

CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES INTESTINALES EN TRAUMATISMO CERRADO DE ABDOMEN

CHARACTERISTICS OF INTESTINAL INJURY IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA

*Dr. Paredes O, Dr. Méndez E, Est Domínguez J.
Centro de Emergencias Médicas MSP Y BS.*

RESUMEN

En una revisión de archivo relacionado a lesiones intestinales por traumatismo cerrado de abdomen, durante un periodo de 4 años, desde enero del año 2007 a diciembre del 2010 y, que fueron tratados quirúrgicamente en el servicio de Emergencias Médicas de Asunción Paraguay MSP Y BS, se evidenció:

- a) Su relación importante a accidentes de vehículos automotores.
- b) La presencia de graves lesiones asociadas a su presentación.
- c) La mayor frecuencia observada en personas jóvenes y del sexo masculino.
- d) La alta frecuencia de lesiones del intestino delgado en relación a las de colon.

ABSTRACT

In a review of records related to intestinal injury blunt abdominal trauma over a period of 4 years from January 2007 to December 2010, and were surgically treated at the Emergency Medical Service in Asuncion Paraguay, it was shown:

- a) Its important relationship to motor vehicle accidents.
- b) The presence of severe injuries associated with their presentation.
- c) Most frequently observed in young male.
- d) The high frequency of small bowel injury in relation to colon

INTRODUCCIÓN

En el trauma abdominal cerrado las lesiones de vísceras macizas son las que más peligro inminente de muerte suponen, ya que el sangrado de ellas eventualmente a eso conduce, aunque lo mismo podría acontecer en laceraciones mesentéricas que también conllevan un sangrado variable en su magnitud y que podrían llevar al óbito.

Las heridas intestinales han aumentado en frecuencia⁽¹⁾, dos factores muy importantes serían: el aumento de la violencia urbana y las altas velocidades en las rutas, lo que ha cambiado la constelación del traumatismo abdominal⁽²⁻³⁾.

Luego del hígado y del bazo, el intestino delgado es el tercer órgano afectado frecuentemente y estos ocurren

en 5% al 15% de casos producidos por traumatismo cerrado⁽⁴⁾.

El colon y el recto que es su continuación, son considerados como los menos clementes de los órganos intra-abdominales⁽⁵⁾. Su significancia en el contexto del politraumatismo hace que la misma se sitúe como de mucha gravedad.

No obstante, el colon dañado por trauma cerrado es consecuencia, sino directa, muy relacionada a accidentes de vehículos automotores⁽⁶⁾.

Las lesiones del intestino delgado sufren de mejor reputación por cuanto por su mejor vascularización, menor densidad poblacional de bacterias y fácil manejo quirúrgico son de relativo mejor pronóstico para cuando tengan que ser reparados.

Para el intestino delgado como el grueso el trauma contuso en general tiene peor pronóstico que las heridas penetrantes y esto quizás, por la mayor rapidez en la exploración quirúrgica de estas últimas.

La fisiopatología de la ruptura del intestino delgado y grueso en el trauma cerrado fue muy debatida concluyéndose que existirían tres mecanismos.⁽⁷⁾

- a- Aplastamiento: donde una fuerza directa aplicada directamente contra el abdomen puede aplastar al intestino contra la columna.
- b- Desgarro: en casos de desaceleración brusca, el intestino sufre avulsión cerca de los puntos de fijación o cerca de bridas.
- c- Estallido: cuando el intestino lleno de líquido u otro contenido es bruscamente sometido a aumento de presión como en asa ciega, en estos casos se acompañarían de lesión mesentérica importante.

La cascada en el diagnóstico de lesiones intestinales en trauma cerrado suelen ser secundarios atendiendo a la hemodinamia inestable que envuelven a estos pacientes y que suscitan su exploración quirúrgica.

El recto, por estar localizado en la pelvis compacta hacen que su diagnóstico y tratamiento constituyan un

reto, siendo pues las fracturas del complejo pélvico, llamadas de atención para ir en busca de su evidencia, por considerarse su entorno de características propias se ha considerado separarlo para un estudio distinto, no siendo considerada su presentación para este trabajo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se hizo revisión del libro de cirugías del servicio de Emergencias Médicas en el periodo comprendido desde el 1º de enero del 2007 hasta el 31 de diciembre del año 2010 (4 años). Se separaron las intervenciones en las que hubo hallazgo de lesiones intestinales (intestino delgado o de colon), producidas por trauma cerrado. De estas se recogieron datos filiatorios, mecanismo exacto de trauma, lesiones asociadas, sus hallazgos y la evolución post quirúrgica.

