

Caso Clínico: Estallido de víscera hueca por traumatismo cerrado abdominal

Valentina da Rosa Carneiro¹, Javier Fender², Pablo Ramade Francolino³, Raúl Perdomo Pereira⁴

¹ Residente de Cirugía General. Departamento de Cirugía General, Hospital Escuela del Litoral, Paysandú. Uruguay

² Cirujano General. Departamento de Cirugía General, Hospital Escuela del Litoral, Paysandú. Uruguay

³ Asistente Clínica. Departamento de Cirugía General, Hospital Escuela del Litoral, Paysandú. Uruguay

⁴ Asistente de Clínica. Departamento de Cirugía General, Hospital Escuela del Litoral, Paysandú. Uruguay.

INTRODUCCIÓN

En el trauma cerrado de abdomen las lesiones de órganos macizos son las más frecuentes, no así la lesión de víscera hueca. Ésta solo es sospechada cuando la clínica es sugestiva.¹ En dichos traumatismos el intestino es la tercera víscera lesionada, siendo su incidencia entre el 3,1 al 5%, aumentando la misma si hay otros órganos asociados.²

Estas lesiones obedecen a tres mecanismos: aplastamiento entre la pared abdominal y columna vertebral, fuerzas de cizallamiento o desgarro por desaceleración brusca y la lesión por estallido debido a un aumento de la presión intraluminal.¹

Las lesiones descritas del intestino delgado por la Asociación Americana de Cirugía y Trauma (AAST) son cuatro. Grado I (hematoma o laceración): cuando no desvasculariza o hay desgarro parcial, pero sin perforación. Grado II (laceración): en este caso la disrupción es menor al 50% de la circunferencia. Grado III (laceración): cuando la disrupción es igual o mayor al 50% de la circunferencia, pero sin transección. Grado IV (laceración vascular): transección intestinal, transección con pérdida segmentaria de tejido o con un segmento desvascularizado.³

Por lo ya mencionado podemos decir que el diagnóstico no siempre se realiza de forma precoz, lo cual genera retraso en el tratamiento con aumento de la morbimortalidad del paciente.¹ Con el presente caso clínico se busca exponer nuestra experiencia institucional con un paciente que presentó lesión intestinal por estallido como consecuencia de un trauma cerrado de abdomen con resolución quirúrgica laparoscópica con buenos resultados.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 23 años, sin antecedentes personales a destacar que consulta en policlínica rural por dolor intenso en región inguinal derecha acompañado de tumoración a dicho nivel, una hora posterior a trauma contuso en práctica de fútbol. Dado que el paciente se presentó con estabilidad hemodinámica y sin anemia aguda, se le otorga analgesia intravenosa y alta a domicilio.

A las 24 horas reconsulta en la misma policlínica por dolor abdominal difuso intenso acompañado de anorexia, náuseas y vómitos esporádicos biliosos y detención del tránsito intestinal, por lo cual se deriva a hospital regional. Al examen físico se destaca buen estado general, lúcido, deshidratado, hemodinámicamente estable, con fascies de dolor. A la inspección abdominal, impronta de traumatismo a nivel de fosa ilíaca derecha (Figura 1). A la palpación, abdomen en tabla, doloroso a la palpación superficial con irritación peritoneal difusa y ruidos hidroaéreos ausentes.

Se solicita análisis de sangre que evidencia leucocitosis de 15.000 células/mm³ a predominio de neutrófilos, Proteína C Reactiva de 162 ng/dl. Se realiza Tomografía computada (TC) abdominopelviana (Figura 2) donde se observa neumoperitoneo de leve entidad y líquido libre intraabdominal a nivel de todos los recessos peritoneales. En flanco derecho presenta densidad heterogénea en relación a contenido intestinal. Asas delgadas parcialmente distendidas con niveles hidroaéreos. Engrosamiento de aspecto inflamatorio a nivel de hojas de peritoneo. Resto sin lesiones. Hallazgos evidenciados en relación a rotura de víscera hueca.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Valentina da Rosa Carneiro: valedarosa_13@hotmail.com**

Recibido: 24/4/2023. Aprobado: 29/1/2024.

