



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-707 - AVULSIÓN MESENTÉRICA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Sánchez Pérez, Belinda; Pérez Reyes, María; Pérez Rodríguez, Rosa; Pérez Daga, José Antonio; Gutiérrez Delgado, Pilar; Santoyo Santoyo, Julio

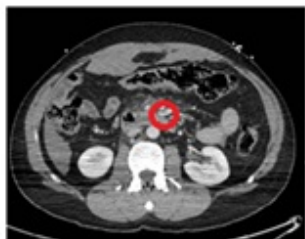
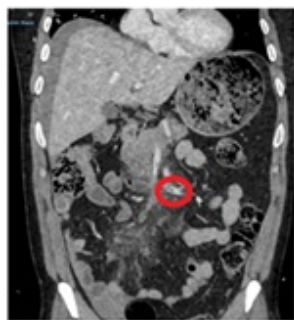
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: Las avulsiones mesentéricas se producen por fuerzas de aceleración/desaceleración o compresión que lesionan vasos mesentéricos. Se pueden producir por impacto directo, accidentes de tráfico o caídas de altura.

Caso clínico: Paciente de 42 años ingresado tras atropello. Estaba sentado en un restaurante y el impacto lo recibió por la espalda, siendo aplastado entre la silla y el coche, golpeándose el epigastrio con el borde de la mesa. El equipo de emergencias evaluó los signos vitales en el área del accidente: vía aérea permeable, ventilación correcta, circulatorio: hipotenso (TAS 80 mmHg/TAD 60 mmHg, FC 80 lpm) fluidoterapia, neurológico: sin alteraciones (Glasgow 15) y exploración: irritación peritoneal-analgésia. En la zona del accidente realizaron ecofast (positivo) y se trasladó a nuestro centro. Antes de su llegada se activó el código trauma y protocolo de transfusión masiva. A su llegada al área de críticos se reevaluó el ABCDE, mejorando ahora la C (TAS 105 mmHg/TAD 78 mmHg y FC 75 lpm), por lo que, tras realización de radiografía de tórax, se realizó analítica urgente (hemoglobina: 10 g/dL) y angioTAC urgente cambios edematosos en grasa mesentérica y trombosis de segmento proximal de primera rama yeyunal secundario a laceración/avulsión mesentérica con asas intestinales normoperfundidas. Cambios inflamatorios en la tercera porción duodenal con peor definición parietal que plantea lesión contusiva y hemoperitoneo moderado difuso. Por lo que decidimos intervención quirúrgica urgente dado que presentaba abundante líquido libre y en la exploración irritación peritoneal generalizada. En la inducción anestésica comenzó con hipotensión y se inició la laparotomía urgente identificando hemoperitoneo generalizado. Tras realización de *packing* abdominal se pudo observar desgarramiento de varios segmentos del meso de intestino delgado a nivel distal y avulsión de raíz del mesenterio con exposición de la vena mesentérica superior, arteria mesentérica superior, ramas yeyunales y arterias yeyunales con sangrado activo en varias zonas de venas yeyunales y desgarramiento de varias ramas venosas. También presentaba deserosamiento de colon transverso e isquemia de un segmento íleon preterminal. Tras realización de maniobra de Catell Kocher para una adecuada exposición de raíz de mesenterio se pudo controlar la hemostasia de forma adecuada. Se resecó el segmento intestinal isquémico y se dejó para *second look* las zonas de intestino congestivas dada la inestabilidad que presentaba el paciente. Se colocó sistema VAC Abhtera. A las 48 horas se reintervino objetivando buena evolución, sin progresión de isquemia, control de hemostasia adecuada y con mejoría de la congestión, pero dado que continuaba precisando noradrenalina se decidió nueva colocación de sistema presión negativa. A las 48 horas se volvió a revisar y se pudo realizar anastomosis y cierre de pared abdominal. El posoperatorio fue

inicialmente tórpido por deterioro respiratorio secundario a neumonía asociada a ventilación. Posteriormente buena evolución clínica, siendo dado de alta al 20.º día posoperatorio. La anatomía patológica informó de mucosa intestinal con erosión, congestión vascular y cambios inflamatorios.



Discusión: Son más frecuentes en politraumatizados. El TAC es la prueba de elección y está indicada la laparotomía urgente si hay inestabilidad hemodinámica o signos peritoneales. Presentan alta mortalidad si no se trata precozmente. Son lesiones difíciles de sospechar clínicamente, de ahí la importancia de la imagen.