

- 11209.
52.
24

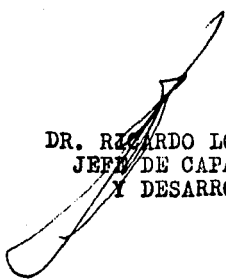
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL REGIONAL * LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS *

* TRAUMA ABDOMINAL *
TRATAMIENTO MEDICO-QUIRURGICO
REVISION RETROSPECTIVA
ENERO DE 1979 A DICIEMBRE DE 1988

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL
TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL
PRESENTA EL

DR. JESUS LUNA RUIZ



DR. RICARDO LOPEZ FRANCO
JEFE DE CAPACITACION
Y DESARROLLO



DR. GABINO CASALES ORTIZ
PROFESOR TITULAR DE LA
ESPECIALIDAD

FALLA DE ORIGEN

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

R E S U M E N

Desde enero de 1979 a diciembre de 1988, ciento treinta y seis pacientes fueron intervenidos con diagnóstico de trauma-abdominal en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos - Del I.S.S.S.T.E. en la Ciudad de México. En 115 laparotomías exploradoras se encontraron lesiones de órganos intraabdominales, en 68 casos producida por trauma abdominal cerrado y en 46 casos causada por proyectil de arma de fuego y en 26 casos las originaron heridas por arma blanca y a 21 pacientes se consideraron como politraumatizados. El choque hipovolémico se diagnóstico en 50 pacientes, las lesiones doblemente penetrantes en 16 casos, solamente en 21 pacientes no se encontró lesión intraabdominal. Lavado peritoneal positivo en 11 casos. Se emplearon métodos clínicos, de laboratorio y gabinete para la documentación del diagnóstico. Se reintervinieron 41 pacientes, realizando 64 reintervenciones, hasta 7 en un solo caso. Siendo la causa más frecuente la sepsis abdominal. Hubo hemoperitoneo en 84 casos, 141 perforaciones de víscera hueca, 80 lesiones en vísceras macizas, 63 lesiones en estructuras vasculares, y otras 68 en estructuras no intraabdominales, el material intestinal contaminó la cavidad en 92 casos. La mortalidad fue de 13.2%, 16 varones y 2 mujeres, dos transoperatorias. El lavado de cavidad abdominal y la administración de antibioticoterapia se efectuó en 115 pacientes. Se efectuaron 355 procedimientos quirúrgicos, la anastomosis enteral termino-terminal fue el más frecuente, y la sutura primaria de lesiones. El trauma abdominal impone múltiples requerimientos a la capacidad clínica y quirúrgica del cirujano general, por lo que su adiestramiento requiere de actualización y práctica continua de las diversas técnicas y terapéuticas actuales.

S U M M A R Y

From January 1979 to December 1988, one hundred thirty six patients were treated with surgical and medical therapies because to Abdominal trauma. They were treated in Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, I.S.S.S.T.E in México City. In 115 exploratory laparotomies, to be found with intraabdominal organic lesions, 68 cases were produced for closed abdominal trauma, in 46 patients caused by bullets of shotguns and the penetrating stab wounds in 46 patients, 21 cases were designed how politraumatized. The hypovolemic shock diagnosis were found in 50 cases, the double-penetrating wounds to be situated in 16 cases, only 21 patients had not intraabdominal lesions. - diagnostic peritoneal lavage has been positive en 11 cases. - The clinical methods, laboratory and radiology technics has been used to the diagnosis protocol. The surgical reintervention in 41 patients, was required in 68 times, at 7 times in one patient, the peritoneal sepsis was the most frequently cause. 84 cases with hemoperitoneum, 141 perforations in abdominal deep viscera. 80 lesions on solid viscera, 63 vascular damages, and 68 lesions in no-intraabdominal organs. peritoneal contamination secondary to hollow viscusiinjury in 92 cases. The mortality was in 16 male and 2 female, 13.2%, --- with two transoperative deaths. Abdominal cavity lavage and antibiotic therapy were 115 patients. 355 surgical technics, simple lacerations of the small intestine should be debrided to healthy tissue and closed with a single layer, for end to end entero-anastomosis. The abdominal trauma command attention to the clinical and surgical capability in general surgeons, because they requires current knowledge and continuous practice in their training in current technics and medical therapies.

I.- INTRODUCCION.

