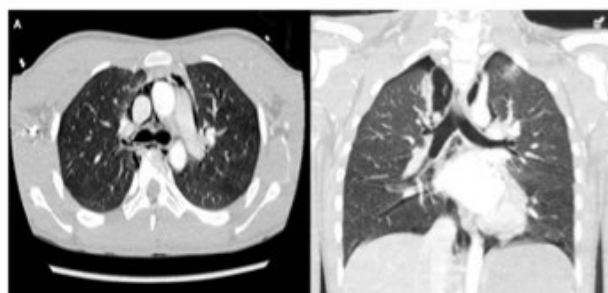


Figura 2 A. Angio-TAC corte transversal donde se aprecia la ruptura del Bronquio Fuente Derecho y enfisema mediastinal. B. Angio-TAC corte sagital con la ruptura del Bronquio Fuente Derecho, enfisema mediastinal y neumotórax derecho.

Material y métodos

Revisión Historia/Clínica

Caso Clínico

Hombre, 15A, mientras se movilizaba en bicicleta cae por precipicio de 5m. Ingreso/urgencias: trauma cráneo encefálico, Glasgow 9/15, trauma en tórax anterior y dificultad respiratoria, se asegura VA. AngioTAC toraco-abdominal (protocolo/trauma): neumomediastino, neumotórax derecho, contusión pulmonar y trauma de pared anterosuperior del BFD, se confirma por FBO: perdida de continuidad de la mucosa de forma lineal de 1 cm a nivel de la raíz del BFD en su aspecto lateral, fractura de toda la pared, sin fuga de aire, sin fistulas, ni sangrado, el árbol BI es normal. Manejo conservador, en UCI: intubación oro-traqueal protectora, 48H después se aprecia resolución del neumotórax y neumomediastino, se limita enfisema subcutáneo. Al cuarto día se logra extubación y se realiza seguimiento estricto sin evidencia de trastorno deglutorio, ni respiratorio. Se estabiliza y es dado de alta 1 semana después.

Conclusiones

En todo paciente con trauma cerrado con mecanismo de alta energía se debe sospechar lesiones de la vía aérea, el enfoque involucrando imágenes junto con confirmación endoscópica, permite lograr un diagnóstico veraz y evitar la mortalidad asociada.

Bibliografía

Dalal AK, Dalal UR, Saini V, Kapoor D (2017) Isolated Bronchial Injury: A Diagnostic and Management Challenge. *J Surg Anesth* 1: 106.