



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-609 - PERFORACIÓN METACRÓNICA SECUNDARIA A TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO. SÍNDROME RETROPERITONEAL

Morales González, Álvaro; Guillen Paredes, María Pilar; Martínez Fernández, Josefa; Pardo García, José Luis; Moreno Gallego, Amando; Barnes Sosa, Manuel

Hospital Comarcal Noroeste, Caravaca de la Cruz.

Resumen

Caso clínico: Presentamos una paciente de 32 años, sin antecedentes de interés que es llevada a urgencias del hospital por los servicios del 061 tras sufrir un accidente de tráfico fronto-lateral, de alta energía, a unos 80 km/h, llevando puesto el cinturón de seguridad. Se objetiva expulsión del airbag. Sin traumatismo craneoencefálico ni pérdida de conocimiento, sale por su propio pie del vehículo. Durante el traslado presenta constantes estables, refiriendo dolor abdominal y muñeca derecha con deformidad. Tras su acogida en urgencias se cursa batería diagnóstica donde, analíticamente, no se encuentra ningún dato destacable y en radiografías simples, se objetiva fractura de radio distal. Se realiza TC con contraste intravenoso, no encontrando hallazgos en el TC de tórax, mientras que en abdomen y pelvis se informa de fractura con acúñamiento del cuerpo vertebral L5. Resto sin hallazgos. Tras observación hospitalaria la paciente es dada de alta con tratamiento ortopédico. La paciente presenta microhematuria en su domicilio, por lo que consulta dentro de las 24h siguientes, motivo por lo que se decide nuevo control de imagen. Además presenta molestias abdominales sobretudo en la zona del cinturón. Al iniciar la ingesta con contraste oral (gastrografía) refiere un súbito dolor, acompañado de taquicardia, sensación de malestar y signos de peritonismo. En la nueva TC, no se aprecian masas ni adenopatías intraabdominales. Existe líquido libre subfrénico izquierdo, perihepático, en espacios pararenales anterior y posterior y en espacio de Douglas. Se aprecia aire extraluminal adyacente a la rodilla del duodeno, el cual presenta paredes engrosadas. Patrón de asas intestinales normal. Pared abdominal normal. Pelvis normal. Fractura de cuerpo vertebral de vértebra lumbar. Concluyendo, se encuentra neumoperitoneo y líquido retroperitoneal, así como en Douglas secundario a rotura de víscera hueca, probablemente duodeno y laceración hepática. Ante tales hallazgos se decide cirugía urgente.

Discusión: En traumatismos abdominales cerrados es necesaria una especial valoración, principalmente en aquellos en los que se sospecha que pueda existir compresión o aplastamiento entre estructuras rígidas que puedan condicionar ruptura o estallido de estructuras huecas, como es el caso del duodeno (síndrome retroperitoneal). Lesiones duodenales suelen presentar una indefinición clínica que no da la cara hasta pasadas las 12-24h por lo que se recomienda dicho periodo de observación hospitalaria con estrecha vigilancia.