La violencia que sin duda es signo de la sociedad actual, es tan dinámica como la civilización misma, modificando los mecanismos de lesión, su forma, capacidad de daño; así como también, la agresión por parte de individuos, ha aumentado - por condicionamiento a través de los medios de comunicación, en comunidades nacidas. La historia y la actualidad se mezclan en la realidad del trauma abdominal, como se ha evidenciado en el papiro de Smith o en los escritos de J.A. Paré, o bien, el gran cúmulo de información sobre trauma abdominal y las evidencias de desarrollo de técnicas quirúrgicas y tratamientos médicos aplicados actualmente.(1,2,3)

En el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos perteneciente al I.S.S.S.T.E. en el Distrito Federal, se ha encontrado una relación menor de ingresos por trauma abdominal, debido a su carácter institucional, aunque el índice de mortalidad por esta causa, es semejante al de otras dependencias del sector salud que brindan atención a grupos específicos de la sociedad. Al margen de este estudio, están los niños, en los cuales el síndrome del niño maltratado, que abarca hasta el 25% de casos con trauma abdominal en determinadas fracciones sociales.(5,6,7)

El adiestramiento quirúrgico de Médicos Residentes de cirugía general requiere de información, que le permita hacer diagnóstico mediante técnicas específicas y efectuar procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos eficaces en trauma

abdominal, y que le permiten adquirir la destreza y conocimientos para la resolución del problema. La experiencia y la capacidad profesional de cirujanos generales de mayor jerarquía, se transmiten en cada experiencia para un mejor control de decisiones y responsabilidades adquiridas, tanto para realizar una intervención oportuna, como para evitar cirugías innecesarias. (8,9,10,11)

II.- MATERIAL Y METODOS.

Este estudio se efectuó en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE, dentro del periodo comprendido entre enero de 1979 y diciembre de 1988, realizando una revisión de tarjetas de registro de ingresos y egresos en la unidad administrativa y archivo clínico de este hospital, consultando en expedientes microfilmados y activos codificados según la Lista de Clasificación de enfermedades de la Organización Mundial de la salud, con las claves y especificaciones del cuadro 1. Se revisaron 1839 expedientes clínicos, encontrando 136 casos en un periodo de 10 años, que correspondían a pacientes ingresados a través del servicio de urgencias adultos y pediatría.

III.- RESULTADOS.

Los 136 casos encontrados, representan el 7.39% de los 1839 expedientes revisados, correspondientes a pacientes ingresados con lesiones abdominales secundarias a trauma de diversa índole, con un rango de edades de los 12 a los 90 años

con un predominio en los grupos de edad comprendidos entre los 15 a 50 años, con 110 casos registrados; siendo 113 varones y 23 mujeres, determinando una relación de 8:2, con un promedio de edades semejante de 31 años, más-menos 8 meses. En 59 pacientes (43%) se asocio alcoholismo y consumo de estupefacientes en 7 (5.2%). La mortalidad, 16 varones y 2 mujeres (13.2%), fue debida a la severidad de las lesiones, en dos casos con muerte transoperatoria. El tiempo de latencia para la atención de pacientes con trauma abdominal fue, desde una hora hasta 28 días (un solo caso), con una media real de 2.30 hrs desde su ingreso hasta su intervención. (10,12,13,14)

se efectuaron 136 laparotomias exploradoras, 21 de éstas sin hallazgo de lesión visceral, de las cuales 15 no contaban con hoja quirúrgica, se verifican datos en el servicio de Anatomía patológica. se efectuaron 10 apendicectomías incidentales (7.35%). De 121 pacientes intervenidos y con hallazgo de lesión, 68 casos (50%) presentaban trauma abdominal cerrado, en 46 casos presentaron lesiones a herida penetrante por proyectil de arma de fuego (33.8%) y en 26 pacientes (19.1) las lesiones fueron por heridas penetrantes por arma blanca. En 21 casos, se catalogó a los pacientes como politraumatizados por presentar lesiones múltiples asociadas (15.4%). CUADRO 2 Nos es tan importante conocer el mecanismo de lesión y el tiempo que ha transcurrido hasta el momento de su ingreso, como también, la patología agregada mas frecuente (Cuadro 3) con lo que se logra la evaluación correcta del trauma y el estado metabólico real del paciente lesionado. Se encontró

que el estado de choque hipovolemico afecto a 50 pacientes, - heridas no abdominales en 28 casos, politraumatizados en 21 casos, las fracturas costales y el hemo- o neumotorax se encoantraron en 15 y 14 casos respectivamente, y en 22 casos no hubo referencia de patologia concomitante al trauma abdominal (Cuadro 3).(11,13,15,16)

Los procedimientos de laboratorio y gabinete efectuados, son muy importantes para la evaluacion del estado real del paciente, solamente en 32 casos se intervino al paciente sin contar con resultados de estudios de laboratorio o de gabinete, todos los pacientes mostraban cambios importantes en los valores determinados en el laboratorio y el tipo de lesion causada y el tiempo de evolucion, asi como también, la relacion directa de los resultados con el tipo de organo lesionado.(Cuadro 4).

