



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-659 - LAPAROSCOPIA EXPLORADORA EN HERIDA POR ARMA BLANCA PENETRANTE EN CAVIDAD. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Gómez Pérez, Rocío; del Fresno Asensio, Antonio; Martos Rojas, Noemí; Mansilla Díaz, Sebastián; Ávila García, Natalia; Pico Sánchez, Leila; Fernández García, Francisco Javier; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: Desde hace años la laparoscopia diagnóstica y a veces terapéutica ha sustituido a la laparotomía exploradora que en múltiples casos resultaban ser laparotomías en blanco. La laparoscopia es segura, presenta menor morbilidad y acorta la estancia hospitalaria. Está indicada en pacientes estables hemodinámicamente, con dudas sobre si la herida es penetrante, sin lesiones ya objetivadas con técnicas de imagen que sean susceptibles tener que ser reparadas a cielo abierto por su complejidad, siempre que se dispongan de los medios adecuados y el cirujano tengas las habilidades suficientes para una revisión exhaustiva y meticulosa de la cavidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 43 años sin antecedentes de interés que es traído a urgencias por herida por arma blanca autoinflingida en hipocondrio derecho. A su llegada se encuentra consciente y orientado con fetor enólico, TA 120/80 mmHg, FC 96 lpm, SatO₂ al 98% con gafas nasales a 3 l. A la exploración tiene una auscultación cardiopulmonar normal y presenta herida en HCD de 1,5 cm con gran hematoma de pared y sangrado activo abundante. Abdomen blando y depresible, doloroso y con defensa en hemiabdomen derecho. Dado la estabilidad del paciente y siguiendo los protocolos ATLS se realiza TAC con contraste para determinar si la lesión es penetrante en cavidad y si hay lesiones de vísceras intrabdominales. Los hallazgos son: hematoma de pared de 20 cm que desplaza peritoneo parietal hacia cavidad con hemoperitoneo moderado perihepático, en gotiera parietocólica derecha y Douglas, dudosa burbuja de neumoperitoneo adyacente al ángulo hepático del colon, sin objetivarse lesión hepática. Se decide realizar laparoscopia exploradora y revisión de la herida en quirófano. Se llevó a cabo una laparoscopia con creación de neumoperitoneo con aguja de Veress en HCI, puerto umbilical de 11 mm para óptica de 30° y dos trócares de 5 mm para manipulación, aspiración y lavado. Hallazgos: herida penetrante con disrupción del peritoneo parietal de 2 cm, hematoma de pared sin sangrado activo y el hemoperitoneo descrito en el TAC que se lava y aspira (300 cc). No se objetivan contusiones ni laceraciones hepáticas. Se comprueba estanqueidad del colon sumergiéndolo en SF, descartando fugas de aire ni contenido intestinal a dicho nivel. Revisión minuciosa por cuadrantes y del paquete intestinal con dos pinzas, avanzando en tramos de 5 cm, con tracción cuidadosa para evitar iatrogenias. Se evacuó el hematoma de la pared, revisión de hemostasia, cierre por planos y colocación de drenaje intrabdominal y otro aspirativo en el lecho del hematoma de pared. El paciente evolucionó favorablemente, tolerando dieta al día siguiente, sin anemización siendo dado

de alta al tercer día postoperatorio.

Discusión: La laparoscopia exploradora e incluso terapéutica es factible, segura y reduce la morbilidad y el número de laparotomías no terapéuticas en pacientes estables hemodinámicamente con heridas por arma blanca penetrantes en cavidad abdominal.