

# Ruptura gástrica aislada por traumatismo cerrado de abdomen

Dres. Oscar Chavarría y Artigas Xavier \*

La ruptura gástrica aislada en los traumatismos cerrados de abdomen es excepcional. La favorecen el estado de repleción gástrica y la flaccidez de la pared abdominal. Los autores presentan 2 casos en niños de 5 y 10 años: una perforación de cara anterior, próxima a la pequeña curva y otra doble perforación de vertiente posterior de curvatura mayor. Ambas fueron solucionadas por cierre simple, siendo la evolución postoperatoria favorable.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Stomach rupture/etiology, surgery.

Los traumatismos de abdomen constituyen una de las causas más frecuentes de ingreso al Servicio de Emergencia del Hospital Pereira Rossell. Normalmente se ven lesiones de vísceras macizas: bazo, hígado y riñón.

Nosotros presentamos hoy dos casos de rotura gástrica que por ser poco frecuentes los creemos de interés para la bibliografía nacional.

## CASUÍSTICA

Caso 1.—Roberto Carlos M. 5 años. Procedente de Montevideo. Ingresó al Servicio de Emergencia el 18-JX-73 por traumatismo de abdomen, hematemesis y vómitos de alimentos.

Cinco horas antes del ingreso, luego de ingerir alimentos, recibe un puntapié en epigastrio y comienza entonces con la sintomatología descrita.

Al examen. Crujido continuo de dientes. Oye y entiende, pero no habla, aunque está en ambiente. Temperatura rectal 35 gr. Pulso 120 por minuto. PA 100-70. Se comprueban típicas lesiones, algunas recientes y otras evolucionadas, del síndrome del niño multiagredido: hematomas, equimosis, quemaduras de cigarrillos en miembro y tronco.

El abdomen se encuentra distendido, hipomóvil. Tiene dolor a la compresión y decompresión. Se comprueba discreta sonoridad prehepática a la percusión.

A través de la sonda gástrica viene líquido oscuro y sangre.

El Douglas —al tacto rectal— es discretamente doloroso y no está ocupado.

Presentado como Tema Libre al XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 2 de diciembre de 1974.

Adjunto de Clínica Quirúrgica Infantil, Residente de Cirugía.

Dirección: Pereira de la Luz 1041, ap. 101, Montevideo (Dr. Chavarría).

*Servicio de Emergencia (Prof. Dr. Walter Taibo). Hospital "Pereira Rossell". Montevideo.*

La radiografía de abdomen muestra un neumoperitoneo.

Se decide operar con diagnóstico de rotura gástrica.

*Operación.* Dr. Xavier. Incisión paramediana izquierda.

Abierto el peritoneo viene líquido serohemático en abundancia. El estómago muestra una perforación de bordes netos, de 3 cm. de longitud en la parte media de la cara anterior a 1 cm. de la pequeña curva. Existe un hematoma en la raíz del mesenterio con conservación de la vitalidad de las asas delgadas.

El resto de la exploración no muestra lesiones de vísceras huecas ni macizas. Se sutura el estómago en dos planos. Se lava la cavidad peritoneal con suero y se colocan múltiples drenajes.

En el postoperatorio no hubo incidentes. Toleró la alimentación a las 48 horas, movilizó el intestino a las 72 horas. Se dio de alta un mes después del ingreso.

Caso 2.—Roberto R de 10 años. Procedente de Montevideo. Ingresó al Servicio de Emergencia el 23-III-74 por traumatismo de hipocondrio izquierdo, dolor abdominal y vómitos. Tres horas antes, poco después de haber ingerido abundante cantidad de alimentos, cae de su altura golpeándose contra una piedra en el hipocondrio izquierdo. Aparece dolor intenso e inmediato en la zona del traumatismo con palidez que resulta pasajera. El dolor va en aumento difundiéndose al resto del abdomen. Tuvo vómitos de alimentos en dos oportunidades.

El examen muestra un niño muy dolorido, sin anemia, con una temperatura axilar de 37 gr. y rectal de 37,8 gr.

En el hipocondrio izquierdo cerca del reborde costal se comprueba una pequeña equimosis de 2 cm. de diámetro. Hay una contractura difusa de todo el abdomen que predomina en la zona traumatizada. El Douglas es doloroso pero no está ocupado. Se pasa una sonda gástrica de la que viene abundante líquido marrón oscuro. Se vacía el estómago para poner el enfermo en buenas condiciones preoperatorias.

En la radiografía de abdomen no aparece neumoperitoneo ni ningún otro elemento a destacar.

Se interviene con diagnóstico de peritonitis difusa por perforación de viscera hueca.

*Operación.* Dr. Chavarría. Incisión mediana supraumbilical.

Abierto el peritoneo existe exudado peritoneal y resto de alimentos. En la parte media de la curvatura mayor, a través de una brecha del epiplón gastrocólico, vienen también restos de alimentos. Se am-

plía la brecha, comprobándose en la cara posterior del estómago, cerca de la curvatura mayor, dos perforaciones lineales de 1 cm.  $\frac{1}{2}$  y  $\frac{1}{2}$  cm. de longitud que se cierran en dos planos.

La exploración no muestra otras lesiones viscerales. Se efectúa lavado peritoneal con suero tibio seguido de múltiples drenajes.

No hubo incidentes a destacar en el posoperatorio, siendo dado de alta al octavo día de operado.

## COMENTARIO

En la bibliografía nacional consultada no hemos encontrado casos como los descritos de rotura gástrica aislada en los traumatismos cerrados de abdomen.

En la literatura mundial sí encontramos algunos, pero muy pocos.

Wolf (8) en el año 1936 pudo reunir de todos los casos publicados sólo 68 de rotura de estómago, de los cuales 32 eran por rotura espontánea y 36 por traumatismo cerrado.