A pesar de los avances técnicos, se demostró, que la capacidad clinica del cirujano general, es la que evalúa, los riesgos de una intervencion ante la sospecha de lesion organica que muestra escasa o nula manifestacion clinica, de esta manera, la - determinacion del tiempo oportuno de realizacion de la cirugia reduce la magnitud de las complicaciones o la supervivencia - del paciente. En los 21 pacientes intervenidos y sin hallazgo de lesion visceral, se aplicó la cirugia, aun cuando la situacion clinica del paciente mostraba signos y sintomas escasos ya que se pueden tener consecuencias lamentables al diferirse la intervencion, como ocurrio en tres casos, en uno de ellos la atencion quirurgica fue retardada 28 dias.(8,10,13,14)

El más importante resultado a esperar, en el tratamiento médico-quirúrgico del trauma abdominal, es obtener el máximo grado de salud en el paciente afectado, ya que las lesiones con-

-dicionan una morbilidad y mortalidad muy altas, afectando a individuos de la 2a. y 3a. décadas de la vida, siendo en éstas, la primera causa de muerte; se registraron 18 defunciones (13.2%), ocurriendo dos muertes en el transoperatorio y en el postoperatorio en 16 casos, en uno de estos casos se reintervino quirúrgicamente al mismo paciente en 7 ocasiones. (2,5,6)

Los hallazgos quirúrgicos en 115 laparotomías exploradoras, implicaban lesiones únicas o múltiples; el hemoperitoneo se encontró en 84 casos (61.7%) con un margen de 58 cc. hasta 3500 cc. y un promedio de 1141 cc.; hubo 141 perforaciones de viscera hueca; las cuales incluyen estructuras gastrointestinales, vesícula biliar y vejiga; en las vísceras mécizas se encontraron 80 lesiones, que implicaban desde desgarros superficiales hasta la avulsión total o parcial del órgano; había lesión vascular en 63 estructuras incluyendo en éstas, epiplon, mesos vasculares, vena porta, vena cava inferior, y aorta abdominal y vasos parietales, condicionantes de hemoperitoneo. Las lesiones en estructuras no relacionadas con el aparato digestivo se encontraron en 68 ocasiones, relacionadas con diafragma, suprarrenales, riñones, raquídeas, vesicales, pericardio, pulmonares y hemoneumotorax por lesiones costo-pleurales en heridas doble penetrantes, (20,21,36)

Un hallazgo muy importante, es la exposición de contenido intestinal, así como también, de orina o biliar que provocan el desarrollo bacteriano a partir de su contenido y que condicionan las complicaciones mas importantes, secundarias a la sepsis que provocan, obviamente la contaminación fecal implica

el mayor riesgo. Es cuando tiene mayor valor el lavado de cavidad abdominal con grandes volúmenes de soluciones, tratando de minimizar secuelas en el trauma abdominal. (Cuadro 5) (17,23,27).

Los procedimientos quirúrgicos se efectuaron de acuerdo a los hallazgos y requerimientos postoperatorios de cada paciente, tratando de minimizar las secuelas al trauma abdominal, - se aplicaron procedimientos para restituir la continuidad del tracto digestivo o derivativas del mismo, sutura de parénquima de vísceras macizas, ligadura o anastomosis de estructuras vasculares o nerviosas, los procedimientos derivativos fueron temporales o definitivos de acuerdo al grado de lesión o bien en el máximo grado de funcionalidad residual que se pudiera obtener. (36,37,41)

En las 115 laparotomías exploradoras, se efectuaron 355 - procedimientos quirúrgicos, tratando con ellos de restituir la funcionalidad orgánica y reducir al máximo las complicaciones ulteriores. En el trauma contuso las vísceras macizas fueron las más afectadas, aunque también, las vísceras huecas - que contenían grandes volúmenes o que recibieron compresión sobre estructuras óseas, fueron lesionadas durante la contusión. (18,19,35,38) En el trauma penetrante, en el cual, el trayecto del objeto o proyectil penetrante implica la lesión de múltiples vísceras ya sean huecas o macizas, debido a la fuerza aplicada en un solo punto y dirección durante el momento de lesión. Los proyectiles de arma de fuego de alta velocidad, producen un movimiento de expansión tisular en derredor de su trayecto, el cual produce concusión sobre estructu-

ras adyacentes a la expansión tisular perilesional, produciendo una contusión indirecta, además, la fuerza giratoria del proyectil hace un efecto centrífugo sobre el estroma estructural de tejido conectivo en los órganos, produciendo lesiones más extensas, que las aparentes. (21,4,24,27) Los dos mecanismos de lesión, presentan los mismos riesgos consecuentes a la lesión tisular, la hemorragia y la infección secundaria a contaminación. El hallazgo de la lesión, depende de una escrupulosa revisión de cada órgano y estructura intraabdominal, no descartando ninguna especulación hasta no demostrar lo contrario. Un procedimiento ineludible en laparotomía exploradora es el lavado de la cavidad abdominal, cuando existió exploración extensa ante la presencia de hemoperitoneo, material libre intestinal o bien al sospechar lesión de vías biliares o urinarias, debiendo realizarse con grandes volúmenes de solución y colocando drenajes de penrose o garatoga en el número y tamaño requeridos. (38,48,61,62,74)

