LACERACIÓN PULMONAR (caso reporte)

Josefina Bunster[1], Viviana Vargas[1], Diego Pérez[1]

1. Hospital del Trabajador

INTRODUCCIÓN:

La principal causa de la laceración pulmonar son las heridas penetrantes seguidas de heridas contusas, se da cerca del 8% de la población que sufre traumas penetrantes de tórax. En estos casos ocurre un desgarro del parénquima pulmonar formando un quiste debido al componente elástico del pulmón circundante.

CASO:

Paciente de 39 años, ingresó por agresión con arma blanca penetrante de 4 cm en cara posterior del tórax. La tomografía (TAC) mostró laceración pulmonar derecha, hemoneumotórax y neumomediastino. Se instaló pleurostomía aspirativa; dos días más tarde reingresó a pabellón debido a aumento del débito hemático por la pleurostomía, se realizó fibrobroncoscopia (FBC) y Videotoracoscopia (VTC) evidenciando restos hemáticos en bronquio inferior derecho sin signos de sangrado activo, sin lesión evidente en segmento apical, hemotórax derecho, laceración del lóbulo y bronquio inferior ipsilaterales, sin signos de fuga; 2 días después fue dado de alta. Reingresa 2 semanas después taquipnéico, desaturando, y tos con expectoración; Manejo inicial con CNAF, TAC mostró extensos focos de condensación y vidrio esmerilado en hemitórax derecho (Imagen 1a). Exámenes mostraron parámetros inflamatorios bajos y cultivos negativos. Destacó la ocurrencia de episodios de deterioro clínico asociado a maniobras de Valsalva con largos periodos de latencia para recuperación y deterioro imagenológico (imagen 1b), la TAC mostró progresión de neumomediastino que evidencia fuga de aire producto de la laceración pulmonar remanente (Imagen 1c). Se decide manejo quirúrgico: FBC + Lobectomía desde segmento medial del LID observando sección y oclusión del bronquio subsegmentario S6 derecho. Se instaló pleurostomía derecha aspirativa. En FBC se evidenció bronquio S6 derecho cerrado sin dehiscencias. Evolucionó favorablemente, se extubó a las 24 horas, se retiró la pleurostomía y fue dado de alta. (Imagen 1d).

DISCUSIÓN:

El subdiagnóstico de la laceración pulmonar es frecuente, debido a que inicialmente puede quedar enmascarada por una contusión pulmonar o un hematoma. Éstas se clasifican según su localización: Tipo I Centrales (Por compresión); Tipo II Paravertebrales (Por cizallamiento); Tipo III Periféricas (Por punción). En casos más graves, el hemoneumotórax es una consecuencia bastante frecuente (4), sin embargo, en casos con trauma penetrante menor, el hemotórax podría ser subdiagnosticado, aumentando tardíamente, lo que se denomina hemotórax tardío. La incidencia de hemotórax tardío está entre 7,3% al 12%. Por lo tanto, el seguimiento y observación son importantes en este tipo de pacientes, aconsejando una reevaluación después de 2 semanas.

CONCLUSIÓN:

Las laceraciones pulmonares son un desafío clínico importante en los casos de trauma de tórax. El diagnóstico y seguimiento adecuado mediante imágenes y control seriado, la intervención quirúrgica oportuna y el conocimiento de las complicaciones asociadas son vitales para lograr un tratamiento adecuado.