Valentina da Rosa Carneiro: <https://orcid.org/0000-0002-0145-3015>, Javier Fender: <https://orcid.org/0009-0005-5652-6401>, Pablo Ramade Francolino: <https://orcid.org/0000-0001-5414-151X>, Raúl Perdomo Pereira: <https://orcid.org/0000-0001-9463-9355>

Se inicia tratamiento médico preoperatorio con analgésicos, antibiótico empírico, hidratación endovenosa y se indica laparoscopia de urgencia (Figura 3). A la exploración se aprecia abundante contenido enteral a nivel de todos los recessos peritoneales con pseudomembranas asociado a gran hematoma en mesenterio. Adyacente a éste, a nivel de última

asa íleal, se visualiza lesión tangencial de 0,5 cm aproximadamente. Se realiza exhaustiva toilette peritoneal, rafia con PDS 4-0 con puntos transfixiantes y se deja drenaje siliconado en fondo de saco de Douglas.

Buena evolución postoperatoria reinstalándose la vía oral a las 48 horas. Paciente deambulando, sin dolor abdominal, con



Figura 1. Paciente en mesa de Block Quirúrgico. Impronta traumática en fosa ilíaca derecha (círculo negro).

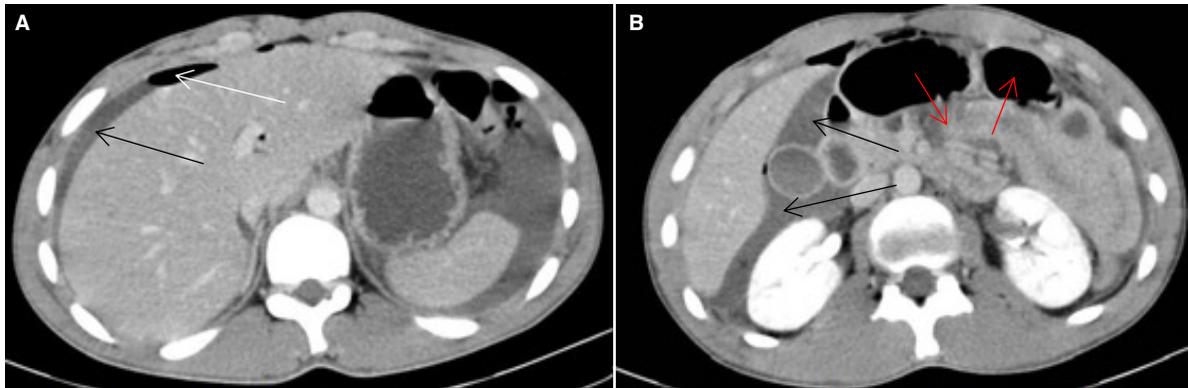


Figura 2A. TC abdomen pelvis (corte axial). Se visualiza neumoperitoneo (flecha blanca). Líquido libre perihepático (flecha negra). **B:** TC abdomen pelvis (corte axial). Se visualiza líquido libre (flecha negra). Asas delgadas distendidas (flecha roja).



Figura 3A. Se visualiza intestino delgado recubierto de pseudomembranas, a nivel de ileon distal lesión tangencial con contenido enteral (flecha negra). **B:** Se visualiza gran hematoma mesial (flecha blanca). Intestino delgado cubierto de pseudomembranas.

tránsito conservado y drenaje con escaso débito serohemático. A la semana se retira drenaje de contenido negativo y se otorga alta a domicilio.

Se controla en consultorios externos a la semana y al mes. Estando asintomático, se otorga el alta quirúrgica.

