TRAUMATISMOS ABDOMINALES

Dr. Leopoldo Briceño Iragorry, h.
M.F.A.V.C.P., M.A.S.V.C.

Profesor Asociado Facultad de Medicina U.C.V.
Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica
Pediátrica

Manejo del niño traumatizado

Se ha observado un aumento importante de esta patología en los últimos años; según los sumarios de Estadística vital del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, los accidentes constituyen la primera causa de muerte en el grupo etáreo de 5 a 15 años y esto se debe al aumento de los accidentes automovilísticos y atropellamientos.

Por la índole de nuestro Hospital, el Hospital Universitario de Caracas-Venezuela, la experiencia en este tipo de enfermos es pequeña, pero sin embargo, hemos establecido rutinas de manejos de enfermos traumatizados y, es como sigue:

A. Admisión, seguido de historia clínica indagando el agente vulnerante y su mecanismo de acción y un buen examen físico que nos sirve para reconocer las lesiones extra o intra abdominales y sus complicaciones.

B. Los signos vitales son anotados y controlados por lo menos cada media hora. Obtener una muestra de sangre, ya por punción o mejor por disección y cateterización de una vena, para así obtener: grupo sanguíneo, hematología completa, medición de la presión venosa central y otros exámenes.

C. Cateterismo de la vejiga y así obtener orina para examen citoquímico y determinación de diuresis horaria.

D. En caso de vómitos se debe pasar una sonda nasogástrica para vaciar el estómago y evitar broncoaspiración.

E. Si existe schok por pérdida sanguínea, existe una contracción del compartimiento vascular, para mantener la presión sanguínea y disminución del líquido intersticial y así mantener el volumen intravascular. Descargas de catecolaminas y de hormonas antidiurética, aldosterona y esteroides corticales, causan un aumento de la resistencia vascular periférica, con disminución del flujo sanguíneo a los músculos, extremidades, intestinos, hígado, etc., para preservar el flujo al corazón, pulmones y cerebro. Una disminución de más del 20% del

del abdomen del niño. Dentro de las anomalías congénitas que se observan más frecuentemente en el niño traumatizado, aparecen las hidronefrosis no diagnosticadas, esplenomegalias debido a mononucleosis, leucemia o hipertensión portal, o también en tumores como el Wilms, neuroblastoma o hepatoblastomas.

Etiología:

Los traumatismos pueden ser cerrados o por heridas penetrantes; el tipo de traumatismo y la fuerza del impacto determinarán la naturaleza y extensión de la lesión. En el niño son más frecuentes las primeras.

I. **Por heridas no penetrantes.**
   Traumatismos romo toracoabdominal.
   Traumatismo del parto.
   Masaje cardíaco a tórax cerrado.

II. **Por heridas penetrantes.**
   Por arma blanca.
   Por arma de fuego.
   Punción biopsia.

Estos tipos de traumatismos pueden determinar tres grandes síndromes:

1. Síndrome de hemorragia interna por ruptura de víscera maciza o pedículos vasculares importantes.
2. Síndrome infeccioso por lesión de víscera hueca.
3. Síndrome de contusión abdominal.

En algunos casos en donde el traumatismo se realiza sobre vísceras masivas como el hígado o el bazo se observan hematomas subcapulares y ocasionalmente sucederse una ruptura secundaria y, por ende, una hemorragia tardía.

En el caso del hígado, la sangre se colecciona entre la cápsula de Glisson y el parénquima roto, en la parte superior del órgano y la cápsula es separada del parénquima por el líquido.

El bazo puede también sufrir una ruptura en dos tiempos, del hematoma subcapsular, pero es raro en niños, pero cuando sucede, desarrolla los síntomas y signos de hemorragia antes mencionados, varios días después del sangramiento, con dos signos cardinales, como son distensión y sensibilidad abdominal. En el niño últimamente está cobrando valor el tratamiento conservador, en contra de la esplenectomía, en vista de la alta incidencia de infección postesplenectomía, debido al descenso de la inmunidad del niño a las infecciones a gram-positivos, y de allí el número creciente de reparaciones esplénicas, el uso de agentes hemostáticos y actitud espectante en contra de la remoción del brazo reportados en la literatura. Pueden realizarse suturas esplénicas, cubrir el bazo con epiplón y la ligadura de la arteria esplénica.

Traumatismos de Duodeno:

El diagnóstico temprano de traumatismos, tanto duodenales como pancreáticos, continúa siendo un enigma por su localización retroperitoneal que oscurece los signos clásicos de sepsis intraperitoneal. Se caracterizan éstos por dolor abdominal mínimo y sensibilidad del mismo que aumenta con frecuencia alrededor de las 6 horas del traumatismo. La paracentesis o el lavado peritoneal son negativos.

volumen sanguíneo, sobrepasa la habilidad compensatoria del sistema circulatorio para mantener la presión sanguínea y, en consecuencia, se produce hipotensión y schok.

