

TRAUMATISMOS CERRADOS DE ABDOMEN

ANSELMO MOYA CHARCAPE
EMILIO FLORES MENDOZA
SALOMON ORDINOLA ROJAS

RESUMEN

En el servicio de emergencia del Hospital Regional "Cayetano Heredia" de Piura, durante el período 1976-1982, se ha registrado 91 y 205 atenciones, de las cuales 119 corresponden a Traumatismos Abdominales en general. De esta cifra (119) solamente el 24.3 o/o (29 casos) han sido operados. Del total de casos operados por T.A.C. (29), en los últimos tres años han sido operados el 58.5 o/o. El mayor número de casos atendidos por T.A.C. proceden de más de 30 Kms. de la Capital de Departamento con lo cual demuestra el grado de atracción que existe hacia nuestro centro hospitalario, a pesar de existir otros: Hospital de Sullana.

INTRODUCCION

Los Traumatismos Cerrados de Abdomen (T.A.C.), ocupan un porcentaje significativo dentro de los traumatismos en general, estos pueden ser: penetrantes y no penetrantes, ambos con lesiones de vísceras abdominales, sean éstas sólidas y/o huecas (4).

Traemos a ustedes la casuística de T.A.C., que fueron laparatomizados en el Hospital Regional "Cayetano Heredia" de Piura, en un período de 7 años: 1976-1982. Este hospital donde se realizó el trabajo presente, es relativamente nuevo en relación a los demás hospitales del país; recién abrió sus puertas a la comunidad en Octubre de 1974 y su implementación aún no es completa por falta de recursos humanos y materiales.

Nos interesa saber en qué medida un paciente que ha sufrido un Traumatismo Cerrado de Abdomen será recuperable para la sociedad y en qué medida se podrá con los recursos disponibles, dis-

minuir los costos que la estancia prolongada acarrearía.

Por este motivo nos hemos trazado los siguientes objetivos:

a) Determinar la frecuencia de Traumatismos Cerrados de Abdomen, operados en un período de 7 años.

b) Determinar el tipo de lesiones intraabdominales halladas en el acto operatorio.

c) Determinar el tipo de trauma abdominal en relación a la edad, sexo y mecanismo de producción.

d) Determinar la morbimortalidad.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo de "TRAUMATISMOS CERRADOS DE ABDOMEN", se ha basado en el estudio retrospectivo de los 29 casos que han sido laparatomizados en este hospital desde Enero de 1976 a Diciembre de 1982.

En nuestra casuística no han sido considerados aquellos pacientes que fallecieron antes de la intervención quirúrgica o solicitaron ser transferidos a otros hospitales de Lima (Personal de las Fuerzas Policiales, etc.).

La metodología empleada ha sido la recopilación de datos de las historias clínicas del servicio de estadística de este hospital.

Igualmente se ha correlacionado a los T.A.C. con: procedencia, sexo, grupos etáreos, etiología, manifestaciones clínicas, métodos de diagnóstico, tipo de órganos lesionados y morbimortalidad. Asimismo las complicaciones post-operatorias y la estancia hospitalaria.

RESULTADOS

Los Resultados están demostrados en los cuadros siguientes:

CUADRO Nº 1
TRAUMATISMOS CERRADOS DE ABDOMEN OPERADOS

Años	n	o/o
1976	07	24.14
1977	00	00.00
1978	02	6.89
1979	03	10.35
1980	07	24.14
1981	02	6.89
1982	08	27.59
TOTAL	29	100.00

CUADRO Nº 2
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON T.A.C.

Lugar de Procedencia	n	o/o
Piura y alrededores	11	37.4
Más de 30 Kms.	18	62.6
TOTAL	29	100.0

NOTA: En más de 30 Kms. consideramos: Sechura, Chulucanas, Paíta, Sullana, Morropón y Ayabaca.

CUADRO Nº 3
T.A.C. EN RELACION AL SEXO

SEXO	n	o/o
Masculino	24	82.7
Femenino	5	17.3
TOTAL	29	100.0

CUADRO Nº 4
CAUSAS DE LOS T.A.C. OPERADOS

Etiología	n	o/o
Accidente de tránsito y atropellos	13	44.8
Golpes directos en el abdomen	8	27.6
Caídas	8	27.6
TOTAL	29	100.0

NOTA: Golpes directos: Puntapié, coz de jumento, embestida por animales, golpe.
Caídas: Caídas de árbol, vehículos en marcha (moto, camión, etc.).

