

Rotura de estómago por traumatismo cerrado

Dres. Isabel Lizaso, Antonio Pallas y Orestes Sbarbaro

Se presenta el caso de un niño de 8 años, como aporte a la casuística nacional. Se ve la rareza de la lesión en base a diversas estadísticas. Se insiste en las causas predisponentes, necesidad de la intervención precoz, importancia de una exhaustiva exploración intraoperatoria y correcto balance lesional, factores fundamentales para el tratamiento adecuado y buena evolución del paciente.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Abdominal Injuries / Stomach Rupture.

INTRODUCCION

La baja frecuencia de esta entidad, motiva la presentación de este caso como aporte a la casuística nacional.

En nuestro medio sólo conocemos la publicación de Chavarría y Xavier (3) con dos casos. En las revisiones personales de Taibo (13) y C. Silvera (12) no hay lesiones gástricas por traumatismos cerrados. Falco (7), con una casuística del Hospital Pereira Rossell sobre 229 contusiones de abdomen sólo presenta las dos arriba mencionadas.

De las publicaciones extranjeras destacamos el trabajo de Molmenti (10) con 622 observaciones; en un grupo de 550 traumatismos penetrantes hay 79 lesiones gástricas, mientras que hay sólo 2 roturas gástricas en 72 traumatismos cerrados.

Champetier (2) presenta 4 casos personales y analiza una serie de 20 observaciones en 15 años. Decrette (5) menciona 12 lesiones de estómago como estimación global de los casos publicados hasta 1974.

La rareza de la lesión no exime de su conocimiento, dado la alta frecuencia de los traumatismos abdominales, sobre todo en los niños y adolescentes (11), sumado a la gravedad de la lesión.

CASUISTICA

M.A.S. Sexo: Masculino. Edad: 8 años. Procedencia: San José. Ingresó el 17-XII-79. Hora: 17.30.

A la hora 14, luego de una comida copiosa, sufre traumatismos de epigastrio contra un alambre hori-

Departamento de Emergencia (Dr. F. Rosa) y Clínica Quirúrgica Infantil (Prof. W. Taibo). Hospital Pereira Rossell. M.S.P. y Facultad de Medicina.

zontal, al ir corriendo contra el mismo. Posteriormente presenta un vómito con sangre.

Examen: Lúcido. Palidez cutáneo mucosa. Sudoroso. Con sed. Polipnea superficial. P.A.: 80/50. Pulso: 160 p.m.

Abdomen: Distendido; a la palpación duele difusamente con predominio en hemivientre superior. Resto del examen: s/p.

Inmediatamente se pide hemograma y clasificación, comenzando la reposición con suero y sangre; antibioticoterapia; sonda nasogástrica.

Posteriormente se hizo radiografías de tórax y abdomen; en ésta se visualiza un importante neumoperitoneo (fig. 1).

Con diagnóstico de rotura de víscera hueca se opera de urgencia. Incisión mediana supraumbilical. Al abrir peritoneo sale aire a tensión, líquido amarillado abundante y gran cantidad de alimentos (fideos, etc.) que están diseminados en la cavidad peritoneal. Se evacúa totalmente. A nivel de la cara anterior del estómago, próximo a la pequeña curva, sobre el cuerpo, presenta una rotura oblicua de unos 6 cm. que sangra escasamente. Regularización de los bordes y sutura en dos planos. Lavado peritoneal profuso con suero. o se observan otras lesiones, salvo infiltración peritoneal próximo a la lesión y pequeño epiplón abierto. Duodeno páncreas s/p. Drenajes con tubo en ambos flancos y del Douglas. Cierre por planos con lino.

En el postoperatorio se mantiene la espiración gástrica; aporte de sueros y antibióticos; controles clínicos y de laboratorio. Presentó buena evolución. Reinició la vía oral a los tres días. Se retiraron los drenajes al 4º y 5º días. Alta a los nueve días. Buena evolución posterior.

