



0 - Traumatismo de víscera hueca

L. Llana Álvarez, E. de Miguel Campos, J.C. Garrido Bermejo, M. Urizar Gorosarri, C. Fernández Álvarez y M. Javier Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Establecer la precisión del TCMD en el diagnóstico de perforación. Revisar los signos más sensibles y específicos de cara a su significación en el informe. Proponer signos adicionales que no se mencionan habitualmente en la literatura.

Material y método: Se revisa el TCMD de 40 pacientes con traumatismo de víscera hueca y/o meso atendidos en nuestro centro desde 2007, demostrado en la cirugía y/o imagen. Edad media: 35 años. V/M: 3/1. Traumatismos abiertos/cerrados: 24/16.

Resultados: Perforación: 20 p. Neumoperitoneo: 55%. Disrupción parietal: 20%. Ausencia de realce parietal: 10. Sangrado activo mural: 20%. Engrosamiento mural: 45%. Focal. Contenido hiperdenso (hemático): 10%. Hemoperitoneo: 100%. Alteración en el meso localizadora: 100%. Trauma no perforante: 20 p. Revisamos los signos presentes también en el trauma perforante. Lesión en pared intestinal: 6 p. Engrosamiento mural: 83%. Segmento largo 80%. Alteración en el meso adyacente: 100%. Lesión de meso aislada: 14 p. Aumento de la densidad de la grasa: 78%. Hematoma en meso: 70%. Hemoperitoneo: 100%.

Conclusiones: Revisando los estudios podían encontrarse signos sugerentes o definitivos de perforación en 90% pacientes. La ausencia de hemoperitoneo excluye perforación. El neumoperitoneo, disrupción, y ausencia de realce murales justifican una laparotomía (VPP 91,7%, el primero, y 100% los últimos). Un engrosamiento parietal focal con alteración del meso adyacente sin otros signos adicionales (VPP 57,1%), probablemente justifica una laparotomía. Las alteraciones en meso adyacente, inespecíficas, ayudan a localizar el asa lesionada y buscar signos adicionales que aumenten esta especificidad. En nuestra serie todos los sangrados activos murales estaban asociados a perforación.