Cir Esp. 2013;91(Espec Congr 2):311

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-065 - TRAUMATISMO ABDOMINAL POR ARMA DE FUEGO CON LESIÓN HEPÁTICA Y CÓLICA

J.M. García Gil, A.I. Ariza Ibarra, A.M. Fernández Pérez, J. Drewniak, H. Archilla Fernández, M. Moral González, A. García Álvarez, D. García Teruel, R. Cuberes Montserrat y G. García-Blanch de Benito

Hospital Universitario Móstoles.

Resumen

Introducción: Los traumatismos penetrantes toracoabdominales por arma de fuego son infrecuentes en el ámbito de nuestro centro. Constituyen una situación de emergencia a la que cualquier cirujano puede tener que enfrentarse, empleando todos sus conocimientos y habilidades. Objetivo: presentamos un caso de herida abdominal múltiple por arma de fuego con lesiones viscerales asociadas, describiendo el manejo quirúrgico llevado a cabo.

Caso clínico: Varón de 39 años con laparotomía exploradora previa por tráfico como único antecedente que es traído por el SUMMA, consciente y estable hemodinámicamente, tras haber recibido varios impactos por arma de fuego. Presenta orificios de proyectil de entrada en epigastrio e HCD, y de salida en tórax derecho posteroinferior y región lumbar derecha inferior. La estabilidad inicial permite realizar TAC toracoabdominal, informado como: rotura hepática con sangrado activo afectando a segmento IV y adyacentes. No se descarta afectación de cava intrahepática. Líquido libre perihepático y periesplénico. Neumoperitoneo. Colon derecho desflecado que sugiere perforación del mismo con sangrado. Derrame pleural derecho. Fractura de 11ª costilla derecha. Enfisema subcutáneo en hemiabdomen y hemitórax derecho. Se realiza drenaje endotorácico de hemotórax derecho, laparotomía y cirugía de control de daños: se evidencia hemoperitoneo masivo, laceración hepática grado IV con afectación predominante de segmento IV, perforaciones múltiples de colon derecho y transverso proximal con lesión de vasos ileocólicos y hematomas de raíz de mesenterio y retroperitoneal derechos. Se realiza maniobra de Pringle, hemostasia de hilio hepático y de parénquima de segmento IV (directa y con hemostáticos) y packing perihepático. Hemicolectomía derecha, dejando cabos de íleon y transverso cerrados. Cierre monoplano. Pasa a UCI para estabilización y se reinterviene a las 24 horas por elevación de la PIA y sospecha de síndrome compartimental abdominal, realizándose apertura de laparotomía en su tercio medio y distal y colocación de dispositivo VAC. Segundo tiempo quirúrgico, a las 48 horas, realizándose reevaluación de daños y tratamiento definitivo: retirada de packing, comprobándose la ausencia de sangrado hepático activo. Vesícula biliar necrótica. Asas intestinales y colon con vitalidad conservada. Retroperitoneo y parietocólico derechos sin hallazgos. Se refuerza la hemostasia de la superficie del segmento IV e hilio con hemostáticos. Colecistectomía con colangiografía transcística sin evidencia de fístulas de vía biliar intrahepática. Anastomosis ileocólica. Cierre de extremos de laparotomía y malla de PTFE central. A los 5 días se procedió al cierre definitivo del laparostoma. El paciente permanece 30 días en UCI donde evoluciona favorablemente del fracaso multiorgánico. En

TAC de control se observa colección adyacente a lecho hepático que se drena percutáneamente; débito biliopurulento escaso que cede con medidas conservadoras.

Discusión: Los traumatismos penetrantes abdominales por arma de fuego pueden, como en nuestro caso, asociarse a lesiones viscerales múltiples graves. La situación de riesgo vital que comportan obliga en muchos casos a la planificación por parte del cirujano de una estrategia inicial de control de daños que posibilite la estabilización del paciente en primer término, para completar posteriormente el tratamiento en intervenciones sucesivas.

See front matter © 2013. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados