Neumopericardio en traumatismo cerrado Toracoabdominal - Reporte de Caso

[1]*Conesa O,* [1]*Dominguez H,* [1]*Castellanos E,* [1]*Bolatti V,* [1]*Quinteros C M*

1- Servicio de Guardia. Hospital Domingo Funes.

Área: Clínico / Quirúrgica

Resumen:

Introducción: El neumopericardio traumático, es una entidad poco frecuente, que puede atribuirse a causas que provoquen lesiones en pared torácica, abdominal o víscera hueca. En el caso de traumatismos cerrado toracoabdominal, se describen como probable causa directa, el daño alveolar por contusión torácica; y causas indirectas, la utilización de procedimientos invasivos diagnósticos-terapéuticos. El diagnóstico por imágenes (radiológico y tomográfico), permite diferenciarlo de otros procesos. Su presencia puede comprometer hemodinámicamente al paciente o empeorar su situación clínica. Describimos un caso de neumopericardio en un paciente con traumatismo cerrado toracoabdominal, secundario a accidente de tránsito.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, sin antecedentes médicos, que sufriera accidente de tránsito (moto-auto) con traumatismo cerrado toracoabdominal. Ingresó a nuestra institución aproximadamente 50 minutos posteriores al siniestro. Presentaba un Glasgow de 13/15, hipotensión arterial 90-60mmHg, refería dolor abdominal (epigastrio e hipocondrio derecho). No presentaba escoriaciones a nivel de cráneo, tórax, ni región abdominopélvica. Tras medidas iníciales de atención (colocación de doble vía periférica, extracción de muestra para laboratorio, tipificación y scan tomográfico); presenta descenso de la tensión arterial y deterioro progresivo del sensorio; se establecen medidas de soporte específico (vía central, intubación endotraqueal, hemoderivados, etc.). Tras persistir descompensación hemodinámica, se produce infarto miocárdico y paro cardiaco. Se procede a la reanimación sistemática y agotando medidas, se constata el deceso de la paciente.

El examen tomográfico abdominal, confirmaba laceración hepática y esplénica, con hemoperitoneo. A nivel torácico, contusión en partes blandas pre-esternal con neumopericardio y neumomediastino. Al examen físico no evidenciaba lesión externa, posiblemente, la contusión torácica, pudo desencadenar una lesión alveolar con la consecuente presencia de neumopericardio y neumomediastino. La mortalidad asignada al traumatismo cerrado de tórax y abdomen, se encuentra entre las más elevadas de la emergencia; lesión hepática y esplénica masiva, conlleva al shock hipovolémico. El neumopericardio, puede contribuir al deterioro hemodinámico, incluso se describen taponamientos cardiacos por esta causa.

Conclusión: En pacientes politraumatizados graves, las medidas tendientes al diagnóstico certero y tratamiento enérgico son fundamentales; claro está, que optimizar la atención inicial y su derivación a un centro polivalente para tratamiento específico, lograra disminuir la morbimortalidad.

Palabras Clave: Neumopericardio, traumatismo toracoabdominal.

Pneumopericardium in closed thoracoabdominal trauma - Case Report

[1]Conesa O, [1]Dominguez H, [1]Castellanos E, [1]Bolatti V, [1]Quinteros C M

1- Servicio de Guardia. Hospital Domingo Funes.

Abstract:

Introduction: Traumatic pneumopericardium is a rare entity that is attributable to causes that originate lesions in the chest, abdominal or hollow viscera walls . For closed thoracoabdominal trauma, alveolar damage by chest contusion is described as a probable direct cause; and the use of invasive diagnostic and therapeutic procedures as indirect causes. Diagnostic imaging (X-ray and tomography) allows to differentiate it from other processes. Their presence may hemodynamically compromise the patient or worsen the clinical situation. Here, we describe a pneumopericardium case on a patient with thoracoabdominal trauma, secondary to car accident.

Case report: 25 years old female patient with no medical background. She suffered a car accident (motorbike-car) with closed thoracoabdominal trauma. She arrived at our institution about 50 minutes after the accident with a Glasgow scale of 13/15, blood pressure 90-60mmHg, referring abdominal pain (epigastric and right upper quadrant). She showed no head, chest or abdominal and pelvic abrasions. After initial care measures (double peripheral line placement, laboratory sample extraction, classification and tomography scan) she presented a decrease in blood pressure and progressive deterioration in mental status; specific support measures (central line, endotracheal intubation, blood-derived products, etc.) were stablished at this moment. After persistent hemodynamic decompensation, myocardial infarction and cardiac arrest occured. We proceeded to systematic resuscitation measures but the patient died.

Abdominal tomographic examination confirmed hepatic and splenic laceration, with hemoperitoneum. At the thoracic level, pre-sternal soft tissue contusion with pneumopericardium and pneumomediastinum were confirmed. Physical examination evidenced no external injury; the chest contusion could possibly trigger an alveolar damage with the consequent presence of pneumopericardium and pneumomediastinum. Mortality related to closed chest and abdominal trauma, is one of the highest in emergency; massive liver and splenic injury leads to hypovolemic shock. Pneumopericardium may contribute to hemodynamic compromise; cardiac cloggings are described due to this cause.

Conclusion: In severe trauma patients, appropriate measures for the accurate diagnosis and aggressive treatment are essential; the optimization of the initial care and referral to a multipurpose center for specific treatment, would surely reduce morbidity and mortality.

Keywords: Pneumopericardium, thoracoabdominal trauma