



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-048 - EVISCERACIÓN ABDOMINAL TRAUMÁTICA MASIVA COMO CONSECUENCIA DE UN CHORRO DE AGUA INDUSTRIAL CON ALTA PRESIÓN

D. Gambí Pisonero, P. Muñoz Saldaña, N. García Muñoz, V. Balandrón González, M.N. Parías Ángel, L.F. Susanibar Napuri, E. Sancho Calatrava y F. Prieto Valderrey

Hospital Santa Bárbara, Puertollano.

Resumen

Introducción: Se considera un paciente politraumatizado aquel que presenta dos o más lesiones, de las que al menos una puede comprometer su vida o vaya a originar secuelas muy invalidantes. Una conducta inicial adecuada puede reducir la mortalidad de estos pacientes por lo que la atención inicial debe ser ordenada y sistemática, tratando siempre de identificar y tratar primero las lesiones que comprometen la vida del paciente. En estos pacientes la mortalidad temprana supone aproximadamente el 50% de la mortalidad siendo sus causas potencialmente evitables. Presentamos este caso por su interés, debido a la singularidad en el mecanismo de acción, exponiendo la secuencia de actuación que se llevó a cabo.

Caso clínico: Paciente de 38 años trasladado a la urgencia con el diagnóstico de evisceración y hemorragia abdominal masiva y lesiones incisocontusas en ambas extremidades superiores producidas por un chorro de agua industrial con alta presión. En la evaluación inicial el paciente presenta signos de inestabilidad hemodinámica con sangrado intraabdominal activo y disminución progresiva de la conciencia por lo que se decide su traslado inmediato al quirófano. En quirófano con el paciente intubado endotraquealmente y una vez controladas las lesiones vasculares del abdomen se completa la evaluación secundaria. Sin criterios de control de daños se decide realizar la resección con reconstrucción mecánica del intestino inviable en coordinación con el traumatólogo que completa el estudio radiológico y la exploración quirúrgica de las extremidades lesionadas. Finalmente el paciente es trasladado al TAC donde se completa el estudio radiológico en el que se diagnostica un neumotórax mínimo derecho (10%) que se drena en UCI por indicación de ventilación mecánica. En un segundo tiempo se repararon las lesiones musculotendinosas del antebrazo izquierdo y mano derecha evaluadas al ingreso. El paciente se da de alta a las dos semanas con buen estado general presentando como secuela una limitación funcional leve del miembro superior derecho.

Discusión: Más del 60% de todos los pacientes politraumatizados que mueren en el hospital lo hacen durante las primeras horas del ingreso derivadas de causas potencialmente tratables (traumatismo encefalocraneano, lesiones medulares, lesiones intrabdominales, traumatismo extenso de tejidos blandos y fractura de pelvis). La evisceración abdominal traumática es una lesión poco frecuente que ocurre como consecuencia de un traumatismo abierto de alta energía. El caso presentado es extremadamente infrecuente. Su mecanismo de acción dificulta la toma de decisiones haciendo necesario seguir un protocolo de actuación sistemático y ordenado³. El tiempo desde el traumatismo hasta su intervención es un factor muy importante que está relacionado directamente con la mortalidad del paciente politraumatizado siendo la hemorragia la causa previsible más frecuente en este contexto. En nuestro caso se siguió el protocolo ATLS permitiendo disminuir considerablemente el tiempo de actuación desde el momento de la lesión hasta su tratamiento

definitivo. Aunque en el momento actual existen algunos trabajos que recomiendan la realización del TAC incluso en situaciones de inestabilidad, en nuestro caso, la secuencia de decisiones nos pareció razonable atendiendo tanto a la infraestructura del hospital como a nuestra experiencia.