



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-565 - ESTALLIDO GÁSTRICO SECUNDARIO A TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

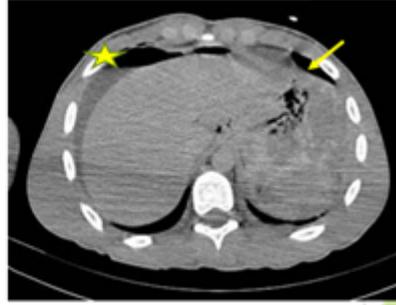
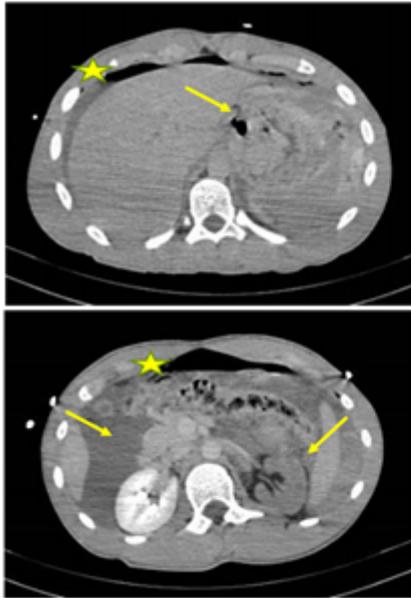
Gómez Pérez, Rocio; Corrales Valero, Elena; Zamboschi, Nicolás; Lobato Bancalero, Luis Alonso; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: Las perforaciones gástricas en el traumatismo abdominal cerrado son poco frecuentes. La lesión de víscera hueca se encuentra entre el 4-15%, solo 0,02- 1,7% son gástricas. La mayoría de las lesiones se producen en cara anterior gástrica (40%), curvatura mayor (23%) y menor (15%). Habitualmente se asocian a lesiones de otros órganos. La causa más frecuente en la el accidente de tráfico (75%), seguido de la precipitación de grandes alturas o resucitaciones vigorosas. Los mecanismos de lesión clásicos: compresión extrínseca que produce un aumento de la presión intragástrica mayor aún con estómago lleno (mecanismo de bolsa de papel); movimientos de desaceleración (lesión en las zonas de fijación); compresión de la pared abdominal anterior contra la columna vertebral o la caja torácica.

Caso clínico: Accidente de moto en varón de 15 años que impacta contra un árbol golpeándose el flanco izquierdo. Es atendido por médico que se encontraba en la zona, activándose el Código Trauma desde su atención extrahospitalaria. Refería mínima pérdida de conciencia e intenso dolor en flanco izquierdo. A su llegada siguiendo el protocolo ATLS, tras determinar estabilidad respiratoria y hemodinámica, se solicita BodyTC: extravasación de contraste en el interior del cuerpo gástrico, hemoneumoperitoneo, llamando la atención las burbujas adyacentes al fundus, contusiones y sangrado esplénico, contusión en cuerpo y cola pancreática e infarto renal izquierdo agudo. Se realizó laparotomía urgente. Peritonitis química con abundante contenido alimenticio en cavidad, hemoperitoneo, estallido gástrico (dos perforaciones lineales de 5 cm en curvatura menor y > 10 cm en cara anterior desde el ángulo de His hasta el fundus (Grado IV de la ISS) que se reparó con doble capa de sutura continua, tras explorar y comprobar estanqueidad de la unión gastroesofágica así como revisar la cara posterior gástrica. La lesión esplénica grado II-III se controló con hemostáticos. En las primeras horas de ingreso en UCI muy inestable en *shock* hipovolémico, con buena respuesta a cristaloides y vasopresores, fiebre, coagulopatía moderada sin anemia, insuficiencia renal y leucopenia. Se realizó angioTAC evidenciando oclusión de arteria renal izquierda con isquemia renal (arteria polar superior izquierda permeable con ligera captación del parénquima), sin sangrado activo con manejo no operatorio por urología. Presentó SDRA (sobrecarga hídrica, contusión pulmonar) sin neumotórax o atelectasia. Con mejoría en los días siguientes. Buena tolerancia oral tras extubación. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y sin necesidad de tratamiento antihipertensivo.



Signos en TAC de lesión gástrica traumática:

- Disrupción, hematoma o gas en la pared gástrica
- Líquido libre
- Hemoperitoneo
- Gas extraluminal
- Sonda nasogástrica libre en cavidad
- Hematoma en mesenterio.

Discusión: A pesar de que el traumatismo abdominal cerrado tiene una alta incidencia en el politrauma las lesiones gástricas son infrecuentes. Su morbimortalidad tiene un rango muy amplio y depende de las lesiones asociadas (bazo, páncreas, intestino delgado), de la contaminación peritoneal en función de si el estómago se encuentra vacío o lleno. En nuestro caso el estómago se encontraba lleno en el momento del impacto favoreciendo así el desgarro de sus paredes tanto por la contusión directa como por el mecanismo de aceleración-desaceleración del volumen del contenido intragástrico. Una demora en el diagnóstico y tratamiento mayor 24h implica una mortalidad del 30%.