CUADRO Nº 5
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON T.A.C. A SU INGRESO

Manifestaciones Clínicas	n	o/o
Dolor Abdominal	22	75.8
Shock	15	51.6
Náuseas y vómitos	6	20.5
Resistencia de Pared Abdominal	5	17.4
Fiebre	5	17.4
Distensión Abdominal	4	13.8
Hematuria (Macroscópica)	4	14.1
Hematoma de Pared Abdominal	2	6.8
Disnea y Enfisema Subcutáneo	2	6.8

CUADRO Nº 6
DIAGNÓSTICO RADIOLOGICO EN ABDOMEN SIMPLE

Diagnóstico	n	o/o
Perforación de Víscera Hueca	4	23.6
Ileo Paralítico	3	17.6
Peritonitis	1	5.8
Fractura de Pelvis	1	5.8
Negativas	8	47.2
TOTAL	17	100.0

CUADRO Nº 7
ORGANOS LESIONADOS ENCONTRADOS EN EL ACTO OPERATORIO

Organo	n	o/o
Intestino Delgado y Grueso	14	48.1
Hígado	6	20.6
Mesenterio	6	20.6
Hematoma Retroperitoneal	5	17.2
Estómago	2	6.8
Vejiga	2	6.8
Bazo	1	3.4
Riñón	1	3.4
Diafragma	1	3.4
Pared Abdominal	1	3.4

CUADRO Nº 8

COMPARACION CON LOS HALLAZGOS EN EL PRESENTE TRABAJO CON LOS ESTUDIOS DE BALLINGER

Organo Lesionado	Presente Estudio o/o	Ballinger o/o
Intestinos Delgado y Grueso	48.1	16.2
Hígado	20.6	15.6
Mesenterio	20.6	2.5
Hematoma Retroperitoneal	17.2	2.7
Vejiga	6.8	—
Estómago	6.8	—
Bazo	3.4	26.2
Riñón	3.4	24.2
Diafragma	3.4	1.1
Pared Abdominal	3.4	3.6
Páncreas	—	1.4

CUADRO Nº 9

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Complicaciones	n	o/o
Obstrucción por Bridas	5	26.3
Ileo Paralítico	4	21.1
Absceso de Pared	4	21.1
Fístulas Enterocutáneas	3	15.7
Evisceración	2	10.5
Fiebre	2	10.5
Absceso Perinefrítico	1	5.2
Sin complicaciones	4	21.1

CUADRO Nº 10

ESTANCIA HOSPITALARIA

Días de Hospitalización	n	o/o
Hasta 10 días	5	26.3
De 11 a 20 días	4	21.1
De 21 a 30 días	4	21.1
Más de 30 días	6	31.5
TOTAL	19	100.0

NOTA: Un paciente salió de alta voluntaria al tercer día de post-operado.

CUADRO Nº 11

EVOLUCION DE LOS CASOS OPERADOS POR T.A.C.

Evolución	n	o/o
Salieron de alta	20	69
Fallecieron	09	31
TOTAL	29	100

CUADRO Nº 12

MORTALIDAD Y ETIOLOGIA

Etiología	n	o/o
Accidentes y atropello	5	55.6
Golpes directos	3	33.3
Caídas	1	11.1
TOTAL	9	100.0

CUADRO Nº 13

MORTALIDAD Y ORGANOS LESIONADOS

Organo Lesionado	n	o/o
Intestino Delgado	4	44.4
Rotura Hepática	3	33.4
Perforación de Estómago	1	11.1
Hematoma Retroperitoneal	1	11.1
TOTAL	9	100.0

CUADRO Nº 14

MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRANSITO

Nº de Orden	Síntoma Principal	Tiempo de Evolución	Organo Lesionado
1	Shock Hipo-volémico.	2 horas	Perf. Ileón Mesenterio
2	Shock Hipo-volémico.	4 horas	Rotura Hepática.
3	Shock Hipo-volémico.	3 horas	Hematoma Retrop.
4	Shock Hipo-volémico.	6 horas	Rotura Hepática.
5	Shock Séptico.	2 días	Perf. Ileón.