Cameron, Harrison y col. (2) describen 4 casos en el año 1972: dos con traumatismos múltiples. Mencionan también a Lundberg que en el año 1967 presentó 5 casos de desgarrero gastroenofágico por masaje cardíaco con tórax cerrado.

Morton y col. (3) en 120 casos de contusiones abdominales menciona sólo dos de lesión gástrica.

Glassman (4) quien describe un caso muy similar al segundo nuestro en un niño de 6 años, había hallado 8 casos análogos: 8 casos, 8 muertes.

En el Tercer Simposio Mundial de Cirugía Pediátrica realizado recientemente en San Pablo se realizó una mesa redonda de abdomen agudo, donde se trató el tema traumatismos de abdomen. Consultados los integrantes de la misma sobre si habían observado casos similares a los nuestros la respuesta fue negativa.

No existe relación entre la gravedad de la lesión y la intensidad del traumatismo (7).

La lesión gástrica más frecuente es la mucosa y submucosa (2) sin efracción de toda la pared gástrica, manifestándose entonces por una hemorragia digestiva alta, hematemesis y/o melenas. Cuando la hemorragia aparece acompañada de un síndrome peritoneal se puede asegurar que existe una rotura completa de la pared gástrica.

Si la rotura es posterior, en la retrocavidad de los epiplores, o es de pequeñas dimensiones puede manifestarse muy tardíamente (1), incluso por varios días. Existen además signos clinicoradiológicos de neumoperitoneo y de peritonitis. Puede haber shock inicial pasajero. En caso de persistencia del mismo, se debe pensar en lesiones de vísceras macizas: bazo, hígado (3).

Es difícil lesionar el estómago vacío (5) ya que está protegido por el reborde costal y es de mayor consistencia que el hígado y el bazo. La elasticidad y flojedad de los medios de sostén de las paredes gástricas permiten que el órgano se acomode rápidamente a los cambios

de presión intraabdominal. Por tanto si su contenido es escaso el cardias y el píloro permiten la salida de éste hacia el esófago y el duodeno respectivamente.

Existen una serie de condiciones que pueden considerarse predisponentes (1) para que se produzca la rotura de estómago:

1) Repleción de la cavidad gástrica que la transforma de virtual en real, no permitiendo la acomodación del estómago al aumento súbito de la presión intraabdominal y poniendo en contacto de la pared abdominal anterior una extensa zona de la curvatura mayor y de la pared anterior del estómago.

2) Contractura del esfínter pilórico que priva al estómago de la válvula de seguridad.

3) Estado de la pared abdominal en el momento del traumatismo. Si está flácida es evidente que favorece la rotura gástrica.

Por todos los hechos señalados anteriormente es fácil comprender que la parte más expuesta es la curvatura mayor y la pared anterior del estómago.

El diagnóstico se basa en el antecedente traumático seguido de hemorragia digestiva y síntomas propios de la perforación de una víscera hueca.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico en el caso de efracción total de la pared.

Se deben tomar diversas medidas preoperatorias, tales como:

—Vaciamiento gástrico para evitar accidentes anestésicos por inundación bronquial y el pasaje de alimentos al peritoneo por la brecha gástrica, lo que agrava el pronóstico.

—Administración de sueros, sangre, plasma, antibióticos.

Durante la intervención lo más importante es efectuar un correcto balance lesional no sólo efectuando una exploración meticulosa de las paredes gástricas sino también de las vísceras vecinas para descartar lesiones asociadas.

Si la rotura es a bordes nítidos el cierre debe efectuarse en dos planos. Si es a bordes contusos o deflecados se debe realizar la resección de éstos antes del cierre.

El lavado del peritoneo y la colocación de drenajes dependen de la extensión de la peritonitis.

En suma, el tratamiento si se trata de una lesión gástrica aislada es similar al de la úlcera perforada (4).

## RÉSUMÉ

### Rupture gastrique isolée due à un traumatisme fermé de l'abdomen.

La rupture gastrique isolée dans les traumatismes fermés de l'abdomen est exceptionnelle. L'état de réplétion gastrique et la flaccidité de la paroi abdominale peuvent y contribuer. Les auteurs présentent 2 cas chez des enfants de 5 et 10 ans: une perforation de la face antérieure, proche de la petite courbure et une double perforation du versant postérieur de la grande courbure. Les deux cas furent résolus par fermeture simple avec évolution post-opératoire favorable.

**SUMMARY****Isolated gastric rupture due to abdominal closed injury.**

The isolated gastric rupture in abdominal closed injuries is exceptional. It is favoured by gastric repletion and flaccidity of the abdominal wall. The authors report 2 cases in 5 and 10 year-old children: a perforation of the anterior wall of the stomach, close to the lesser curvature and the other, a double perforation of the posterior slope of the greater curvature. Both of them were solved by simple closing and the post-operative evolution was satisfactory.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. BOCKUS HL. Gastroenterología. Buenos Aires, Salvat, 1948.
2. CAMERON HARRISON R, DEBAS HT. Injuries of the stomach and duodenum. *Surg Clin North Am*, 52: 635, 1972.
3. COPE L. Diagnóstico precoz del abdomen agudo. Barcelona, Manuel Marin, 1957.
4. MAILLET P, DEVIN R y LATASTE J. Tratado de técnica quirúrgica T X. Barcelona, Toray Masson, 1972.
5. MAINGOT R. Operaciones abdominales. Buenos Aires, Panamericana, 1966.
6. MONDOR H. Abdomen agudo. Barcelona, Toray Masson 1963.
7. PATEL J. Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale. Paris, Masson, 1957.
8. WOLF N. Subcutaneous rupture of the stomach. *N Y State J Med*, 36: 1539, 1936.