

Traumatismos abdominales

EPIDEMIOLOGÍA

Constituye uno de los traumatismos más frecuentes que precisan ingreso hospitalario.

Debe ser considerado un cuadro grave, o potencialmente grave. Las principales **causas de muerte** en los pacientes con traumatismo abdominal son:

- Por lesión de algún vaso principal o de órganos macizos.
- Por sepsis debida a la perforación o rotura de asas intestinales o estomago

Un tercio de ellos presenta un examen físico inicial anodino por lo que hay que tener en cuenta que puede tener un comportamiento impredecible y desestabilizarse en cualquier momento. Es importante conocer el mecanismo lesional.

ETIOLOGÍA

Accidentes de tráfico, caídas, agresiones, heridas por arma blanca o por arma de fuego...

TIPOS DE TRAUMATISMOS

Traumatismo abierto penetrante o no penetrante: por arma de fuego, 90% con lesión visceral y por arma blanca, 30% con lesión visceral.

Traumatismo cerrado: son mucho mas frecuentes. Están causados por accidentes de trafico, domésticos, deportivos...La valoración y toma de decisiones es más compleja. La ausencia de signos abdominales no descarta lesión visceral.

CLINICA

1. Anemia aguda por la hemorragia, con hemoperitoneo: por rotura de víscera maciza o de vasos importantes.
2. Peritonitis: por perforación de vísceras huecas
3. Exteriorización del contenido abdominal

DIAGNÓSTICO

Nunca se debe menospreciar ningún traumatismo abdominal hasta que no se haya realizado una evaluación adecuada

ANAMNESIS: agente agresor, forma del accidente, longitud del arma y dirección de la agresión, estado de salud previa al accidente, ingesta reciente de comida y/alcohol...

EXPLORACIÓN FÍSICA

- *Inspección:* equimosis, erosiones, orificios de salida y de entrada, laceraciones, distensión abdominal...
- *Auscultación:* ausencia o presencia de peristaltismo. El íleo paralítico (ausencia de peristaltismo) es un dato indirecto de lesión, no necesariamente intraabdominal (fractura vertebral, hematoma retroperitoneal...)
- *Percusión:* detecta timpanismo (presencia de aire, por dilatación gástrica o desaparición de la matidez hepática por neumoperitoneo) o matidez (presencia de líquido libre)
- *Palpación:* buscar signos de hipersensibilidad y defensa abdominal. Es frecuente el dolor a la palpación del hemiabdomen superior por fracturas costales bajas.
- *Exploración pélvica:* exploración del anillo pelviano presionando la sínfisis del pubis y la cresta ilíaca (dolorosa si hay fractura pélvica)
- *Examen del periné y genitales:* se valoran lesiones externas y signos de lesión uretral (sangre en meato, hematoma escrotal o desplazamiento hacia arriba de la próstata). Laceración de la vagina por heridas penetrantes o por fragmentos óseos de una fractura pélvica.
- *Tacto rectal:* aporta información sobre tono del esfínter anal, posición de la próstata, existencia de lesión rectal y presencia de fracturas pélvicas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Nunca se debe trasladar a un paciente inestable a rayos

1. Laboratorio: bioquímica, hemograma, pruebas cruzadas, coagulación y análisis de orina
2. ECG y monitorización de constantes vitales
3. Radiografía de abdomen: neumoperitoneo
4. Radiografía simple de tórax: podemos ver fracturas costales, hemotórax, neumotórax o contenido abdominal en tórax (rotura del diafragma)
5. Radiografía de pelvis

6. Ecografía: en caso de urgencia como cribado de traumatismos cerrados. Líquido libre
7. TC: solo en pacientes estables con traumatismos cerrados
8. Lavado peritoneal: debe hacerse después de los estudios radiológicos ya que hay que inducir un neumoperitoneo. El inconveniente es la falta de especificidad sobre el tipo de lesión y que no detecta lesiones retro ni extraperitoneales.

Indicaciones:

- Sospecha de embolia de pulmón
- Shock o hipotensión inexplicables
- Alteraciones del sensorio (por TCE, drogas o medicamentos)
- Anestesia general para intervenciones intraabdominales
- Lesión medular

Contraindicaciones absolutas: indicación clara de laparotomía

Contraindicaciones relativas: laparotomía exploratoria previa, embarazo y obesidad

Se considera positivo:

- Aspiración de >10ml de sangre
- Líquido de lavado sanguinolento
- Recuento de hematíes >100000/ mm³ (dudoso entre 1000 y 100000)
- Recuento de leucocitos >500/mm³
- Amilasa >175 UI/dl
- Presencia de bilis, bacterias o contenido intestinal

9. Laparoscopia: con anestesia general para detectar lesiones diafragmáticas y para cuantificar la cantidad de sangre intraperitoneal.

10. Laparotomía de urgencia. Indicaciones:

- Herida penetrante por arma de fuego o por arma blanca
- Sangrado de estomago, recto o tracto genitourinario
- Shock que no se recupera o hematocrito bajo a pesar de transfusiones
- Datos de peritonitis
- Evisceración
- Rotura de diafragma
- Aire libre retroperitoneal o neumoperitoneo
- Lavado peritoneal positivo
- Ecografía con hemoperitoneo
- TC que muestra rotura del tracto intestinal, lesión de parénquima visceral, pedículo renal o vejiga intraabdominal.

TRATAMIENTO

ACTUACIÓN INICIAL

No mover al paciente

Monitorización del estado hemodinámico

Garantizar permeabilidad de la vía aérea, dar O₂ y estabilizar aparato circulatorio y SN

Taponamiento de las heridas para cohibir la hemorragia

Coger vía periférica gruesa y administrar líquidos intravenosos

Aspirar con sonda nasogástrica el contenido del estomago

Sonda vesical para detectar hematuria y medir la diuresis

Profilaxis antitetánica y antibiótica

TRAUMATISMOS ABIERTOS

- Valoración urgente por parte del cirujano ante:
 - Herida por arma blanca o de fuego o evisceración
 - Sospecha de sangrado activo ante paciente inestable
- Pruebas diagnósticas y valoración quirúrgica ante paciente estable inicialmente o tras la infusión de líquidos.

TRAUMATISMOS CERRADOS

- Paciente inestable o en shock: misma actuación que en paciente inestable con trauma abierto
- Paciente inestable inicialmente o tras la infusión de líquidos
 - Signos abdominales positivos: ecografía y pruebas radiológicas. Valoración quirúrgica según los hallazgos

Signos abdominales negativos: ecografía y pruebas radiológicas.