

Disociación escapulotorácica: Lesión vasculonerviosa central y exitus.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa de Lanzarote.

Pablo Caballero Belloch, Lara del Arco Pérez, María Fernández López, Irene Jiménez Pina

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa de Lanzarote

Celia Delgado Albañil

OBJETIVOS: Presentar un caso de trauma de alta energía con lesión infrecuente donde se muestran complicaciones inusuales con exitus.

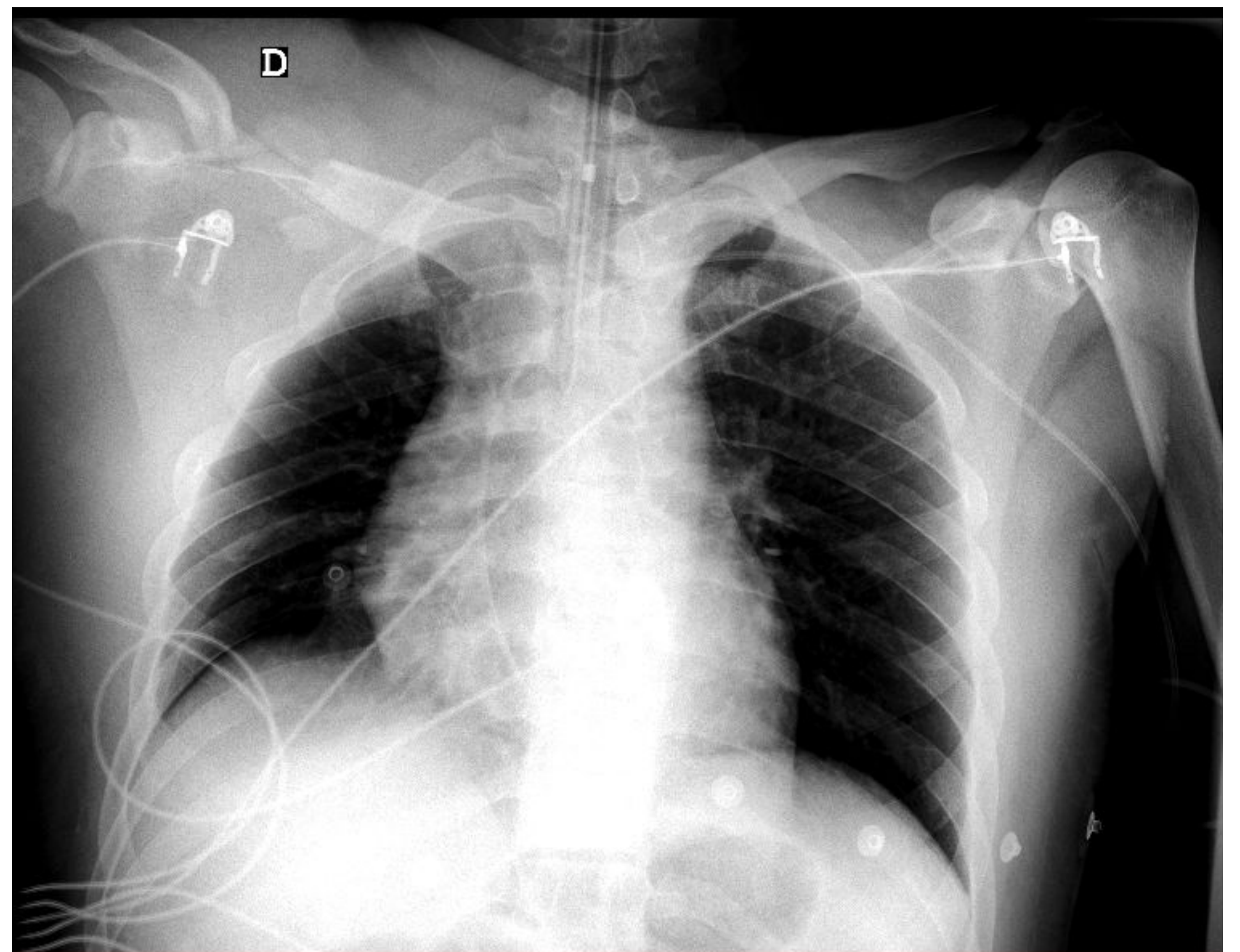
MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 23 años que sufre accidente de motocicleta. Trasladado a urgencias hospitalarias en ambulancia básica. Presenta dolor en región cervicobraquial derecha. En fosa supraclavicular presenta varias heridas cutáneas con exposición de lóbulos de adipocitos, tumoración violácea expansiva junto con anestesia completa y parálisis del miembro superior derecho (MSD). Taquicárdico, con tensión arterial media >65 mmHg, sin clínica neurológica más que la referida en MSD, GCS 15/15. Se objetiva una ausencia completa de pulsos radial, cubital y humeral junto con frialdad de la extremidad.

