



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-556 - DIFERENTES ESTRATEGIAS DE MANEJO DEL TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE POR ARMA BLANCA

*Sánchez Segura, José; Neuhaus Nevado, Mariana; Romacho López, Laura; Cabrera Serna, Isaac; Pérez Rodríguez, Rosa; Santoyo Santoyo, Julio*

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

### Resumen

**Introducción:** La estrategia de manejo de los traumatismos penetrantes por arma blanca varía en función del caso. Presentamos cuatro pacientes en los que se abordó con éxito de formas muy distintas.

**Casos clínicos:** Caso 1. Varón de 23 años traído a Urgencias inconsciente con inestabilidad hemodinámica. Presenta herida penetrante por arma blanca en hipocondrio izquierdo (HI), con salida de epiplón. En FAST se observa líquido en HI y pelvis. Se realiza laparotomía urgente, con hemostasia de laceración esplénica y de arteria frénica sangrante. Revisión de todo el contenido abdomen y el diafragma sin otras lesiones. Alta al 8º día posoperatorio sin incidencias. Caso 2. Varón de 19 años con trauma penetrante por arma blanca en 2º espacio intercostal (EI) derecho y 8º EI izquierdo en línea axilar posterior. Se encuentra respiratoria y hemodinámicamente estable, con abdomen doloroso en HI. En TC se evidencia pequeño neumotórax izquierdo y un defecto diafragmático izquierdo de 2 cm. No se observa lesiones abdominales. Se decide observación durante 48 horas para descartar complicaciones abdominales. Posteriormente, se realiza revisión y reparación diafragmática mediante videotoracoscopia. Alta al 2º día posoperatorio sin incidencias. Caso 3. Varón de 27 años, hemodinámicamente estable, con herida penetrante por arma blanca en cara anterior de 4º EI derecho y otra en 7º EI derecho, en línea axilar anterior. Se realiza TC con hemoneumotórax derecho y defecto diafragmático ipsilateral. Laceración en segmento VII hepático sin sangrado activo en fase arterial. Se coloca drenaje torácico con salida de 750 cc de sangre. Se decide observación durante 24h para descartar hemorragia u otras complicaciones abdominales y posterior toracotomía exploradora. En la intervención, se evidencia laceración pulmonar que se repara mediante neumorrafia. Revisión de laceración hepática a través del defecto, sin signos de hemorragia, y reparación diafragmática. Retirada del drenaje en 2º día posoperatorio y alta al 5º día sin incidencias. Caso 4. Varón de 52 años que ingresa por intento autolítico en contexto de descompensación de trastorno esquizoafectivo. Presenta 12 heridas de arma blanca en abdomen, la mayoría parecen superficiales salvo una periumbilical que penetra en cavidad. Dada la estabilidad hemodinámica del paciente se realiza TC, que muestra sangre en pelvis y periesplénico. Se decide laparoscopia exploradora urgente, empleando la herida periumbilical como punto de acceso. Se revisan heridas, 7 de las cuales atraviesan peritoneo. Gran hematoma a nivel del uraco y sangrado de pared abdominal que condiciona hemoperitoneo pélvico, sin lesiones viscerales. Se realiza hemostasia, con posoperatorio sin incidencias e ingreso en Psiquiatría.

**Discusión:** El manejo de los traumatismos penetrantes por arma blanca está condicionado por la ubicación de las lesiones y las condiciones sistémicas del paciente. Existen algoritmos como el de la Western Trauma Association que permiten una rápida toma de decisiones en función de los hallazgos clínicos y radiológicos. En las heridas toraco-abdominales o con hemo/neumotórax asociado hay que sospechar la presencia de lesión diafragmática, especialmente en el lado izquierdo. Cuando no haya criterios de cirugía urgente (inestabilidad, peritonitis, etc.), la reparación del diafragma puede diferirse para descartar lesiones viscerales.