COMENTARIOS

La mayoría de los casos relatados hacen referencia al estado de plenitud gástrica; éste supone una relación anatómica del estómago, distinta al estado de vacuidad, en que está protegido por la parrilla torácica (8); luego de las ingestas copiosas se hace más vulnerable, por ocupar un mayor volumen y una situación más superficial (14).

El diagnóstico precoz de rotura gástrica no siempre será claro. La decisión quirúrgica se tomará frente a un paciente con traumatismo de abdomen superior, que presente un dolor persistente en epigastrio y reacción peritoneal al examen. Suelen aparecer vómitos y más raramente hematemesis orientadora de la lesión.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 13 de agosto de 1980.

Asistente, Médico Colaborador y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica Infantil.

Dirección: Punta de Rieles 3288, Montevideo (Dra. I. Lizaso).

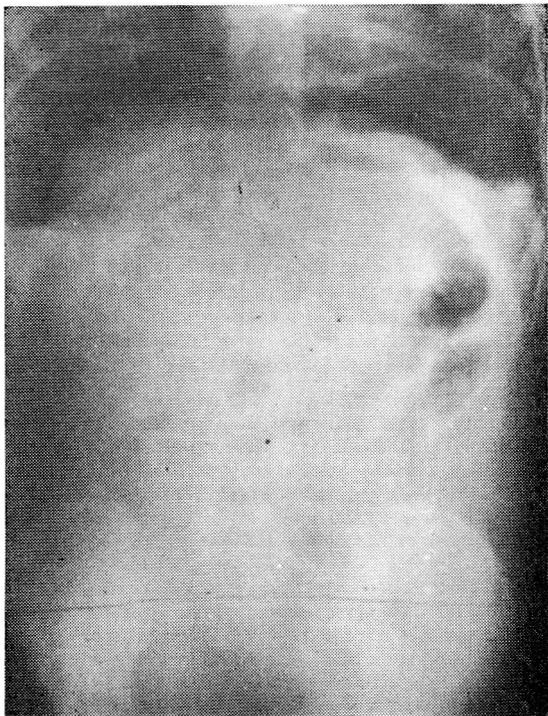


FIG. 1.—Rx. simple de abdomen.

El diagnóstico de rotura de víscera hueca lleva a la intervención aunque no se tenga localización lesional.

También es indiscutible la decisión quirúrgica si la radiografía evidencia un neumoperitoneo. Este puede verse con muy pequeña cantidad de aire intraperitoneal (9); se presenta sobre todo en lesiones de estómago, bulbo duodenal y colon. En la serie de Dickinson (6) se vio en 9 de 24 pacientes.

En la intervención de un traumatizado de abdomen, la exploración exhaustiva debe ser la norma. Tratar una lesión evidente, ignorando otra lesión, aumentará francamente la morbilidad. Ciertas lesiones de vísceras huecas se ocultan en sectores retroperitoneales o a nivel de los mesos; la infiltración hemática y especialmente gaseosa o biliar son indicadores de dicha lesión. La exploración de la cara posterior del estómago es imprescindible. Son posibles las asociaciones lesionales; las más frecuentes son de bazo e hígado: ellas inciden en el pronóstico. Las heridas de estómago más frecuentes se esquematizan en la fig. 2 basada en las de Champetier y la más reciente de Neidhart. En nuestro caso correspondía a una herida sobre pequeña curva vertical.