de los 355 procedimientos quirúrgicos efectuados, la resección intestinal con entero-entero anastomosis termino-terminal fue la mayor mente practicada, en 54 casos (47%); la sutura primaria de vísceras huecas se realizó en 59 casos (51%) y se formaron estomas en 27 casos, la sutura de parénquima de vísceras macizas en 33 casos, sutura de pedículos vasculares en 35 casos, esplenectomía en 17 casos, cirugías gástricas en 8 casos, los hematomas retroperitoneales fueron explorados y debridados en 17 casos, en el cuadro 6, se detallan otras técnicas aplicadas durante las 115 laparotomías exploradoras. (42,43,44,51,53)

se efectuaron 64 reintervenciones en 41 pacientes (30.1%), el problema que mas frecuentemente condicionó la reintervención fue la sepsis abdominal en 14 casos y la dehiscencia anastomótica en 18 casos, lesiones vasculares o hemorragia oculta durante el transoperatorio en 20 casos, y solamente en 4 casos se efectuó reintervención ante la sospecha de persistencia en la progresión del daño secundario a trauma abdominal. (25,26,30,32,33)

Se presentaron complicaciones en 56 pacientes, implicando diferentes niveles de riesgo para la salud del paciente. Se efectuaron 180 diagnosticos asociados a la patología primaria siendo desde un solo diagnóstico, hasta 27 diferentes en un solo paciente, incluyendo desde la dehiscencia herida quirúrgica y/o de anastomosis intestinales o vasculares, sepsis abdominal, trastornos metabólicos, hemorrágicos, insuficiencia o falla orgánica aislada o múltiple, en los períodos mediano y tardío del postoperatorio. En el período tardío los procesos sépticos secundarios a abscesos formados por colección de hematomas o por contaminación transoperatoria, hernia o dehiscencia de pared, adherencias, fistulas enteras y enterocólicas, desnutrición, etc... Todos estos trastornos se sometieron a tratamiento en su oportunidad, dentro de los sistemas terapéuticos médicos o quirúrgicos. En 41 pacientes se requirió de atención en la unidad de cuidados intensivos, se reintervino a 23 de ellos (17%) con el diagnóstico más frecuente de sepsis abdominal, estado de choque refractario a tratamiento o evidencia de dehiscencia de anastomosis enteral o bien en el sistema de *second look* para verificación de la limitación del compromiso vascular extenso previo. (27,31,55,63)

IV.- CONCLUSIONES.

El trauma abdominal es una entidad que impone múltiples requerimientos para su valoración clínica y para su tratamiento oportuno y adecuado, ya que el resultado de los procedimientos efectuados en el paciente lesionado condicionarán el estado de salud posterior a esta etapa crítica en la vida del individuo lesionado. (2,3,25,74)

Todos los procedimientos quirúrgicos realizados en la primera intervención, se efectuaran con la finalidad de disminuir el riesgo de reintervención, el desarrollo de complicaciones, y restablecer al máximo posible el estado de salud previo al trauma. El tiempo de duración de la intervención, implica la exposición de la cavidad abdominal al medio ambiente, durante el cual se revizará y explorarán las estructuras intraabdominales, la duración dependerá del tipo y número de lesiones encontradas, su extensión, y el grado de dificultad propia de su localización y de la técnica aplicada para su reparación o aplicación de métodos correctivos o derivativos específicos necesarios. La capacidad del cirujano general en la resolución del tratamiento médico-quirúrgico del trauma abdominal, corresponderá del grado de adiestramiento recibido en el curso de su residencia de especialización y al cúmulo de información recibido durante su formación profesional. Es importante que el adiestramiento de los médicos en los diferentes grados académicos, sea optimizado con los criterios actuales de diagnóstico clínico, laboratorio, gabinete, endoscopia y terapéutica médica y quirúrgica, ofreciendo los beneficios de un mejor desarrollo intelectual y práctico eficaces

en la atención de pacientes con trauma abdominal, de quienes participamos en el servicio de cirugía General en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y por lo tanto en el sector salud