CUADRO Nº 15

MORTALIDAD EN RELACION AL TIEMPO

Momento del Fallecimiento	n	o/o
En Sala de Operaciones	5	55.5
En el Post-Operatorio	4	44.5
TOTAL	9	100.0

DISCUSION

En el Cuadro No. 1 presentamos la incidencia de Traumatismos Cerrados de Abdomen (T.A.C.) que han sido operados en el Hospital Regional "Cayetano Heredia" de Piura, en un período de 7 años: 1976-1982. En dicho cuadro observamos que durante este período han sido operados 29 casos. En el año 1977 no registramos ningún caso; esto no quiere decir que durante este lapso de tiempo no se ha presentado ningún caso con T.A.C., sino que éstos no han sido laparatomizados o han solicitado su

transferencia. Estos casos son materia de otro estudio que estamos preparando.

Con relación al lugar de procedencia en el Cuadro No. 2, observamos que en su mayoría de los casos el 69 o/o proceden de centros poblados distantes del radio urbano de la capital del departamento y sólo el 31 o/o proceden del cercado de Piura, Castilla y alrededores.

En el Cuadro No. 3, observamos que existe un predominio marcado en el sexo masculino con el 82 o/o de los casos. Estos resultados están en relación directa con las labores de los varones.

En el Cuadro No. 4, observamos que los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar como causa de T.A.C. con el 44.8 o/o de los casos, siguiendo los traumatismos directos en el abdomen y caídas con 8 casos cada uno que representan el 27.6 o/o cada uno.

Los estudios de Cellier (6) reportan como causas de traumatismos en primer lugar a accidentes de tránsito y atropello con 74 o/o, en segundo lugar a traumatismos directos en abdomen con 14 o/o y en tercer lugar a caídas y otras causas con el 12 o/o. Esta diferencia de porcentaje está en relación al lugar de procedencia.

En el Cuadro No. 5, observamos que las manifestaciones clínicas más frecuentes que refirieron los pacientes con T.A.C. a su ingreso al servicio de emergencia, fueron: con dolor abdominal el 75.8 o/o de los casos, en estado de shock el 51.6 o/o siguiendo náuseas y vómitos, resistencia de pared abdominal, etc.

De toda esta sintomatología encontrada, consideramos el de mayor importancia al shock por estar en relación directa con la mortalidad como veremos más adelante.

En el Cuadro No. 6, observamos que en el 23.6 o/o de los pacientes con abdomen simple, el diagnóstico radiológico fue perforación de vísceras hueca. Debemos mencionar que de las 8 placas informadas como negativas, en dos de ellas se encontró perforación de víscera hueca en el acto operatorio. Las radiografías de abdomen solo son diagnosticadas en la 1/3 parte de los casos y el hecho de que el informe sea negativo no excluye lesión de víscera abdominal (4).

De los 29 pacientes se practicó Paracentesis en 8 (27.5 o/o) siendo esta prueba positiva en 5.

El lavado peritoneal diagnóstico ha demostrado ser muy seguro para reconocer lesión de vísceras abdominales en aquellos pacientes cuando el diagnóstico es difícil por lesiones múltiples o asociado a traumatismos de cráneo (5).

En el Cuadro No. 7 observamos que el órgano más frecuentemente lesionado, encontrado en el acto operatorio corresponde a vísceras hueca (Intestino Delgado y Grueso) con el 48.1 o/o de los casos, seguido de hígado en segundo lugar con el 20.6 o/o y así sucesivamente.

En el Cuadro No. 8, comparamos con los hallazgos de Ballinger en el que menciona en primer

lugar a víscera sólida (Bazo) con el 26.2 o/o. Esta diferencia con nosotros en que hemos encontrado en primer lugar a víscera hueca, puede ser uno solo hemos considerado a los casos operados y las lesiones de bazo son altamente mortales.

Observamos que por accidente de tránsito las lesiones más frecuentes corresponden a víscera sólida (5 casos), seguido de hematoma retroperitoneal y mesenterio con 4 casos y víscera hueca 3 casos. En caídas y golpes directos el mayor número corresponde a víscera hueca con 7 y 5 casos respectivamente. Esto está en relación con el mecanismo del trauma y la violencia del mismo.

Más del 80 o/o de los pacientes hizo algún tipo de complicación, siendo la más frecuente obstrucción intestinal por bridas en el 26.3 o/o de los casos. Solo evolucionaron sin complicaciones el 21.1 o/o. El porcentaje es alto pero hay que tener en cuenta el pésimo estado en que ingresan estos pacientes y entran a sala de operaciones (Cuadro 9).

