



O-233 - Trauma abdominal, lesión de víscera hueca y líquido libre. ¿Cuándo operar?

S. Montmany Vioque¹, P. Rebasa Cladera¹, A. Darnell Martín², E. Ballesteros Gómiz¹, A. Malet Munte¹, A. Luna Aufroy¹ y S. Navarro Soto¹

¹Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. ²Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: Las lesiones de víscera hueca en el paciente politraumatizado con traumatismo abdominal cerrado son infrecuentes, pero potencialmente graves. Son lesiones de difícil diagnóstico con posibilidad de pasar inadvertidas inicialmente y tratarse de forma tardía, lo que puede conllevar una alta morbi-mortalidad. El líquido libre abdominal sin presencia de lesión de órgano sólido en la TC podría indicar la presencia de lesión intestinal, existiendo también otros hallazgos en la TC abdominal que nos deben hacer sospechar una lesión de víscera hueca. Nuestro objetivo es describir el riesgo de lesión intestinal según los hallazgos objetivados en la tomografía computarizada (TC) abdominal.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo que incluye todos los pacientes mayores de 16 años con traumatismo abdominal cerrado que requirieron una TC abdominal a lo largo de su tratamiento. Se han excluido a los menores de 16 años, traumatismos penetrantes y a quién no se le pudo realizar una TC abdominal. Los hallazgos sospechosos de lesión intestinal hallados en la TC abdominal fueron: líquido libre, edema intestinal, lesión del meso, neumoperitoneo y extravasación de contraste.

Resultados: Entre octubre del 2007 y octubre del 2013, se han incluido 961 pacientes. Se han detectado lesiones intestinales, confirmadas mediante laparotomía media, en 24 pacientes (2,5%). Se hallaron signos sospechosos de lesión intestinal en 85 pacientes. Sólo 1 paciente de los 41 casos donde se observó líquido libre abdominal aislado presentó lesión intestinal. Cuando aparece neumoperitoneo o extravasación de contraste en la TC abdominal, existe lesión intestinal en el 80-100% de los casos. El resto de hallazgos, edema intestinal o lesión del meso, tienen muy poca probabilidad de asociarse a lesión intestinal. Usando una regresión logística, pudimos crear un score de predicción que asigna un valor a cada uno de los hallazgos sospechosos de lesión intestinal en el TC abdominal. Cuando el score es ≥ 7, se recomienda una exploración quirúrgica. Esto sucede siempre que aparece neumoperitoneo o extravasación de contraste, o cuando se combinan el resto de los hallazgos a la vez.

Conclusiones: La baja incidencia de lesiones intestinales y su poca expresión clínica inicial en pacientes con traumatismos abdominales cerrados, hacen difícil un rápido diagnóstico clínico. La TC abdominal sigue siendo la mejor prueba diagnóstica. Signos radiológicos como el edema intestinal, la lesión del meso o la presencia de líquido libre, sólo obligaría a nuestro criterio, a observación clínica mediante exploración física repetida, excepto cuando se presenten de forma simultánea en la TC abdominal. El líquido libre aislado también sería tributario de observación clínica. Como ya conocíamos, el neumoperitoneo o la extravasación de contraste serían tributarios de laparotomía exploradora.