CUADRO 1

- 862.1- TRAUMATISMO CON HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN Y DIAFRAGMA (T.H.P.A.)
- 862.8- TRAUMATISMO INTERNO MULTIPLE DE ABDOMEN Y DIAFRAGMA (T.I.M.A.)
- 863.0- TRAUMA DE ESTOMAGO.
- 863.1- T.H.P.A. DE ESTOMAGO.
- 863.2- T.I.M.A DE DUODENO, YEYUNO E ILEON.
- 863.3- T.H.P.A. DE DUODENO, YEYUNO E ILEON.
- 863.4- T.I.M.A. DE COLON Y RECTO.
- 863.5- T.H.P.A. DE COLON Y RECTO.
- 863.6- T.I.M.A. DE MESENTERIO Y VASCULARES.
- 863.7- T.H.P.A. DE MESENTERIO Y VASCULARES.
- 863.8- T.I.M.A. DE ORGANOS MULTIPLES.
- 863.9- T.H.P.A. DE ORGANOS MULTIPLES.
- 864.0- TRAUMA HEPATICO.
- 864.8- T.I.M.A. E HIGADO.
- 864.9- T.H.P.A. E HIGADO.
- 865.0- TRAUMA DE BAZO.
- 866.0- TRAUMA DE RINON, URETEROS Y VEJIGA.
- 867.0- TRAUMA PANCREATICO.
- 868.0- TRAUMA ABDOMINAL MULTIPLE NO VISCERAL.
- 868.1- T.I.M.A. DE VIAS BILIARES.
- 868.2- T.H.P.A. DE VIAS BILIARES.
- 868.3- T.I.M.A. DE VENA PORTA.
- 868.4- T.H.P.A. DE VENA PORTA.
- 868.5- T.I.M.A. DE VENA CAVA INFERIOR.
- 868.6- T.H.P.A. DE VENA CAVA INFERIOR.
- 869.0- TRAUMA MULTIPLE GRAVE (POLITRAUMATIZADOS)
- 875.0- TRAUMA ABDOMINAL Y TORACICO MULTIPLE.
- 879.0- HERIDA PENETRANTE DE ORIGEN MULTIPLE.
- 879.2- HERIDA PENETRANTE POR ARMA BLANCA (H.P.A.B.)
- 879.4- HERIDA PENETRANTE POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO EN ABDOMEN. (H.P.P.A.F.A.)
- 879.6- HERIDA PENETRANTE POR CUERPO EXTRANO EN ABDOMEN (H.P.C.E.A.)
- 879.9- HERIDA MULTIPLE COMPLICADA.
- 959.1- TRAUMA MULTICAUSAL COMPLICADO.

*fuente: lista de clasificacion de enfermedades de la organizaci3n mundial de la salud.

CUADRO 2
MECANISMOS DE LESION.

HERIDAS PENETRANTES POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO	34
HERIDAS DOBLE PENETRANTES POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO	12
HERIDAS PENETRANTES POR ARMA BLANCA	23
HERIDAS DOBLE PENETRANTES POR ARMA BLANCA	4
HERIDAS PENETRANTES POR CUERPO EXTRAÑO	6
POLITRAUMATIZADOS	21
TRAUMATISMO CERRADO DE ABDOMEN	32
TRAUMA ABDOMINAL POR ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO	14
TRAUMA ABDOMINAL POR ATROPELLAMIENTO AUTOMOVILISTICO	10
HERIDAS NO PENETRANTES POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO O ARMA BLANCA	7
TRAUMA ABDOMINAL SIN LESION VISCERAL	8

*Fuente: Archivo Clínico Hospital Regional Lic. Adolfo López
Mateos 1979-1988.

CUADRO 3

PATOLOGIA AGREGADA MAS FRECUENTE.

ESTADO DE CHOQUE HIPOVOLEMICO	50
ESTADO DE CHOQUE DE DIFERENTE ETIOLOGIA	9
POLITRAUMATIZADOS	21
HEMOTORAX O NEUMOTORAX	14
FRACTURA COSTAL MULTIPLE	15
FRACTURAS MULTIPLES	14
NEUMOPATIAS	8
HERIDAS NO ABDOMINALES	28
SEPSIS GENERALIZADA	8
FALLA ORGANICA MULTIPLE	7
HERIDAS EN CABEZA Y CUELLO	9
ULCERA GASTRICA O DUODENAL	3
LESIONES DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	9
SIN REFERENCIA DE PATOLOGIA AGREGADA	22

Fuente: Archivo Clínico Hospital Regional
Lic. Adolfo López Mateos 1979-1988.

QUADRO 4

ESTUDIOS PARACLINICOS

BIOMETRIA HEMATICA	11
QUIMICA SANGUINEA	107
ELECTROLITOS SERICOS	104
ENZIMAS SERICAS	39
PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO	62
PLACAS SIMPLES DE ABDOMEN DE PIE Y DECUBITO	104
TELERRADIOGRAFIA DE TORAX POSTEROANTERIOR	104
UROGRAFIA EXCRETORA	6
ULTRASONOGRAFIA ABDOMINAL Y PELVICA	7
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA	5
OTROS ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	32
LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO (11 POSITIVOS)	15
PUNCION TORACICA DIAGNOSTICA (8 POSITIVOS)	11
GASOMETRIAS	14
ENDOSCOPIAS	4
SIN REFERENCIA DE ESTUDIOS	22

*Fuente: Archivo Clínico Hospital Regional Lic.
Adolfo López Mateos 1979-1988.

