



## P-065 - TRAUMATISMO ABDOMINAL POR ARMA DE FUEGO CON LESIÓN HEPÁTICA Y CÓLICA

J.M. García Gil, A.I. Ariza Ibarra, A.M. Fernández Pérez, J. Drewniak, H. Archilla Fernández, M. Moral González, A. García Álvarez, D. García Teruel, R. Cuberes Montserrat y G. García-Blanch de Benito

Hospital Universitario Móstoles.

### Resumen

**Introducción:** Los traumatismos penetrantes toracoabdominales por arma de fuego son infrecuentes en el ámbito de nuestro centro. Constituyen una situación de emergencia a la que cualquier cirujano puede tener que enfrentarse, empleando todos sus conocimientos y habilidades. **Objetivo:** presentamos un caso de herida abdominal múltiple por arma de fuego con lesiones viscerales asociadas, describiendo el manejo quirúrgico llevado a cabo.

**Caso clínico:** Varón de 39 años con laparotomía exploradora previa por tráfico como único antecedente que es traído por el SUMMA, consciente y estable hemodinámicamente, tras haber recibido varios impactos por arma de fuego. Presenta orificios de proyectil de entrada en epigastrio e HCD, y de salida en tórax derecho posteroinferior y región lumbar derecha inferior. La estabilidad inicial permite realizar TAC toracoabdominal, informado como: rotura hepática con sangrado activo afectando a segmento IV y adyacentes. No se descarta afectación de cava intrahepática. Líquido libre perihepático y periesplénico. Neumoperitoneo. Colon derecho desflechado que sugiere perforación del mismo con sangrado. Derrame pleural derecho. Fractura de 11ª costilla derecha. Enfisema subcutáneo en hemiabdomen y hemitórax derecho. Se realiza drenaje endotorácico de hemotórax derecho, laparotomía y cirugía de control de daños: se evidencia hemoperitoneo masivo, laceración hepática grado IV con afectación predominante de segmento IV, perforaciones múltiples de colon derecho y transverso proximal con lesión de vasos ileocólicos y hematomas de raíz de mesenterio y retroperitoneal derechos. Se realiza maniobra de Pringle, hemostasia de hilio hepático y de parénquima de segmento IV (directa y con hemostáticos) y packing perihepático. Hemicolectomía derecha, dejando cabos de íleon y transverso cerrados. Cierre monoplaneo. Pasa a UCI para estabilización y se reinterviene a las 24 horas por elevación de la PIA y sospecha de síndrome compartimental abdominal, realizándose apertura de laparotomía en su tercio medio y distal y colocación de dispositivo VAC. Segundo tiempo quirúrgico, a las 48 horas, realizándose reevaluación de daños y tratamiento definitivo: retirada de packing, comprobándose la ausencia de sangrado hepático activo. Vesícula biliar necrótica. Asas intestinales y colon con vitalidad conservada. Retroperitoneo y parietocólico derechos sin hallazgos. Se refuerza la hemostasia de la superficie del segmento IV e hilio con hemostáticos. Colectomía con colangiografía transcística sin evidencia de fístulas de vía biliar intrahepática. Anastomosis ileocólica. Cierre de extremos de laparotomía y malla de PTFE central. A los 5 días se procedió al cierre definitivo del laparostoma. El paciente permanece 30 días en UCI donde evoluciona favorablemente del fracaso multiorgánico. En

TAC de control se observa colección adyacente a lecho hepático que se drena percutáneamente; débito biliopurulento escaso que cede con medidas conservadoras.

**Discusión:** Los traumatismos penetrantes abdominales por arma de fuego pueden, como en nuestro caso, asociarse a lesiones viscerales múltiples graves. La situación de riesgo vital que comportan obliga en muchos casos a la planificación por parte del cirujano de una estrategia inicial de control de daños que posibilite la estabilización del paciente en primer término, para completar posteriormente el tratamiento en intervenciones sucesivas.