



P-142 - ESTALLIDO GÁSTRICO POR TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ferrer Vilela, Irene; Gianchandani Moorjani, Rajesh; Ortí Rodríguez, Rafael; Díaz López, Carmen; Sánchez González, Juan Manuel; Concepción Martín, Vanessa; Moneva Arce, Modesto Enrique; Barrera Gómez, Manuel Ángel

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: El traumatismo abdominal cerrado o no penetrante es una causa de morbimortalidad considerable en pacientes que ingresan por Urgencias por la gravedad de las lesiones y que en ocasiones supone un desafío diagnóstico dada la inespecificidad clínica y la presencia de otras lesiones asociadas, condicionando un retraso en el diagnóstico y por tanto en el abordaje terapéutico.

Caso clínico: Varón de 31 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que es trasladado al Servicio de Urgencias en ambulancia medicalizada por politraumatismo tras sufrir accidente de alto impacto cuando es atropellado por un vehículo mientras circulaba en moto, tras ingesta copiosa de alimentos. Durante su traslado permanece estable y sin alteración del nivel de conciencia. A su llegada presenta vía aérea permeable y protección cervical portando collarín. Auscultación pulmonar: hipofonesis basal derecha. Tendencia a la taquipnea y taquicardia pero con saturación basal en rango y normotenso. Escala de Glasgow de 15. Múltiples heridas faciales y escoriaciones en ambos miembros, con pulsos dislates conservados. Destaca un abdomen a tensión, timpánico con periodismo difuso, confirmando por TAC el diagnóstico de perforación de víscera hueca con presencia de neumoperitoneo y abundante líquido libre, asociado además a neumotórax derecho. Se decide intervención quirúrgica urgente realizando laparotomía exploradora, objetivando como hallazgos intraoperatorios una peritonitis gástrica generalizada en cuatro cuadrantes pero con mayor contenido gástrico no digerido en porción supramesocólica izquierda secundaria a estallido gástrico con apertura de unos 15-20 cm de curvatura mayor y deserosamientos varios en cara anterior y posterior gástrica, realizándose una gastrectomía tubular y lavado abundante. El postoperatorio transcurrió sin incidencias destacables con correcta tolerancia a dieta oral. Se comprobó posteriormente en prueba de imagen de control la ausencia de extravasación de contraste por la reparación gástrica.

Discusión: Las lesiones intrabdominales tras un traumatismo cerrado son responsables de una elevada tasa de mortalidad, sobre todo si no son detectadas a tiempo, ya que en una proporción no despreciable de casos son subsidiarias de tratamiento quirúrgico inmediato. Las lesiones gástricas en este tipo de traumatismo son de baja prevalencia, aunque más frecuentes en la edad pediátrica que en la adulta y además suelen asociar otras lesiones abdominales por traumatismo directo, por estallido o por acción de aceleración y desaceleración, lo cual nos obliga a realizar una exploración completa de la cavidad para evitar lesiones inadvertidas que puedan ser potencialmente mortales.