



P-719 - TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE POR ARMA DE FUEGO EN PACIENTE ESTABLE CON MANEJO LAPAROSCÓPICO

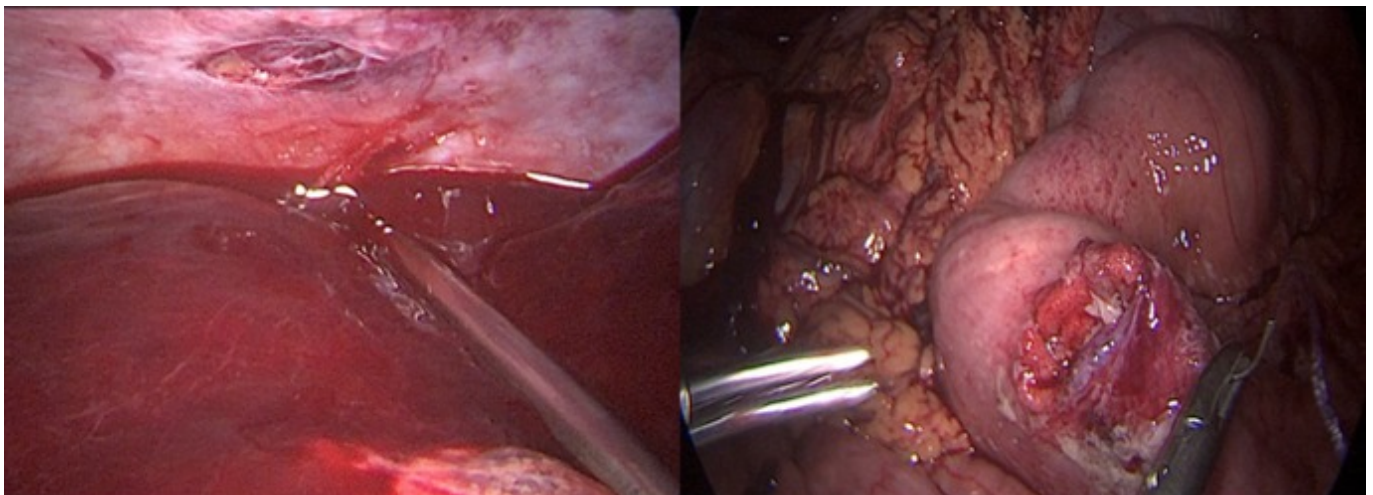
Annese Pérez, Sergio¹; Ottolino Lavarte, Pablo²; Betoret Benavente, Lidia¹; Ramos Soler, Francisco¹; Martínez Moreno, Jose Luis¹; Lucas Zamorano, Isabel¹; Piñera Morcillo, Clara¹; Aguayo Albasini, Jose Luis¹

¹Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia; ²Hospital Sotero del Rio, Santiago.

Resumen

Introducción: El trauma es un problema de salud pública y es la principal causa de muerte durante la primera mitad de la vida y la quinta causa de muerte en todas las edades. El trauma abdominal se clasifica en contuso/cerrado o abierto/penetrante. En nuestro medio contamos más frecuentemente con trauma abdominal cerrado. Presentamos un caso de un varón con trauma abdominal penetrante (TAP), por arma de fuego y estabilidad hemodinámica permitiendo un abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Varón de 25 años sin antecedentes médico quirúrgicos, traído a urgencias en ambulancia por presentar herida por arma de fuego con orificio de entrada en región lumbar izquierda sin orificio de salida. Refiriendo dolor abdominal. TA: 110/70 mmHg, Fc: 75 lpm, Fr: 20 rpm, SatO₂: 95%. A la exploración presenta dolor abdominal difuso sin peritonismo. FAST +. Por su estabilidad hemodinámica se solicita TAC abdomino-pélvico donde se evidencia fx de pala iliaca izquierda, bala en pared anterior abdominal, liquido libre, sin poder confirmar perforación de víscera hueca. Decidiendo exploración laparoscópica, evidenciado hemoperitoneo, laceración peritoneal, sangrado activo de epiplón y lesión de asa de yeyuno (fig.), logrando una revisión completa de la cavidad y resolución quirúrgica de las lesiones. El paciente presenta buena evolución clínica posterior, siendo dado de alta al 4^o día.



Discusión: Se habla de TAP cuando: un cuerpo extraño perfora la piel y entra en el peritoneo o

retroperitoneo, siendo los órganos lesionados más frecuentes por arma blanca, hígado (40%), intestino delgado (30%), diafragma (20%) y colon (15%), y por arma de fuego, intestino delgado (50%), colon (40%), hígado (30%), y estructuras vasculares abdominales (25%). Recordando que la tomografía es poco sensible para algunas estructuras anatómicas intraabdominales, no pudiendo visualizar lesiones ocultas en: peritoneo, diafragma, mesenterio, páncreas, intestino delgado. Teniendo así un papel fundamental en la actualidad en trauma, la laparoscópica diagnóstica. El uso de la cirugía laparoscópica en trauma abdominal de urgencias ha tenido una lenta aceptación, pero gracias a sus ventajas (ya conocidas), y a su uso cada vez más frecuente ha llegado a estar en los algoritmos de manejo del trauma en urgencia. Tiene una sensibilidad del 80-100% y una especificidad del 73-100% para la identificación de lesiones intraabdominales, poseyendo la ventaja de ser terapéutico. Este enfoque tiene asociado una morbilidad del 1,3%, evitando las laparotomías en blanco, innecesarias hasta en un 63% de los pacientes, reduciendo la mortalidad (5%), y la morbilidad (20%) de las laparotomías. La única contraindicación absoluta es la inestabilidad hemodinámica. Recordando que la laparoscopia en trauma conlleva dos riesgos principales: lesiones desapercibidas (3-5%) y complicaciones relacionadas con la laparoscopia. Sin embargo, la laparotomía exploradora sigue siendo el pilar universal del tratamiento en pacientes con herida penetrante que presenten inestabilidad hemodinámica, evisceración, cuerpo extraño *in situ* o peritonitis. El trauma abdominal penetrante sigue representando un desafío. El diagnóstico concomitante de eFAST y tomografía computarizada no logra descartar el 100% de las lesiones intraabdominales, por lo cual la laparoscópica diagnóstica cada vez más está cumpliendo un papel fundamental en la cirugía de trauma en pacientes estables.