Se realiza TAC total body contrastado: Fractura cóndilo occipital izquierdo, fractura conminuta de cuerpo escapular con lateralización del borde medial de 3cm, fractura tercio medio clavicular con desplazamiento del fragmento lateral de 3 cm. Sección completa a nivel del tronco braquiocefálico con ausencia de relleno vascular de la arteria subclavia, axilar y braquial. Carótida común derecha de inicio irregular y parcialmente adelgazada compatible con lesión traumática incompleta pero con flujo.

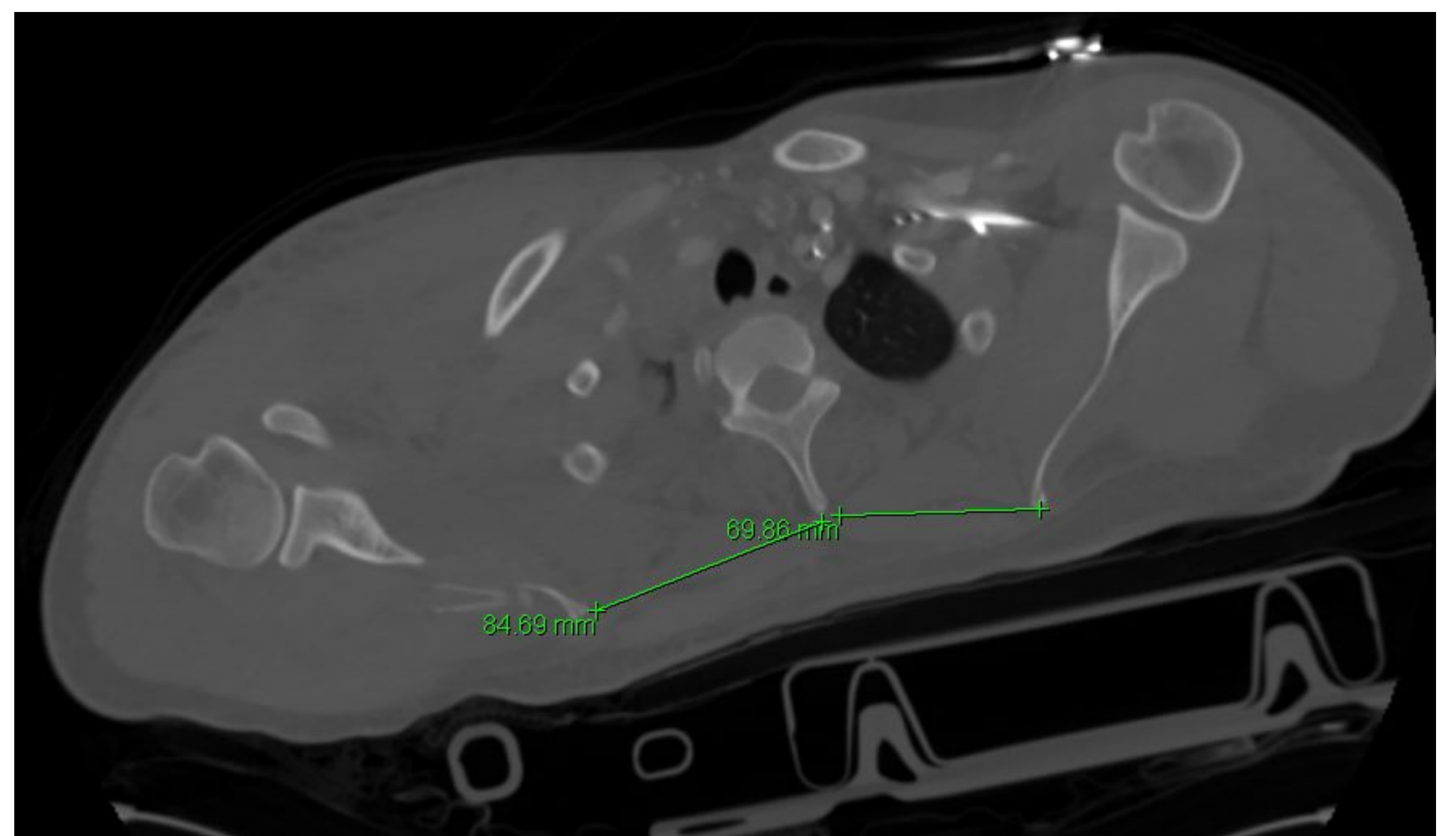
RESULTADOS: Trasladado a UCI en contexto de paciente con trauma de alta energía para continuar manejo y traslado aerotransportado al Hospital de Referencia (otra isla) con Cirugía Cardíaca-Vascular. Se realiza intubación para aislar vía aérea ante riesgo de progresión a hematoma cervical sofocante, soporte vital y sedoanalgesia.