Objetivos

- 1- Determinar los acontecimientos de su producción
- 2- Establecer el perfil de lesiones ante su diagnóstico
- 3- Determinar la mortalidad en los sucesos que estuvo presente su diagnóstico

RESULTADOS

Lesiones intestinales: Existieron un total de 58 lesiones intestinales y su distribución según el sexo se observa en el siguiente cuadro. *Ver cuadro 1.*

CUADRO 1. Distribución de lesiones intestinales (n=58)

Sexo	Número	Porcentaje
Masculino	50	86%
Femenino	8	14%
Total	58	100%

CUADRO 2. CAUSAS (n= 58)

Causas	Número de casos
Accidentes de tránsito	43
Caída de altura	4
Agresión por golpes	3
Caída de bicicleta	4
Impacto directo por objeto	1
Caída de caballo	1
Aplastamiento por tractor	1
Pisado por vaca	1
Total	58

Según edad: El de menor edad fue de 2 años y el mayor de 72 años. Siendo el promedio de 32,2 años.

Causas: su distribución según etiología se expresa en el *cuadro 2.*

Perfil de lesiones: las laceraciones en el mesenterio fueron las más descriptas y, como órgano mayormente involucrado, se encontró al hígado. Las lesiones en general son referidas en el cuadro siguiente aclarándose que la asociación de lesiones fue la constante. *Ver cuadro 3.*

Según el tratamiento: en 40 pacientes se realizó sutura intestinal o resección y en 18 casos por considerarse lesión solamente de la serosa no se realizó gesto quirúrgico. *Ver Gráfico 1.*

Según intestino lesionado: hubo lesión intestinal abierta en 32 casos y en 8 casos fue fundamentalmente mesentérica que por la devascularización segmentaria que produjo, obligó a resecaer el intestino con o sin anastomosis primaria. *Ver Gráfico 2.*

Según tipo de lesión: se encontró mayor cantidad de lesiones abiertas del intestino delgado en total 25 casos y lesiones abiertas de colon en 7 casos. Esta relación es casi de 4 a 1.

Según la mortalidad: se produjeron 17 óbitos en esta serie y su distribución de acuerdo a porcentaje se observan en la siguiente gráfica. *Ver grafico 3*

CUADRO 3. PERFIL DE DAÑOS (n= 58)

Órgano	Número
Laceración de mesenterio	26
Fracturas	22
Traumatismo de cráneo	14
Hígado	12
Hematoma de mesenterio	10
Contusión pulmonar	7
Bazo	5
Páncreas	4
Vesical	3
Renal	4
Diafragma	2
Duodeno	1

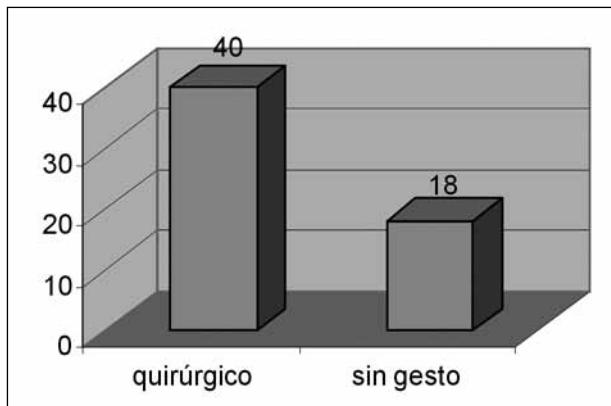


GRÁFICO 1. Tipo de tratamiento (N = 58)

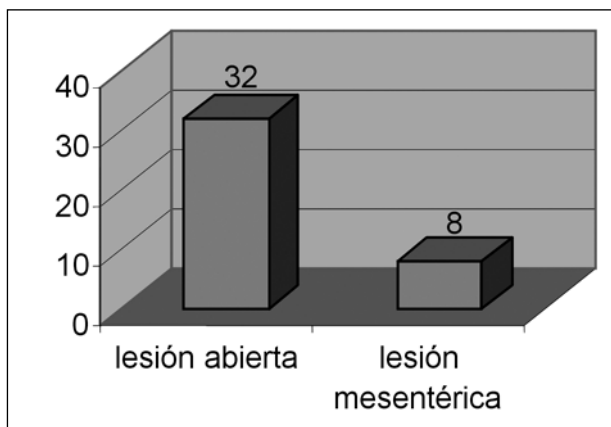


GRÁFICO 2. Característica de lesión (N= 40)

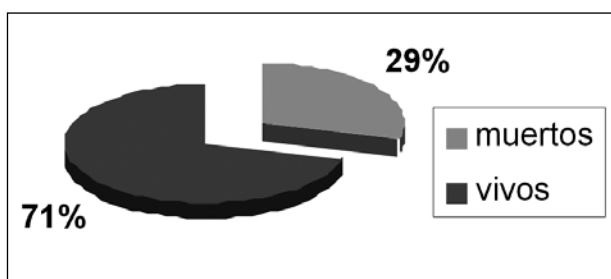


GRÁFICO 3. Mortalidad de operados (N= 58)

DISCUSIÓN

De los pacientes estudiados con trauma cerrado y lesiones intestinales, en su mayoría se presentaron secundarios a accidentes de vehículos automotores y, en personas jóvenes coincidiendo con otros autores, que hablan de que en los últimos tiempos se ha registrado un aumento notorio en este grupo etario y, por esta causa probablemente por el desarrollo de viajes a alta velocidad.