ESTA TESIS HA SIDO
SALIDA DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 5

HALLAZGOS QUIRURGICOS EN LAPAROTOMIAS POR TRAUMA ABDOMINAL

HEMOPERITONEO: 58 A 3500 cc. PROMEDIO	1141 cc. EN 84 CASOS.
PERFORACION: GASTRICA	16 CASOS. DUODENAL 9 CASOS.
Y EYUNO	42 ILEON 34
CIEGO	7 TRANSVERSO 12
DESCENDENTE	7 RECTO-SIGM. 4

LESION DE VISCERAS MACIZAS Y VASCULARES

HEPATICA GRADO I	12 CASOS. VESICULA BILIAR	5 CASOS.
II	8 BAZO	18
III-IV	13 RIÑON	15
PANCREAS CABEZA	4 MESO/VASCULAR	23
CUERPO	4 VASC. RETROPERITO-	
COLA	6 NEAL	17
VENA PORTA	3 VENA CAVA INF.	4
EPIPLON-VASCULAR	14 AORTA ABDOMINAL	2

MATERIA LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL.

GASTRICO	16	DUODENAL	9
INTESTINAL	76	COLON	30
ORINA	12	BILIAR	5
LINFATICO	6	PURULENTO	13

LESIONES NO RELACIONADAS CON APARATO DIGESTIVO.

DIAFRAGMATICAS	14	HEMO/NEUMOTORAX	10
PERICARDIO	1	PULMONARES	2
SUPRARRENAL	2	RENAL	15
VESICAL	5	VERTEBRALES	11
RAQUIDEAS	8		

CUADRO 6

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS.

RESECCION INTESTINAL Y ENTERO-ENTERO ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL.	54
HEMICOLECTOMIAS	8
SUTURA PRIMARIA GASTRICA, DUODENAL E INTESTINAL	41
SUTURA PRIMARIA DE COLON Y RECTO	13
ESTOMAS: GASTRICA, YEYUNAL, ILEAL, COLON	27
LIBERACION DE ADHERENCIAS	14
RESECCION HEPATICA EN CUÑA O LOBECTOMIA	4
SUTURA DE LESIONES HEPATICAS	33
ESPLENECTOMIA	17
COLECISTECTOMIA	7
NEFRECTOMIA	11
PANCREATECTOMIA PARCIAL	4
OPERACION DE WHIPPLE	1
SUTURA DE PEDICULOS VASCULARES	35
SUTURA DE VENA PORTA	3
SUTURA DE VENA CAVA INFERIOR	4
DEBRIDACION DE HEMATOMA RETROPERITONEAL	17
SUTURA VESICAL Y CISTOSTOMIA	5
SUTURA DIAFRAGMATICA	14
APENDICECTOMIA	10
GASTRECTOMIA PARCIAL O TOTAL	5
OPERACION DE BILLROTH	3
LOBECTOMIA PULMONAR	2
PLEUROTOMIA CON SELLO DE AGUA	18
TORACOTOMIA	3
BOLSA DE HARTMAN	4
SUPRARRENALECTOMIA	2
OMENTECTOMIA PARCIAL	11
DEBRIDACION DE ABSCESOS Y HERIDAS DE PARED ABDOMINAL	16
SUTURA DE PARED SIN LESION VISCERAL	8
LAVADO DE CAVIDAD PERITONEAL	115

*Fuente: Archivo Clínico Hospital Regional Lic. Adolfo
López Mateos 1979-1988

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Linn L. et al. Tratamiento de la violencia. MD en español 19(1):1-10, ene.1981.
- 2.- Fry C. et al. Traumatismo abdominal. Tratamiento inicial del traumatizado. Manual Moderno: 466-475, 487-493; 1984.
- 3.- Schwartz S.I. et al. Principles of surgery. 4a. ed. McGraw-Hill, U.S.A.: 199-267.1984.
- 4.- Rhoads K. et al. Trauma abdominal, principios y práctica de la cirugía. Ed. Interamericana. 512-554, 679-844;1984.
- 5.- Greenfield L.J. et al. Abdominal trauma. complications in surgery and trauma. Ed. Mosby. 425-600;1985.
- 6.- Gutierrez S.C. et al. Traumatismo del abdomen. fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. Manual Moderno. 415-424; 1988.
- 7.- Zamudio T.A. et al. Traumatismo cerrado de abdomen en niños. Cir. Med. Urg. 11: 7-10;1986.
- 8.- Grasberg R.C. et al. Residents experience in the surgery of trauma. J.Trauma. 26(9);848-850.1986.
- 9.- Klippel A.P. et al. Técnicas abdominales de diagnóstico. Técnicas y procedimientos de urgencias. Interamericana. 247-280;1984.
- 10.- Hiatt J.R. et al. The importance of nonoperative trauma management in postgraduate surgical education. J.Trauma 27(7);769-773;1987.
- 11.- Boyd C.R. et al. Evaluating trauma care; The TRISS method J.Trauma. 27(4);370-378;1987.
- 12.- Herve C. et al. Early medical care and mortality in poly-trauma. J.Trauma; 27(11);1279-1285;1987.