El tratamiento de la lesión gástrica suele ser fácil. Sutura simple de la lesión en uno o dos planos, regularizando los bordes previamente; se destaca el lavado profuso de la cavidad peritoneal, eliminando todos los restos de alimentos; es conveniente dejar drenaje peritoneal. Se complementará con el tratamiento de las

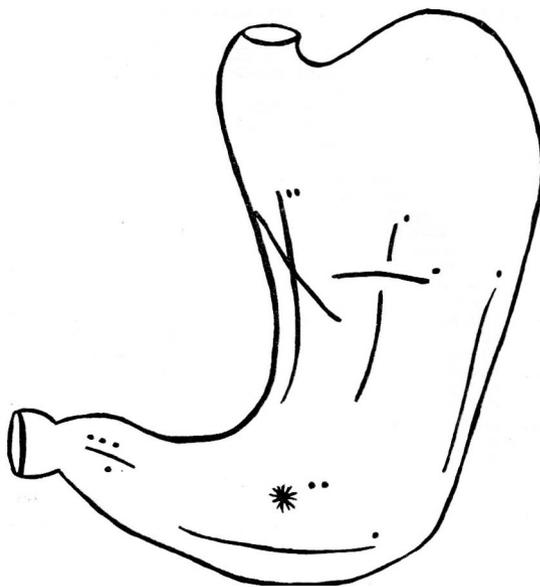


FIG. 2.—Roturas de estómago. Tipos (tomado de Neidhart).

posibles lesiones asociadas y desde el punto de vista general, con reposición parenteral y antibióticoterapia.

El pronóstico es grave; tiene una mortalidad global de alrededor de 40 % (2). Depende sobre todo del tipo de herida, asociación lesional, edad del paciente y tratamiento instituido.

RESUME

Rupture de l'estomac due a un traumatisme fermé

On présente le cas d'un enfant de 8 ans, en tant qu'un apport à la casuistique nationale. Grâce à de différentes statistiques, on voit la rareté de la blessure.

On insiste sur les causes qui prédisposent, le besoin d'une intervention précoce, l'importance d'une exploration intraopératoire exhaustive, tout en faisant correctement le point de la lésion, facteurs fondamentaux pour le traitement approprié et la bonne évolution du patient.

SUMMARY

Traumatic Rupture of Stomach

The case of an 8-year-old child is reported for its inclusion in national case material. Several statistics indicate how rare the lesion is. The main aspects of the paper refer to predisposition, necessity of early surgery and importance of exhaustive preoperative exploration and lesional balance, all of which are fundamental for treatment and good evolution of patient.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CAMERON HARRISON R, DEBAS HT. Injuries of the stomach and duodenum. *Surg Clin North Am*, 52: 635, 1972.
2. CHAMPETIER J, SARRAZIN R et MAILLARD G. Les ruptures de l'estomac au cours des traumatismes fermés de l'abdomen. *J Chir*, 94: 529, 1967.
3. CHAVARRIA O, XAVIER A. Rupture gástrica aislada por traumatismo cerrado de abdomen. *Cir Uruguay*, 45: 166, 1975.
4. CHIZZOLA M. Traumatismos abdominales en la infancia. Monografía. Montevideo (Inédita).
5. DECRETTE Y. Les ruptures de l'estomac au cours des traumatismes fermés de l'abdomen. Lyon. *These Méd*, 1974.
6. DICKINSON SJ., SHEY A, SANTULLI T. Rupture of the gastrointestinal tract in children by blunt trauma. *Surg Gynecol Obstet*, 130: 655, 1970.
7. FALCO DE TORRES E. Contusiones abdominales en la infancia. Análisis de 229 observaciones. *Cir Uruguay*, 48: 95, 1978.
8. GROSFELD JL, CONEY DE. Traumatismos pancreático y gastrointestinal en niños. *Clin Pediat Norte Am*, 22: 349, 1975.
9. KURTZMAN RS. Radiology of blunt abdominal trauma. *Surg Clin North Am*, 57: 211, 1977.
10. MOLMENTI LA, CORTIZO RJ, PARDO OB, RAVASCHINO AL, GATTA FAD, MOGILLANSKY HM, PORTUGALLI AL. Traumatismo del abdomen. *Rev Argent Cir*, 33: 217, 1978.
11. NEIDHART JH, MORIN A. Les ruptures gastriques dans les traumatismes fermés de l'abdomen. *Congres Français Chirurgie*, 80^o, 1978.
12. SILVERA C. Traumatismos del abdomen. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 7^o, 1956.
13. TAIBO CANALE W. Traumatismos abdominales en el niño. *Arch Pediat Uruguay*, 2: 133, 1967.
14. WOLF N. Subcutaneous rupture of the stomach. *N Y State J Med*, 36: 1539, 1936.

