

Nuestra conducta frente al traumatismo abdominal

Dr. Vladimir Guicheff, Dr. Gonzalo Negrotto.

Nuestra conducta frente al traumatismo abdominal ha cambiado en los últimos 3 años. La precisión diagnóstica que proporciona la laparoscopia, permite laparotomizar enfermos en los cuales no sospechábamos la existencia de lesiones viscerales, así como abstenernos en aquellos casos en que las lesiones existentes no justificaban la intervención. Se extraen porcentajes al respecto de 160 fibrolaparoscopias en traumatizados, de un total de 280 realizadas en cuadros agudos de abdomen.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: Abdominal / Injures / Therapeutics.

SUMMARY: Procedure in respect of abdominal traumatism.

Our procedures in respect of abdominal traumatism has changed in the last three years. By availing added accuracy to the diagnosis, the laparoscopy technique permits to operate upon of patients in which we did not suspect splanchnic lesion as well as to abstain from an intervention in cases not justifying it on account of existing lesions. We draw percentages in respect of 160 fibrolaparoscopies performed in traumatized patients, out of a total of 280 carried out in cases of acute abdominal distress.

Presentado al Forum del 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Prof. Adjunto del Dpto. de Emergencia. Asistente de Nutrición y Digestivo.

Dirección: Luis A. de Herrera 1042 Ap. 203, Montevideo. (Dr. V. Guicheff).

Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas (Director Prof. Dr. G. Ríos Bruno). Facultad de Medicina, Montevideo.

RÉSUMÉ: Notre conduite face au traumatisme abdominal.

Notre conduite face au traumatisme abdominal a changé dans les 3 dernières années. La précision diagnostique fournie par la laparoscopie, nous permet de laparotomiser des malades dans lesquels on ne soupçonnait pas l'existence de lésions viscérales ainsi que nous abstenir dans les cas où les lésions existantes ne justifiaient pas l'intervention. Du total des 280 fibrolaparoscopies effectués dans des cas d'abdomen aigu on extrait des pourcentages en ce qui concerne les 160 réalisées dans des malades traumatisés.

INTRODUCCION

El politraumatizado es motivo frecuente en la consulta de Emergencia⁽⁵⁾. Nos referimos en este trabajo al traumatismo de abdomen, incluyendo las dos zonas que lo delimitan en su sector superior e inferior: la región toraco-abdominal y la abdomino-pelviana, dado que los órganos protegidos por las estructuras óseas de las mismas cuando son injuriadas, se manifiestan por sintomatología abdominal. Delimitaremos el tema, precisando que no nos referiremos a las medidas de origen general clínico-terapéutico a adoptar frente a este tipo de enfermos, sino a un aspecto particular de ellos. Este aspecto se refiere al cambio de conducta que adoptamos desde hace 3 años frente a los mismos.

Nos referimos a los traumatismos cerrados y penetrantes de abdomen, excluyendo a las heridas por armas de fuego, dado que

la conducta, en estos casos, permanece in-cambiada⁽¹¹⁾.

Cuando la clínica demuestra claramente una ocupación abdominal, por sangre o elementos que no están presentes normalmente en la cavidad peritoneal, nuestra conducta no ha variado. Instalamos medidas reanimatorias adecuadas a la entidad del cuadro y efectuamos una laparotomía exploradora. La misma resulta diagnóstico-terapéutica en el 100% de los casos.

Frente a este tipo de pacientes, existen otros, en los cuales el examen clínico y los métodos auxiliares con que manejábamos nos dejaban dudas diagnósticas. Procedíamos a una conducta expectante y si aparecían elementos orientadores de ocupación peritoneal, efectuábamos una laparotomía exploradora como otro método diagnóstico. Podemos decir que en alrededor del 50% de los casos^(6, 8) ésta fue innecesaria. Se realizaba luego de un balance que efectuábamos, entre lo perjudicial que podría resultar una espera vigilada y lo beneficioso de una intervención aunque fuese negativa.

No nos preocupaba la adopción de esta conducta en el enfermo joven y con buen estado general. Pero cuando el paciente se encontraba en el otro extremo de estas condiciones, el niño, el anciano o el portador de taras orgánicas o metabólicas, quedábamos con sensación no confortable frente a la decisión tomada. Cuando la evidencia clínica de la ocupación peritoneal no era clara, recurríamos a la punción abdominal. La hemos practicado desde hace 20 años. Cuando era positiva, efectuábamos la laparotomía, que no siempre resultaba justificada. Cuando era negativa, si la clínica mostraba elementos en la evolución de que existía una patología intraabdominal, no advertida, procedíamos a la laparotomía.

Hay cirujanos que, en la duda, efectúan el lavado peritoneal⁽³⁾ o el sinograma⁽¹⁾ (en las heridas penetrantes). El lavado peritoneal no nos proporcionará, en general, la entidad ni la etiología de un hemoperitoneo, pudiendo inducir a una laparotomía no justificada. El sinograma indicará penetración peritoneal en el 80% de los casos, pero no informará la existencia de lesiones viscerales. Actuando en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas comenzamos a utilizar la fibrolaparoscopia de urgencia como método diagnóstico⁽²⁾.

De aquí surgió nuestro cambio de conducta en el manejo del traumatismo de abdomen y especialmente en el politraumatizado grave, shockado o en coma, que nos obliga a extremar un diagnóstico preciso. Una lapa-

rotomía innecesaria, en estos casos, grava seriamente el pronóstico.