Sobre ello, afirman que el trauma de vísceras abdominales esta presente en el 15% de todos los accidentes fatales y contribuye en forma significativa a las muertes

tardías por sepsis. ^(1,2,7) sobre todo las relacionadas al intestino grueso.

Para las lesiones intestinales en general, la gran mayoría de los autores coinciden en denotar al trauma penetrante como su responsable mas frecuente y al trauma cerrado en la minoría de ellos, cuyo porcentaje oscila entre el 1 y 3% para el colon y del 5% al 15% para el intestino delgado ^(7,8).

Según los resultados obtenidos en el trabajo la proporción de lesiones del intestino delgado es de 4 al en relación al colon en este tipo de trauma.

En el presente estudio, no se estableció la presentación clínica de los pacientes, pero debemos atender a este respecto a autores como Jones y col. que encuentran que en el trauma cerrado de abdomen, el examen físico tiene poca exactitud, varía de 55% a 84%. ⁽⁹⁾ Aclarando que si no se hallare comprometido el sensorio los signos peritoneales pueden estar presentes, pero la sospecha clínica de lesión intestinal por trauma cerrado, pasa a segundo plano atendiendo a la inestabilidad hemodinámica en que suelen encontrarse los mismos.

De la serie estudiada se desprende que el contexto del paciente es de gravedad por cuanto las lesiones asociadas son la regla.

Para las lesiones asociadas y su relación a órgano abdominal se recuerda al hígado como su más frecuente acompañante ^(7,8). Nosotros encontramos esta asociación en el 20% de los casos.

Algunos pacientes presentaron lesiones cráneo-encefálicas, contusiones pulmonares, fracturas, etc. y no fueron establecidas en el perfil de lesiones asociadas, por ser recién diagnosticadas en el post-operatorio o no fueron descritas, en casos de óbitos.

No se pudo establecer la estancia hospitalaria porque muchos pacientes, quedan más tiempo de lo que significa su lesión intestinal por requerir cirugía máxilo-facial, injertos etc. El lavado peritoneal diagnostico (LPD) al igual que el estudio de FAST (focused abdominal sonography for trauma) tampoco están referidos por no considerarse fiables su transcripción a las fichas clínicas, aunque es una rutina en el servicio su implementación y su utilidad, aunque no estrictamente tabulada es considerada como de mucha importancia.

En cuanto a la mortalidad evidenciada en el trabajo y atendiendo la precocidad de su presentación; se entiende que las mismas, no se produjeron por sepsis o complicación del tratamiento del intestino lesionado y/o tratado, sino mas bien debido a trastornos hemodinámicos u otros ⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIONES

- La lesión contusa intestinal es mas frecuente en la actualidad debido al alto índice de accidentes de transito de gran velocidad.
- El sexo masculino y la edad joven constituyen dos factores de asociación común en estos eventos
- De los intestino el de mas probabilidad de lesio-

narse es el delgado

- La sospecha de lesión intestinal por trauma cerrado es secundario en el contexto del paciente politraumatizado, dada la inestabilidad hemodinámica en

la que por lo general se presentan estos pacientes

- Toda lesión intestinal por trauma cerrado, trae acompañado otras lesiones en los pacientes que, por lo general son graves.

REFERENCIAS

1. Stevens S, Maull KI, Small bowel injuries. Surg Clin of North Americ. 1990; 70:3 541-560.
2. Willian N, Ratliff DA, Gastrointestinal disruption and vertebral fracture associated with the use of seat belts. Annals of the Royal College of Surgeons of England. 1993; 75: 129-132
3. Hardacre JM, West KW, Rescorla FR, Vane DW, Grosfeld JL. Delayed Honest of intestinal obstruction in children alter unrecognized SEAT Belt injury. Journ of Ped Surg. 1990; 25:9 967-969.
4. Maull KI, Reath DB, Impact of early recognition on outcome in non penetrating rounds of the small bowel. South Med Jour. 1984; 77: 1075-1077.
5. Walt, A.J. Managament of injuries of the colon and rectum: Advances in Surgery. 1983 Year book.Medical Pub; 16: 227
6. Ross SE, Hoyt DB: Blunt colonic injury a multicenter review. Frama J 1992;33: 379-384.
7. Kimball I, Rodriguez F. Trauma de estomago e intestino delgado. En: Rodriguez A; Ferrada R. Trauma. Ed.Feriva. Colombia 1997; 335-342
8. Roberts L, Kim D, Hoyt D, Barret J, Ferrada R. Trauma de colon-recto y ano En: Rodriguez A; Ferrada R. Trauma. Ed.Feriva. Colombia 1997; 397- 410.
9. Tovar A, Toro Yepes L. Trauma abdominal En: Rodriguez A; Ferrada R. Trauma. Ed.Feriva. Colombia 1997; 307-324.
10. Machain G. Prevalencia de lesiones colónicas en el traumatismo abdominal. An Fac C Med. 2001; 1: 17-46.