El objetivo primario es detener el sangramiento externo (si existe), identificar el interno, restaurar la volemia, monitorizando mediante presión sanguínea, pulso, presión del pulso, diuresis y preparar para la intervención quirúrgica, para corregir los órganos lesionados.

Cuando el volumen sanguíneo perdido es pequeño, puede ser sustituido por soluciones electroliticas balanceadas, albúmina o dextran. Sin embargo, si el sangramiento es profuso, se debe usar sangre, preferiblemente tipeada y con pruebas cruzadas, añadiendo cada dos transfusiones un suplemento de plasma, bicarbonato de sodio, y cloruro de calcio.

F. Vigilancia de la respiración y, si fuera necesario, intubación orotraqueal. Evitar la insuficiencia respiratoria aguda que contribuye al estado de schok por la anoxia tisular.

G. Estudio radiológico del abdomen antero-posterior y lateral, tórax y la de cráneo, si está indicada. Arteriografía abdominal selectiva y si hay sangre en la orina, pielografia excretoria y la cistografía, cuando hay lesiones pélvicas.
La ecosonografía se debe realizar también en algunos casos.

H. La gammagrafía renal o hepática se puede utilizar para determinar laceraciones de estos órganos.

La punción abdominal ante la sospecha de hemorragia interna, debe ser realizada en los cuatro cuadrantes, muy útil para el diagnóstico de hemoperitóneo, modernamente se utiliza el lavado de la cavidad peritoneal con solución Ringer lactato, previa colocación de un catéter de diálisis peritoneal, la punción falsa-positiva es rara, la negatividad no excluye el hemoperitóneo ni la hemorragia retroperitoneal, y la punción repetida varias horas después, puede ser diagnóstico.

Las rupturas del páncreas ocurren más frecuentemente de lo que uno se imagina, y por lo tanto, la determinación de la Amilasa Sérica es muy importante para el diagnóstico.

Tres mecanismos distintos de trauma caracterizan la edad pediátrica, y son: 1.—Trauma de parto. 2.—El Síndrome del niño golpeado y, 3.—Trauma en general, visceral, del niño y, en especial, aquel que sucede al niño portador de una anomalía congénita no reconocida previamente (1).

En el trauma del parto, con frecuencia observado, es importante hacer la historia del mismo, la presentación del feto, tamaño y tiempo de trabajo.

Los órganos afectados son, corrientemente, hígado, bazo y suprarrenales, se reporta el 1% como causa de las muertes fetales y neonatales. Poher reporta 28/2000 muertes y 22 de ellas en higado (2). El sindrome del niño golpeado se observa en todos los grupos socioeconómicos y categorías demográficas, aún en grupos familiares intactos, pero de interrelaciones desordenadas; la sospecha del mismo es aseverada ocasionalmente por el niño y observamos equímosis, laceraciones, abraciones, quemaduras pequeñas (por cigarrillos), fracturas, etc. La mayoría de las veces las lesiones abdominales observadas están situadas en el páncreas, duodeno y yeyuno, esto debido a una distancia antero-posterior pequeña

Los pacientes con hematoma duodenal evolucionan bien hasta que el tubo nasogástrico es retirado y los vómitos y la distensión epigástrica aparecen como síntomas. y entonces los estudios radiológicos muestran:

1. Escoliosis y/o.
2. Desaparición de la sombra del psoas derecho.
3. Obstrucción pilórica o del duodeno y la aparición de una imagen en espiral del medio de contraste, característicos del mismo.

Los traumatismos duodenales pueden variar desde simple contusión o hematoma hasta ruptura severa combinada pancreático-duodenal, con signos clinicos de perforación y sepsis.

Creemos que el hematoma duodenal, una vez diagnosticado antes de la operación, su tratamiento debe ser médico, alimentación parenteral, sonda nasogástrica, antibióticos, etc. Si al cabo de 10 ó 12 días, el cuadro médico de oclusión intestinal persiste, el paciente debe ser intervenido para solucionar la obstrucción duodenal. Si en cambio el hematoma es diagnosticado durante la intervención quirúrgica debe drenarse éste, haciendo una incisión de la serosa duodenal y drenaje de la cavidad.

En caso de ruptura duodenal o intestinal los síntomas y signos son los clásicos de la peritonitis química o bacterina. Mientras más alta sea la localización del traumatismo, la reacción química será más intensa y mientras más baja, más bacteriana la peritonitis, pudiendo en los casos atendidos tardiamente llegar a producir colapso vascular periférico.

El dolor, vómitos, la defensa muscular, la constipación y estado de choque son habituales. La radiografía de abdomen revelará, aire libre subdiafragmático. distensión de las asas intestinales con engrosamiento de sus paredes. Una vez establecido el diagnóstico debe efectuarse la laparotomía exploradora y corrección debida de la lesión.

BIBLIOGRAFIA

1. URGENCIAS QUIRURGICAS EN PEDIATRIA.: Edic. Med. del Hosp. Infantil de Méx. 1970
2. EN PILIPART, A.: Blunt Abdominal trauma in childhood. Surg. Clin. of N. America, feb. 1977, Vol. 57, pág. 151.