

ID: 198

ESTALLIDO DUODENAL POR TRAUMATISMO CON MANILLAR DE BICICLETA

Cortizo Vázquez J (Speaker) (1), Méndez Gallart R (1), Rodríguez Barca P (1), Perri L (1), García Palacios M (2), Lema Carril A (1), Estévez Martínez E (1), Bautista Casasnovas A (1).

(1) Cirugía Pediátrica, CHUS. (2) Cirugía Pediátrica, CHUS.

Presentación

En pacientes pediátricos, las lesiones abdominales suponen de un 6% a un 12% de los casos de un registro de traumatismo. Las lesiones de órganos sólidos (hígado 38%; bazo 26%) son las más frecuentes, seguidas de las del páncreas (10%) y el aparato genitourinario (3%), siendo las lesiones del tracto gastrointestinal inferiores al 1% (perforación localizada en yeyuno, fundamentalmente). La mortalidad puede alcanzar un 10% cuando se afectan vísceras sólidas, de hasta un 20% cuando hay perforación intestinal y se eleva al 50% en la lesión de los grandes vasos. La mortalidad puede deberse tanto a sangrados intrabdominales importantes como a complicaciones por fallo orgánico: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, síndrome de distress respiratorio agudo o infecciones, muchas veces nosocomiales.

Caso Clínico

Presentamos el caso de un paciente de 11 años de edad que acude al servicio de urgencias tras sufrir un traumatismo accidental mientras circulaba a baja velocidad en una bicicleta, golpeándose en hipocondrio derecho con el manillar. A la exploración física destaca buen estado general. Pálidez cutánea. Hemodinamicamente estable. Hematoma y tumefacción circular en hipocondrio derecho correspondiente a manillar. Abdomen doloroso a la palpación difusa, más intenso en hipocondrio derecho y epigastrio, y defensa abdominal. Pruebas complementarias: Rx abdomen bipedestación: Neumoperitoneo. TC abdominal: Neumoperitoneo sugestivo de perforación de víscera hueca. Alteraciones en cabeza pancreática y peripancreáticas en relación con contusión. Se realiza laparotomía media supra e infraumbilical encontrando abundante cantidad de líquido bilioso libre, varios hematomas en colon derecho sin afectación de asa y perforación amplia e irregular en cara medial de segunda porción duodenal, muy próxima a la ampolla de Vater, se repara la perforación con vicryl 3/0 dejando sonda nasoyeyunal y drenaje en cavidad abdominal. El paciente evoluciona de forma favorable, dado de alta a las 2 semanas, con buen aspecto de las heridas quirúrgicas y sin repercusión clínica a los 4 meses.

Conclusiones

El objetivo principal de la atención al paciente traumatizado es disminuir la morbimortalidad asociada a esta, y evitar en la medida de lo posible el número de lesiones no diagnosticadas. La perforación duodenal es una complicación del traumatismo abdominal grave y que no siempre se presenta de forma clara. Ante la sospecha de complicaciones dentro de un traumatismo abdominal, la realización de un TC es obligada. En caso de perforación de víscera hueca, la exploración quirúrgica urgente es la norma.