

SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGIA

XVI Reunión Extraordinaria

Xàtiva, 15 de Junio de 2007

- Manejo del paciente Politraumatizado
- Estado Actual del tratamiento quirúrgico de la Carcinomatosis Peritoneal
- El Metge Xativi Lluís Alcanyis i el seu temps



Organiza: Servicio de Cirugía Hospital Lluís Alcanyis

Sede:
Casa de la Cultura
Xàtiva

Traumatismo de víscera hueca

Dr.García del Caño

Xàtiva, 15 de Junio de 2007



Traumatismo de víscera hueca

Traumatismo abdominal cerrado: **15%**



1/3: diagnóstico tardío

Traumatismo abdominal abierto

- arma blanca: **50%**
- arma de fuego: **90%**





H. LLUIS ALCANYIS
XÀTIVA (VALENCIA)

Traumatismo de víscera hueca

Problema

Diagnóstico

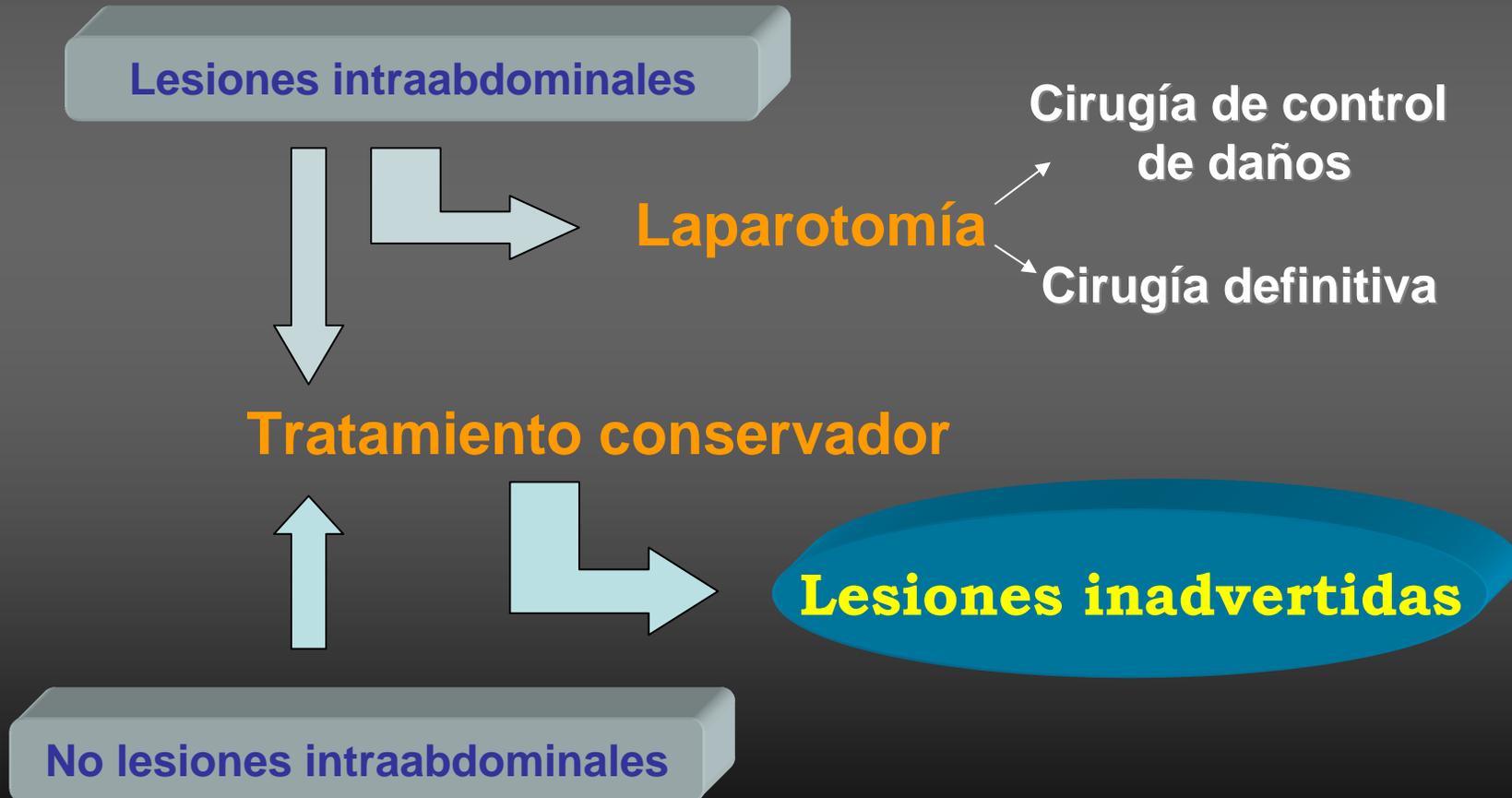
Revisión secundaria (ATLS)