Mediante una fibrolaparoscopia, con anestesia local en el 80%^(7, 10) de los casos o general en el 20%⁽⁹⁾, generalmente en traumatismos toraco-abdominales con insuficiencia respiratoria severa, logramos una clara visión de la cavidad abdominal, de sus órganos y de su contenido. En un período de 3 a 5 minutos obtenemos conclusiones categóricas en el 98% de los casos⁽⁹⁾ y por ende de la conducta a adoptar.

Llegamos así a un cambio de actitud en el manejo de estos enfermos. Aquellas heridas punzantes abdominales, que sistemáticamente laparotomizábamos, puesto que no teníamos elementos para determinar si eran penetrantes o no, son intervenidas ahora con la certeza de su indicación. Sistemáticamente operados, el porcentaje de laparotomías en blanco es del 60%⁽¹¹⁾.

Laparoscópicamente comprobada la penetración, se procede a valorar si existe o no lesión visceral, así como la entidad de la herida cuando esta existe. De este balance surge que no todas las heridas penetrantes deben ser operadas.

Frente a un traumatismo cerrado de abdomen podremos abstenernos de intervenir en presencia de un hemoperitoneo moderado por lesión hepática con hemorragia detenida. Se controlará la evolución clínicamente e incluso con laparoscopias seriadas si es necesario. Cuando el hemoperitoneo es importante, (diagnóstico laparoscópico) no nos detenemos en otras consideraciones dado que el enfermo debe ser laparotomizado urgentemente. Efectuamos siempre una laparotomía cuando detectamos la presencia de líquidos anormales en la cavidad peritoneal.

Esta actitud frente al traumatizado abdominal esta basada en la confiabilidad del método que actualmente disponemos.

Este, está avalado en 280 estudios laparoscópicos de urgencia efectuados, de los cuales el 93, 94% se practicaron en enfermos que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas desde 1980 hasta julio de 1983.

160 de los mismos (57%), correspondían a traumatizados. En estos se vio que en 85 casos (53%), no se encontró patología evidente por lo cual no se efectuó laparotomía, siendo su evolución satisfactoria. En 75 casos (46%) se encontraron lesiones. De estos, 40 (53%) justificaron ser intervenidos quirúrgicamente. 35 (47%) no fueron intervenidos dadas las características de las lesiones encontradas en la laparoscopia (hemoperitoneo mínimo, hematoma subcapsular de hígado, desgarros del ligamento sus-

ensor hepático, hematomas retroperitoneales a tensión, etc.), teniendo buena evolución.

Los que podemos acceder a este método diagnóstico lo consideramos fundamental en la decisión terapéutica. La simpleza y rapidez del mismo, su escasa morbilidad (1-2%) y la precisión diagnóstica que ofrece justifican su adopción frente a la morbilidad de la laparotomía exploradora (19%).

La observación directa de la cavidad peritoneal, de sus paredes, sobre todo la diafragmática, y de su contenido, nos proporciona los elementos que deciden la conducta a adoptar.

Sólo los que contamos con este procedimiento lo valoramos en su justa dimensión, dado que se evita laparotomías innecesarias. De las 160 laparoscopías efectuadas en traumatizados, únicamente se laparotomizó un 25% de los enfermos.

Entendemos perfectamente las vicisitudes de los cirujanos que no disponen de él ya que las hemos vivido personalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CORNELL W., EBERT D., ZUIDEMA G.: X-Ray diagnosis of penetrated wounds of the abdomen. *J. Surg. Res.*, 5: 142, 1965.
2. DEBRAY C., DEBRAY G., BIRONDEAU B., PAOLAGGI J.: La laparoscopie en traumatologie abdominale. *Arch. Fr. Mal. App. Dig.*, 60: 57, 1971.
3. ENGRAVE L., BENJAMIN C., PERRY J.: Diagnostic by peritoneal lavage in blunt abdominal trauma. *J. Trauma*, 15: 854, 1975.
4. GAZZANIGA A., STANTON W., BARTLETT R.: Laparoscopy in the diagnosis of blunt and penetrating trauma injuries of the abdomen. *Am. J. Surg.*, 131: 315, 1976.
5. JONES K., Traumatismo de tórax. *Clin. Quir. Norte Am.* 4: 959, 1980.
6. LOWER J., BOYD D., FOLK F., BAKER R.: The negative laparotomy, for abdominal trauma. *J. Trauma*, 12: 853, 1972.
7. MANEGOLD B.: Acute abdominal disease and endoscopy. (Abstract Congress of the German Society for Endoscopy, 12º, Erlangen, March 15-17, 1979). *Endoscopy*, 11: 275, 1979.
8. NANCE C., COHN I.: Surgical management in abdominal trauma. *Ann. Surg.* 170: 589, 1980.
9. NEGROTO G., ZEBALLOS E., TURTURIELLO H., RIOS BRUNO G.: La laparoscopia en la urgencia. *Arch. Med. Int. (En Prensa)*.
10. RACHAIL M., CORALLO J., MAUREL G.: La laparoscopie en urgence. *Arch. Fr. Mal. App. Dig.*, 63: 103, 1974.
11. ZUIDEMA G., RUTHERFORD R., BALLINGER W.: The management of trauma. 3th ed., Toronto, Saunders, 1979, p. 451.