- 13.- Baxt W.G. et al. The differential survival of trauma patients. J.Trauma. 27(6);602-606;1987.
- 14.- De Maria E.J. et al. Agresive trauma care benefits in the elderly. J.Trauma 27(11);1200-1206;1987.
- 15.- Condon R.E. et al. Lesión abdominal. manual de terapéutica quirúrgica. 3a. ed. salvat. 29-37;1988.
- 16.- Cerra F. et al. Wounds and wounds healing. Am.surg.25(1); 1-15;1982.
- 17.- Corman M.L et al. Colorrectal trauma. Colon and rectal surgery. Ed. Lippincott. 718-724;1986.
- 18.- Flacbaum A.S. et al. Non-left sided diaphragmatic rupture due to blunt trauma. Surg-Gin-Obst. 161;266-274;1985.
- 19.- Zamudio T.A. et al. Desgarros del hemidiafragma derecho secundarios a contusiones toracoabdominales. Cir.Med.Urg. 13(52);5-6;1987.
- 20.- Svenning J.L. et al. Factores pronósticos en el trauma torácico contuso; analisis de 652 casos. Ann.Chir.Cynae. 75;8-14;1986.
- 21.- Grimes W.R. et al. A clinical review of shotgun wounds to the chest and abdomen. Surg.Gin.Obst.160(2);148-152;1985.
- 22.- Ivatury R.R. et al. Emergency departament toracotomy for trauma; a collective review. Resuscitation 15(1);23-35; 1987.
- 23.- Merlotti et al. peritoneal lavage in penetrating thoraco-abdominal trauma. J.Trauma 28(1);17-23;1988.
- 24.- Luna G.K. et al. Traumatic pneumoperitoneum following to combined abdominal and thoracic injury. ped.emerg.care. 4(1);30-31;1988.

- 25.- Bunt T.J. et al. Urgent relaparotomy; the high-risk, no-choice operation. Surg. 98;555;1985.
- 26.- Machiedo G.W. et al. Reoperation for sepsis. Am.Surg. 51;149;1985.
- 27.- Stone HH et al. Infecciones en pacientes postoperados. AM.J.Med. 81;39-44;1986.
- 28.- Bradley S.J. et al. Controlled open drainage of severe intraabdominal sepsis. Arch.surg. 120(5);629-632;1985.
- 29.- Glass C.A. et al. Drainage of intraabdominal abscesses. Am.J.Surg. 147(5);315-317;1984.
- 30.- Butler J.A. et al. Repeated laparotomy for postoperative intra-abdominal sepsis. Arch.surg. 122(jun);702-706;1987.
- 31.- Hedderich G.S. et al. The septic abdomen; open management with marlex mesh with a zipper. surgery 99(4);399-407;1986
- 32.- Crepps J.T. et al. Management and outcome of retroperitoneals abscesses. Ann.surg. 205(3);276-281;1987.
- 33.- Walters R. et al. percutaneous drainage of abscesses in the postoperative abdomen that is difficult to explore.Am.J. surg. 149(5);623-626;1985.
- 34.- Wehr C.J. et al. Empyema thoracis; a ten year experience. South.Med.J. 79(2);171-176;1986.
- 35.- Aufses A.H. et al. Esplenectomia. Técnicas quirúrgicas actuales. Ed. Sheramex.1(1);1-13;1984.
- 36.- Peliciano D.V. et al. Abdominal shotgun wounds. An urban trauma centers experience with 300 consecutive patients. Ann.surg.208(3);362-370;1988.
- 37.- Lidien E. et al. Some observations relating to behind-body armour blunt trauma effects caused by ballistic impact. J.Trauma 28(1);145-148;1988.