Tras ello, presenta inestabilización hemodinámica con taquicardia, hipotensión de 50/30 mmHg requiriendo aumento de adrenalina. Aumento del tamaño del hematoma cervical progresando hasta raíz de pabellón auricular, región pectoral y desplazando tráquea. Palidez facial y midriasis inicialmente izquierda y finalmente bilateral. Ecográficamente no se identifica flujo en estructuras vasculares cervicales derechas pero sí izquierdas, E-FAST negativa. Llega el helicóptero para el traslado, entra en PCR y tras 20 minutos de resucitación, fallece tras 4 horas en el hospital. Se sospecha muerte encefálica en lugar de shock hipovolémico.

CONCLUSIONES: Aunque el paciente inicialmente es traído estable, la disociación escapulotorácica es una lesión grave con complicaciones ajenas al aparato locomotor potencialmente fatales que requiere de un protocolo de atención al trauma alta energía que permita una actuación rápida y sistemática con el objetivo de prestar la mejor atención posible.



Nótese el escalón en la fractura de clavícula del unos 1.5cm por tracción



Discrepancia entre distancia del línea media al borde medial escapular
84 mm vs 69mm

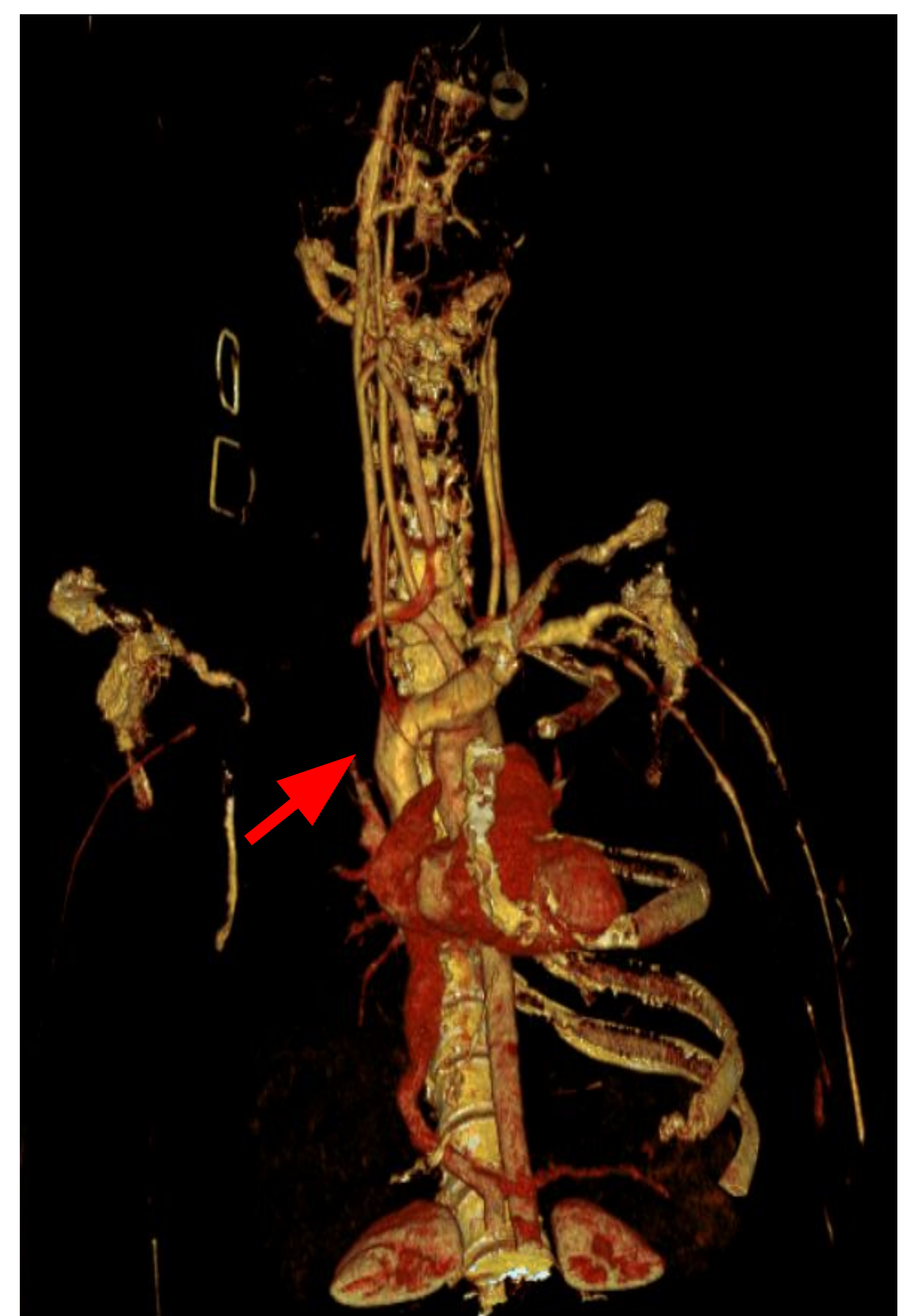


Imagen angio TC: Flecha muestra stop en tronco braquiocefálico derecho