



P-598 - LESIÓN DE VASOS CÓLICOS DERECHOS E ISQUEMIA DE ÁNGULO HEPÁTICO DE COLON TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

M.J. Cabrerizo Fernández, A.P. Martínez Domínguez, C. Garde Lecumberri, A.I. Gómez Sotelo y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

Resumen

Objetivos: En el traumatismo abdominal cerrado la lesión de los órganos y vísceras resulta del impacto directo y de las fuerzas compresivas de aceleración y desaceleración. Los órganos más frecuentemente afectados son el hígado, el bazo y el riñón. La lesión del mesocolon y del colon es excepcional, nuestro objetivo es repasar el manejo terapéutico en estos casos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 35 años de edad, sin antecedentes personales de interés, ni alergias medicamentosas, que acude a urgencias presentando cuadro de dolor abdominal de dos días de evolución que comenzó tras sufrir agresión, con traumatismo abdominal cerrado. Temperatura 38 °C, Tensión arterial mantenida, taquicardia. Abdomen doloroso a la palpación, con signos de irritación peritoneal sobretodo en flanco e hipocondrio derecho. Analítica: leucocitosis, neutrofilia, hemoglobina 9 g/dl. TAC: hemoperitoneo, colección hiperdensa sugerente de coágulo de 56 × 38 mm en región de ligamento gastrohepático. Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciado hemoperitoneo de aproximadamente 1.5 litros, gran coágulo a nivel de vasos cónicos derechos e isquemia del ángulo hepático del colon. Se realiza lavado abundante de la cavidad y hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica mecánica. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin presentación de complicaciones, por lo que recibió el alta hospitalaria al noveno día. Anatomía Patológica: Necrosis de intestino grueso, con áreas hemorrágicas.

Discusión: En el traumatismo abdominal cerrado los hematomas intestinales son una rara complicación. La localización más frecuente es el duodeno y la menos frecuente el colon. La lesión del intestino grueso en este tipo de traumatismos ocurre como resultado de un impacto directo sobre la pared intestinal, o indirectamente sobre los vasos mesentéricos por distintos mecanismos como son: las fuerzas tangenciales sobre estructuras fijas del intestino que producen desgarros del mesenterio con ruptura de los vasos cónicos o el incremento súbito de la presión abdominal con estallido. La mayoría de los traumatismos colónicos se resolverán espontáneamente sin complicaciones, sin embargo en otras ocasiones son causa de perforación inmediata por estallido o tardía por isquemia. Esto hay que tenerlo en cuenta en aquellos pacientes en los que se realiza un manejo no quirúrgico del traumatismo cerrado, sobre todo en los pacientes críticos politraumatizados bajo sedación y en los traumatismos craneo-encefálicos, donde la exploración abdominal está interferida y por tanto la morbilidad puede ser mayor. La TAC es la prueba de elección cuando el paciente está estable, debe realizarse con contraste intravenoso para visualizar hemorragias activas y hematomas. La ecografía abdominal ocupa un puesto primordial en la valoración inicial del paciente inestable. El manejo terapéutico del hematoma de pared no complicado debe ser conservador, con controles clínicos, analíticos y radiológicos

seriados. Ante la sospecha de isquemia, perforación o shock hipovolémico se debe realizar tratamiento quirúrgico urgente, con resección del intestino afecto y con anastomosis primaria o colostomía según la situación local y el estado general del paciente.