DISCUSIÓN

Las lesiones de intestino delgado tienen mejor pronóstico que las lesiones de colon dado por su menor carga bacteriana, mejor vascularización y más fácil manejo quirúrgico, pero tienen peor pronóstico cuando son por trauma cerrado que cuando son por trauma penetrantes dado un retraso en la exploración quirúrgica.⁴

Al examen físico presentará signos como dolor abdominal a la palpación, elementos de irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos ausentes. Los mismos son sugestivos de abdomen agudo, pero no suficientes para determinar el órgano lesionado.⁵

Si la hemodinamia es estable, la TC con contraste es prioritaria, brinda información sobre órganos afectados como el bazo, hígado, retroperitoneo, presencia de líquido libre, así como elementos sugestivos de lesión de víscera hueca.⁵

En cuanto al tratamiento, el traumatismo cerrado también se puede abordar por laparoscopia, pero como la mayoría son politraumatizados, pueden presentar lesiones asociadas, presentarse con inestabilidad hemodinámica o con traumatismo encefalocraneano motivo por el cual muchas veces se realiza laparotomía.⁶ La finalidad de la laparoscopia en el trauma radica en evitar más del 20% de laparotomías innecesarias.⁷ La laparoscopia es una opción válida en pacientes hemodinámicamente estables. En lesiones menores, el cierre primario es el tratamiento adecuado, pero en lesiones con segmentos isquémicos la resección intestinal es el tratamiento ideal.¹

Una de las situaciones en la cual la laparoscopia es muy útil es cuando la TC visualiza líquido libre sin lesión de órgano sólido ni neumoperitoneo, ya que puede haber una lesión de mesenterio o víscera hueca, ambas tienen indicación de resolución quirúrgica inmediata.⁶⁻⁸

CONCLUSIÓN

El advenimiento de la cirugía laparoscópica en trauma en nuestro medio nos permitirá evitar laparotomías innecesarias, reducir la estancia hospitalaria y la morbilidad asociada, reducir los costos en la atención médica, brindando un tratamiento oportuno y resolutivo con sus innegables beneficios.

REFERENCIAS

- 1 Yaryura. J. Zanatta. J. García H. García. J. Romero. G. Ferrero. C. Jejunal perforation secondary to kick during kick-boxing practice: laparoscopic management. *Medicina (B. Aires)* vol.82 no.3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ago. 2022. Departamento de Cirugía General, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina
- 2 Acosta. L. Fleitas. D. González. F. Manejo de lesión intestinal por laparoscopia. *Revista del Nacional. (Itauguá)* vol.10 no.1 Itauguá Junio 2018.
- 3 Álvarez Ibarra S, Valdez Gómez PA, López Sáenz AL, Escobedo Anzures F, Olivares AB. Trauma de intestino delgado. Diagnóstico y tratamiento. *An Med (Mex)* 2007; 52 (2): 69-73
- 4 Paredes. O, Méndez. E, Domínguez. J. Características de las lesiones intestinales en traumatismo cerrado de abdomen. *Centro de Emergencias Médicas MSP Y BS. Rev. Cir. Paraguaya* 2012, vol.36, n.1, pp.25-28. ISSN 2307-0420.
- 5 Rodríguez. J, Ponce. A, Pérez. D, Sepúlveda. C, Uvalle. R, Muñoz. G. Lesión duodenal en el traumatismo contuso de abdomen. Informe de caso y revisión de la bibliografía. *Cirugía y cirujanos.* vol.87. Ciudad de México. Febrero 2022.
- 6 Cerruti. C, Lorenzetti. Y, Basa. E, López. J, Trevisan. S. Abordaje laparoscópico del traumatismo abdominal. Experiencia en un hospital de trauma. *Rev. argent. cir.* vol.114 no.3 Cap. Fed. set. 2022.
- 7 Rodríguez. V, Montero. S, García. R, Reyes. M. Manejo laparoscópico del traumatismo abdominal. *Rev. Cub. Med. Mil* v.33 n.2 Ciudad de la Habana abril-junio 2004.
- 8 Osorio. M, Lasarte. J, Martínez. O, Álvarez. L, Fermin. A, Monzón. D. Laparoscopia diagnóstica de urgencia en el traumatismo abdominal: un estudio en 41 pacientes. *Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos.* Junio 2010.