Traumatismo de víscera hueca

Politraumatizado con trauma abdominal cerrado





Traumatismo de víscera hueca

Lesiones inadvertidas

Lesiones no identificadas durante las revisiones primaria y secundaria (ATLS)

La lesión de víscera hueca puede suponer hasta un 20% de las lesiones inadvertidas

El objetivo del cirujano ha de ser reducir la incidencia de lesiones inadvertidas





Traumatismo de víscera hueca

Para disminuir la incidencia de lesiones de víscera hueca como lesiones inadvertidas:

1º Sospechar lesión de víscera hueca cuando:

- compresión directa de la pared abdominal
- lesión por cinturón de seguridad
- fractura de pelvis y de columna lumbar (fractura de Chance)
- herida penetrante
- HDB o HDA tras trauma abdominal

2º Revisión secundaria (ATLS)

3º Revisión terciaria

“Anderson BL et al. The tertiary trauma survey: a prospective study of missed injury. J Trauma 1990;30:666-9”

4º Adecuada comunicación radiólogo-cirujano





Traumatismo de víscera hueca

Revisión terciaria

- Reexamen completo de cabeza a pies
- Práctica de pruebas complementarias oportunas
- Reexamen de todas las pruebas diagnósticas practicadas durante la revisión primaria y secundaria





Traumatismo de víscera hueca

Diagnóstico

Exploración clínica

**Pruebas
complementarias**

Rx simple de abdomen
Eco FAST
PLP
TAC





Traumatismo de víscera hueca

Punción lavado peritoneal

Paciente hemodinámicamente anormal con:

- alteraciones en la conciencia
- cambios en la sensibilidad o lesión de médula espinal
- lesiones a estructuras vecinas: costillas bajas, pelvis, columna lumbar
- examen físico dudoso
- anticipación de una pérdida prolongada del contacto clínico con el paciente
- signo del cinturón de seguridad

Paciente hemodinámicamente normal con las mismas situaciones y no se dispone de ECO o TAC





Traumatismo de víscera hueca

ECO-FAST

Principal utilidad: detectar líquido libre durante la revisión primaria

No es útil para el diagnóstico de lesión de víscera hueca

Ventaja: si es negativa y el paciente está estable nos “ahorrará” la realización de otras pruebas diagnósticas





Traumatismo de víscera hueca

Rx simple de abdomen

Importancia limitada

Signo de la doble pared

Resalte del ligamento falciforme delimitado por aire

Aire en región subhepática





Traumatismo de víscera hueca

TAC abdominal

Sólo en pacientes **hemodinámicamente normales** con sospecha de lesión abdominal

En ausencia de lesión hepática o esplénica, la presencia de líquido libre intraperitoneal sugiere lesión gastrointestinal o mesentérica

Otros signos: edema mesentérico, extravasación del contraste, gas libre, coágulo centinela





Traumatismo del estómago

Poco frecuentes (0,5-2% en t.cerrado y 3,5-14% en t.abierto)

Neumoperitoneo en 16-66% de los casos

Exploración cuidadosa. En caso de duda insuflar con suero salino

Tratamiento: **refrescar los bordes y sutura primaria**





Traumatismo del intestino delgado

Víscera que se lesiona con más frecuencia en los t.penetrantes (30-80%). En los t.cerrados baja el porcentaje (5-14%)

Revisión minuciosa de todo el i. delgado

Perforaciones: refrescar los bordes y sutura transversa para evitar estenosis. Resección segmentaria y anastomosis si hay varias perforaciones próximas o si la perforación es grande

Contusiones: ante la duda de viabilidad del segmento afecto, resección y anastomosis

Hematoma mesentérico: primero controlar el sangrado (evitar puntos en masa) y posteriormente valorar la viabilidad del intestino





Traumatismo del colon

Particularidades: mayor contaminación, vascularización con menos arcadas que el delgado y mayor incidencia de lesiones asociadas

En caso de sospecha de lesión, se debe asegurar la correcta movilidad del colon

Reparación primaria en lesiones asociadas y sin contaminación

Sutura y exteriorización en lesiones con contaminación

Operación de Hartmann en lesiones con contaminación

Resección y anastomosis en lesiones con contaminación

Contraindicaciones de la sutura primaria

- Hipotensión persistente
- Intervalo libre mayor de 6 horas
- Gran contaminación fecal
- Desvitalización de un segmento amplio del colon
- Lesiones asociadas importantes
- Intervención de más de 4 horas de duración
- Transfusión de más del 40% del V sanguíneo
- Lesión de más del 25% de la circunferencia
- Hematoma retroperitoneal

