

SOSPECHA DE LESION INTESTINAL EN TRAUMA ABDOMINAL CERRADO

Lagos C, Troncoso B, Recabal X

Hospital Roberto del Río

Introducción. Menos del 1% de los traumatismos abdominales cerrados pediátricos corresponden a lesiones del tracto gastrointestinal(TGI). El diagnóstico puede ser difícil y/o tardío por lo que requiere alto índice de sospecha. Historia, examen físico y scanner (TC) orientan al diagnóstico.

Material y Método: Descripción de 4 casos ingresados al Hospital Padre Hurtado y Félix Bulnes de Santiago entre enero y mayo 2012.

Caso1: niña, 9 años, accidente automovilístico, equimosis hemiabdomen inferior, dolor, resistencia muscular (RM), distensión progresiva (DP), fiebre, taquicardia mantenida(TM). TC: lesión páncreas, líquido libre, hematoma duodenal. Cirugía (12hr): perforaciones intestinales, peritonitis, resección y anastomosis.Caso2: niña, 10 años, accidente automovilístico, equimosis hemiabdomen inferior, dolor, RM, fiebre, TM. TC: líquido libre, neumoperitoneo. Cirugía (24 hrs): perforaciones intestinales, peritonitis, hematoma mesentérico. Resección intestinal, anastomosis. Caso 3: niño, 9 años, trauma contuso, equimosis flanco izquierdo, dolor, RM; DP. TC: neumoperitoneo, líquido libre. Cirugía (12hr): perforación yeyunal, sutura. Caso 4: niño, 12 años, caída en bicicleta, equimosis paraumbilical derecha, dolor, RM, DP, febril. TC: neumoperitoneo, líquido libre. Cirugía (14hr): perforación intestinal, peritonitis. Resección intestinal, ileostomía.

Discusión: El trauma abdominal corresponde al 10% de las hospitalizaciones por trauma y se asocia a politraumatismo en un 30%. El 90% son cerrados y las lesiones del TGI son raras. El intestino delgado el más afectado. Mortalidad alcanza un 20%. La etiología se corresponde con nuestros casos. El manejo es conservador y la exploración quirúrgica está indicada en pacientes inestables y sospecha de perforación de víscera hueca. En nuestros 4 casos se presentaron con equimosis de pared, irritación peritoneal, signos de shock (que pueden orientar a diagnóstico tardío, pero no empeora el pronóstico). El TC mostró líquido libre y neumoperitoneo como lo descrito en la literatura. La resección, anastomosis y/u ostomías son el tratamiento de elección.