



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-728 - LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO: ¿ANTIGUO O VINTAGE?

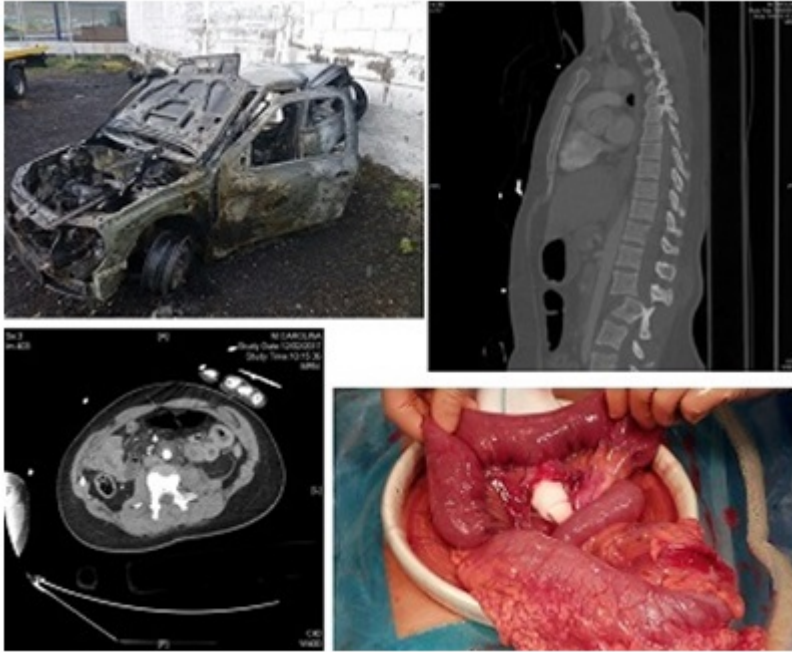
Hernández Oaknin, Hanna; Rosat Rodrigo, Adriá; Díaz López, Carmen; Hernández Barroso, Moisés; Díaz Mejías, José Gregorio; Gamba Michel, Luisa; Hernández Hernández, Guillermo; Barrera Gómez, Manuel Ángel

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

Resumen

Introducción: El gold standard de manejo diagnóstico del trauma abdominal cerrado en paciente estable es sin duda el TAC. Sin embargo, la fiabilidad diagnóstica del TAC para lesiones de víscera hueca y retroperitoneales es baja en las primeras horas tras el trauma. Paralelamente el retraso diagnóstico de las mismas es una importante causa de morbilidad-mortalidad potencialmente evitable. En esos casos el LPD puede ser de gran ayuda. El objetivo de esta comunicación es ilustrar con un caso clínico la relevancia del mecanismo de lesión, el alto índice de sospecha y una prueba en desuso como el LPD para el diagnóstico precoz de estas lesiones.

Caso clínico: Mujer de 31 años de edad, copiloto en accidente de tráfico de alta energía, atrapada en el coche. Presenta marca del cinturón en tórax y abdomen. A la exploración abdominal, intenso dolor en región dorso lumbar, molestia en ambos flancos sin defensa ni peritonismo; tumefacción paravertebral lumbar. Consciente, orientada y hemodinámicamente estable. Tras la revisión primaria se realiza TAC total body que evidencia: fractura de humero izquierdo, fractura luxación inestable de L1 sobre L2 con ocupación del canal medular. Hematoma retroperitoneal secundario y mínimo hemoperitoneo pélvico. Mínimo engrosamiento de asa yeyunal sin neumoperitoneo ni líquido libre intrabdominal. Ingresa en UVI para control evolutivo hasta cirugía ortopédica diferida de columna por unidad especializada. Ante: mecanismo de lesión, marca del cinturón, dolor intenso en otra localización que limita la exploración abdominal y riesgo de lesión medular secundaria a traslado repetidos (TAC de control a las 12 horas y/o laparoscopia diagnóstica) se decide LPD en la unidad de cuidados intensivos. El LPD resulta positivo para amilasa tras dilución (1184 UI/L). Se decide laparotomía que evidencia lesión en asa de balde a nivel yeyunal con perforación de 5 mm en borde antimesentérico y mínima contaminación peritoneal. Se realiza maniobra de Kocher y apertura de transcavidad sin evidenciar signos directos ni indirectos de trauma pancreático. Se realiza sutura primaria, se deja drenaje de celda pancreática y cierre. Fijación ortopédica diferida por unidad de columna al 4º día tras la intervención. Amilasa positiva en drenaje derecho al 6º día con fistula pancreático de bajo débito sin evidenciar lesión ductal en colangiopancreatografía. Sin otras complicaciones postoperatorias, es alta al 21º y 18º día postoperatorios.



Discusión: Aunque el tac abdominal es sin duda el gold standard para el diagnóstico del trauma cerrado estable la LPD es de gran utilidad en el diagnóstico precoz de la lesión de víscera hueca. Así mismo el mantener un alto índice de sospecha ante mecanismo de lesión y marca de cinturón es determinante para el diagnóstico precoz de lesiones tan traicioneras y graves como son las lesiones de víscera sólida y retroperitoneales.