En el Cuadro No. 10, la severidad del trauma y del adecuado manejo del mismo se hacen ostensibles en el período de permanencia hospitalaria. Solo el 26.3 o/o ha permanecido en el hospital hasta 10 días y más del 30 o/o ha permanecido más de 30 días.

En el Cuadro No. 11, observamos que el 69 o/o de los casos salieron de alta y el 31 o/o fallecieron. Esta cifra es sumamente alta en la cual está representada la mortalidad bruta y mortalidad neta.

En el Cuadro No. 12, muestra que la mayor mortalidad le corresponde a accidentes de tránsito con 55.6 o/o seguido de golpes directos y caídas con 33.3 o/o y 11.1 o/o respectivamente. Esto en relación a la magnitud del trauma, entre otras condiciones epidemiológicas.

En relación con la mortalidad y órgano lesionado, observamos en el Cuadro No. 13 que el mayor número de fallecidos, el 44.4 o/o corresponde a perforaciones de intestino delgado.

Esto es debido a que estos pacientes llegaron en estado de shock séptico por peritonitis por perforación de esta víscera.

En el Cuadro No. 14, relacionamos la sintomatología predominante al ingreso al tiempo de evolución preoperatorio y al órgano lesionado por accidentes de tránsito y atropello y observamos que la mayoría (4 casos) llegan dentro de 6 primeras horas, pero en estado de shock hipovolémico por el tipo de órgano lesionado (víscera sólida) debido a hemorragia interna. En este grupo sólo un caso llegó en estado de shock séptico por perforación de ileon con 2 días de evolución.

En el Cuadro No. 15, observamos que la mayoría de los casos (7) fallecieron antes de las 24 horas, aumentando de esta manera la mortalidad bruta. Esto confirma que un paciente operado en estado de shock, la mortalidad es alta.

CONCLUSIONES

El grupo etáreo más comprometido corresponde a la primera y segunda década de la vida con predominio marcado del sexo masculino.

La causa más frecuente de los T.A.C. operados corresponde a accidentes de tránsito y atropello con el 44.8 o/o.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de los pacientes con T.A.C. fueron shock séptico e hipovolémico y dolor abdominal.

Los órganos intra-abdominales más frecuentemente comprometidos, fueron las vísceras huecas. En cuanto a la etiología los accidentes de tránsito y atropellos lesionaron más vísceras sólidas y/o mesos por la velocidad del trauma. Sin embargo, las caídas y los golpes directos comprometieron más vísceras huecas.

Se demuestra un alto porcentaje de complicaciones post-operatorias, lo que dice de la gravedad de las lesiones y del manejo quirúrgico efectuado.

El 31.5 o/o de los casos tuvieron una estancia prolongada en más de 30 días, cifra que está en relación a la serie de complicaciones que presentaron este tipo de pacientes, aumentando de esta manera el gasto hospitalario.

La mortalidad global de los casos operados es del 31 o/o. En esta cifra está incluida la mortalidad bruta y la mortalidad neta, demostrando que hubo un predominio de la mortalidad bruta ya que 7 de los pacientes fallecieron antes de las 24 horas.

El 55 o/o de los casos que fallecieron tuvieron compromiso de víscera hueca.

La mortalidad por accidente de tránsito, está en relación con el órgano lesionado que ha provocado hemorragia interna, esta a su vez ha provocado shock hipovolémico; estos han recibido tratamiento antes de las 6 horas excepto en uno.

La mortalidad por golpes y caídas no está en relación al órgano lesionado sino al tiempo de evolución preoperatorio y se incluye que estos pacientes deben ser evacuados a un centro especializado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MACHICADO, E. y Colaboradores: Traumatismo Abdominal Quirúrgico. Academia Peruana de Cirugía, Vol. XXVIII - 177-194, 1975.
2. KURTZMAN, R.: Radiología en Traumatismos Abdominales no Penetrantes. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 215-230. Febrero 1977.
3. PHILIPPART, A.: Traumatismo Abdominal No Penetrante en Niños. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 153-164. Febrero 1977.
4. TRUNKY, D.: Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico. 2da. Edición. 257-260.
5. DAVIS y CHRISTOPHER: Tratado de Patología Quirúrgica. Novena Edición 1970. Editorial Interamérica, 113-123.
6. GURMENDI, L.: Revista de la Asociación del Cuerpo Médico. Area Hospitalaria No. 6 - Callao - Perú, Vol. 1 - 2. Enero-Marzo 1978.