- 38.- Gomez.G.A. et al. Diagnostic peritoneal lavage in the management of blunt abdominal trauma. J.Trauma 27(1);1-5;1987
- 39.- Fabian I.C. et al. Computed tomography and lavage in blunt abdominal trauma. J.Trauma 26(12);1156-1157;1986.
- 40.- Al-Qsabi Q.O. et al. Traumatic hernia of the abdominal wall. J.Trauma. 28(6);875-877;1988.
- 41.- Vanderzee J. Penetrating trauma to the back and flank; a reassessment of mandatory celiotomy. Am.Surg.53(4);220-222;1987.
- 42.- Epstein L.I. et al. Rupture of the right hemidiaphragm due to blunt trauma. J.Trauma 28(1);19-28;1988.
- 43.- Brunsting L.S. et al. Gastric rupture from blunt abdominal trauma. J.Trauma 27(8);887-891;1987.
- 44.- Ivatury R.R. et al. Penetrating duodenal injuries. Ann. Surg. 202(2);153-158;1985.
- 45.- Duyck P. et al. Traumatic rupture of the duodeno. J.Belg. Radiol. 70(6);550-551;1987.
- 46.- Davidson B.R. et al. Colonic stricture secondary to blunt abdominal trauma. Postgrad.Med. 63(744);911-913;1987.
- 47.- Duncan A. et al. Intussusception following abdominal trauma. J.Trauma. 27(11);1193-1199;1987.
- 48.- Plewes B. et al. Rupture of the common bile duct by blunt trauma. Can.Med.Assoc.20;98(3);170-171;1988.
- 49.- Barclay G.R. et al. E.R.C.P. in late post-traumatic biliary fistula. Post.Grad.Med.J. 63(736);147-149;1987.
- 50.- Canose J. et al. The value of hepatic imaging in the management of blunt abdominal trauma. Can.Med.Assoc.51(1);7-9;1987.

- 51.- poth E.J. et al. Critical decisions in the management of hepatic trauma. AM.Surg. 148;712-715;1984.
- 52.- Flacbaum T.C. et al. Acute postraumatic acalculous chole cystitis. AM.Surg. 150+ 252;1985.
- 53.- Balasergaram M. et al. Resección Hepática; abordaje logi- co en el manejo quirúrgico de traumas mayores de hígado. AM.J.Surg. 142;580-583;1981.
- 54.- Browder W. et al. Early management of operative injuries of extrahepatic biliary tract. Ann.surg. 205(6)649-658; 1987.
- 55.- Baracco V. et al. prolonged closed liver packing in severe hepatic trauma with 36 patients. J.Trauma 26(8)754--- 756;1986.
- 56.- Cogbill T. et al. Changing trends in the reconstruction in the management of pancreatic trauma. Arch.surg. 117(5);722-728;1982.
- 57.- Funovics J.M. et al. progress in reconstruction after re section of the head of the pancreas.surg.Gyn.obst.164(6) 545-548;1987.
- 58.- Leppianiemi A. et al. pancreatic trauma; acute and late manifestations. Br.J.Surg. 75(2);165-167;1988.
- 59.- Norby I.I. et al Splenorraphy in patients with abdominal trauma. south.Med.J. 79(12);1503-1505;1988.
- 60.- Civil I.D. et al. placental laceration and fetal death as a result of abdominal blunt trauma. J.Trauma 28(5);708-- 710; 1988.
- 61.- Burch J. et al. The injured colon. Ann.surg.203(6); 701- 711;1986.

- 62.- Scott C. et al. Implications of emergency operations on colon. Am.Surg. 153(6);535-540;1987.
- 63.- Lucas C.E. et al. Management of the injured colon. Current Surg. (May-Jun) 190-193;1986.
- 64.- Manohar N. et al. Penetrating colon injuries; exteriorized repair vs. loop colostomy. J.Trauma 27(8)876-882,1987
- 65.- Sagalowsky A.I. et al. Renal trauma requiring surgery; an analysis of 185 cases. J.Trauma 25(2)128-131;1985.
- 66.- Carroll P.R. et al. Operative indications in penetrating renal trauma. J.Trauma. 25(7);587-593;1985.
- 67.- Donohue J.H. et al. Computed tomography in the diagnosis of blunt intestinal and mesenteric injuries. J.Trauma. 27(1);11-17;1987.
- 68.- Cogbill T.H. et al. Acute gastric dilatation after trauma J.Trauma. 27(10);1113-1117;1987.
- 69.- Kidd W.T. et al. The management of blunt splenic trauma. J.Trauma. 27(9);977-979;1987.
- 70.- Gillmore D. et al. Hepatic trauma; to drain or not to drain. J.Trauma. 27(8);898-902;1987.
- 71.- Moss J.F. et al. Non operative management of blunt splenic trauma in the adult. A community hospital's experience. J.Trauma 27(3)315-318;1987.
- 72.- Crass R.A. et al. Colostomy closure after colon injury; a low-morbidity procedure. J.Trauma 27(11)1237-1239;1987.
- 73.- Sanchez S.M. Antibioticos en trauma abdominal. Cir.Med.Urg. 13(52)13-14;1988.
- 74.- Rowlands B.J. et al. Penetrating abdominal trauma; the use of operative findings to determine length of antibiotic therapy, J.Trauma. 27(3) 250-255;1987.