DISCUSION

DR. VALLS.— Este tema es muy interesante y yo que he sido cirujano de guardia del Pasteur, tuve ocasión de operar a un hombre joven que después de un almuerzo copioso recibió una coz de caballo en el epigastrio. Tenía una contractura y como no disponíamos de placas y sabíamos que la intensidad del traumatismo era mucha, lo operamos y tenía una rotura de la cara anterior del estómago, una solución de continuidad oblicua y sobre ella una rama para abajo hacia la pequeña curva, o sea que hacía como una especie de T, sangraba e hicimos la sutura y evolucionó perfectamente bien. Siempre hay que abrir la retrocavidad de los epiplones para ver si no hay lesión de páncreas. Nosotros hemos operado traumatismos de abdomen por compresión violenta en el epigastrio, por ejemplo choque con el manubrio de un automóvil con rotura de páncreas. Generalmente estos enfermos como tienen el estómago lleno protegen más el páncreas de esas lesiones y queda nada más que la lesión gástrica.

Este enfermo de la lesión de estómago, a los 8 meses hizo una oclusión intestinal por bridas y salió perfectamente bien.

DR. FOLCO ROSA.— Yo personalmente nunca he visto una rotura de estómago por contusión de abdomen, pero conozco un caso operado en el Hospital de Clínicas por los Dres Anavitarte y Varela Soto, que era una rotura de pequeña y gran curva en un accidente de motocicleta. El enfermo había hecho una comida copiosa de guiso de porotos y había tomado mucho vino. Cuando abrieron el peritoneo estaba lleno de estos alimentos. Se le hizo la sutura y curó.

DR. YANICELLI.— Muy interesante el trabajo, reitera lo que uno ha podido comprobar con la experiencia de cirujano de urgencia, es decir, la poca frecuencia de las heridas de estómago. Yo he tenido algún caso de traumatismo directo por caída sobre una botella de una niña. El diagnóstico era sencillo, era una herida expuesta de estómago.

Me parece que está muy bien encarado, muy bien estudiado, se encuentra el neumoperitoneo y hay líquido en el lado derecho del peritoneo. Es conveniente realizar la exploración de un vientre con el simple dolor que persiste luego de unas horas. Me parece un caso muy interesante.

DR. BERMUDEZ.— Yo no tengo experiencia en roturas de estómago de origen traumático, pero me parece muy importante que las cosas poco frecuentes, sean las que se traigan para alertar a los clínicos frente a los traumatismos de abdomen, especialmente ante las lesiones que son poco frecuentes y que son las que habitualmente no se diagnostican.

Este hecho tiene de interesante el mecanismo, en parte ha sido señalado por el Dr. Valls. El mecanismo de esta rotura de estómago aislada, que es lo interesante del caso, porque todos hemos visto en el traumatismo epigástrico la lesión combinada del duodeno, estómago, mesos y páncreas. La rotura aislada del estómago requiere una hipertensión intragástrica provocada por el traumatismo, pero reforzada por el cierre de todos los orificios que evacúan el estómago y además una contractura a glotis cerrada. Todas estas condiciones se dan también cuando se produce la grieta gastro-esofágica en el síndrome de Mallory Weith, están dadas también en el traumatismo de estómago cerrado y lleno, manteniendo una hipertensión que no puede derivarse y por eso se rompe desde adentro hacia afuera.

Es muy interesante que haya traído esta presentación porque es una cosa muy poco frecuente y que nos beneficia a todos. Muchas gracias.

DRA. LIZASO.— Agradezco las consideraciones y los comentarios.

Muchas gracias.