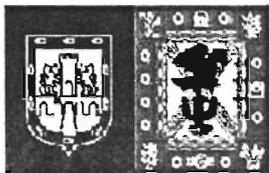


11209



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



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

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN CIRUGIA GENERAL**

“ MANEJO NO QUIRURGICO EN PACIENTES CON EPIPLOCELE POR HERIDA
PRODUCIDA POR INSTRUMENTO PUNZOCORTANTE, ASINTOMATICOS Y
HEMODYNAMICAMENTE ESTABLES”

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

**PRESENTADO POR
DR. JUAN PEDRO VERDUGO VALDEZ**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL

DIRECTOR DE TESIS
DR. ISAIAS VALDERRAMA BASTIDA

- 2005 -

m342616



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

11209



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



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

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN CIRUGIA GENERAL**

*** MANEJO NO QUIRURGICO EN PACIENTES CON EPIPLOCELE POR HERIDA
PRODUCIDA POR INSTRUMENTO PUNZOCORTANTE, ASINTOMATICOS Y
HEMODINAMICAMENTE ESTABLES***

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

**PRESENTADO POR
DR. JUAN PEDRO VERDUGO VALDEZ**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL

DIRECTOR DE TESIS
DR. ISAIAS VALDERRAMA BASTIDA

Manejo no quirúrgico en pacientes con epiplocele por herida producida por instrumento punzocortante, asintomáticos y hemodinámicamente estables.

Autor: Dr. Juan Pedro Verdugo Valdez.

Vo. Bo.

Dr. Alfredo Vicencio Tovar

Profesor Titular del Curso de
Especialización en Cirugía General.

Vo. Bo.

Dr. Roberto Sánchez Ramírez

Director de Educación e Investigación

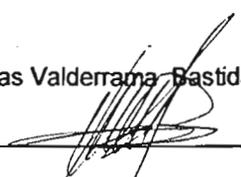


DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN



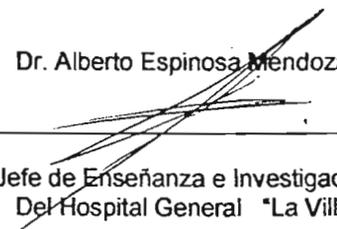
SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Dr. Isaias Valderrama Bastida



Cirujano Jefe del Servicio de
Cirugía General
Asesor de Tesis

Dr. Alberto Espinosa Mendoza



Jefe de Enseñanza e Investigación
Del Hospital General "La Villa"

Dedicatoria:

A mi Madre y a mi Padre por haber bendecido mi trabajo y estar siempre conmigo.

A mi esposa, Osiris, quien ha luchado junto a mi y ha sido mi más grande motivo para salir adelante y triunfar.

A mis hermanos de residencia José Angel Rojas, Gerardo Rodarte Cajica y Ernesto Avendaño con quienes compartí ese año tan difícil y que finalmente juntos sacamos adelante.

Especialmente al Dr. Isaias Valderrama, Dr. Alberto Espinosa, Dr. Gilberto Sánchez Duana y José Luis Lara, por su apoyo, comprensión y amistad, a todos mi admiración y respeto.

A todos mis maestros gracias por su dedicación.

A todos mis pacientes, que gracias a ellos se adquiere la enseñanza que nos enriquece.

Indice

Resumen.....	7
Introducción.....	8
Hipótesis.....	18
Justificación.....	18
Objetivos.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos.....	19
Material y Métodos.....	20
Resultados.....	21
Discusión.....	21
Bibliografía.....	22

Manejo no Quirúrgico en Pacientes con Epiplocele por Herida Producida por Instrumento Punzocortante Asintomáticos y Hemodinámicamente Estables.

Resumen:

El trauma abdominal penetrante es una causa importante de morbimortalidad en nuestro medio con un incremento significativo en la última década. El epiplocele se presenta con una frecuencia menor del 5 % en pacientes con herida por instrumento punzocortante, y el 70 % de éstos pacientes que se encuentran asintomáticos y hemodinámicamente estables, no tienen lesión de órganos intraabdominales lo cuál ha sido demostrado por las realización de laparotomías no terapéuticas. El objetivo de este estudio fue conocer la evolución de los pacientes con epiplocele por herida producida por instrumento punzocortante asintomáticos y hemodinámicamente estables que tuvieron manejo no operatorio haciendo revisión de los casos que se presentaron en el Hospital General "La Villa" de Marzo del 2000 a Febrero del 2003. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de herida por instrumento punzocortante en abdomen con epiplocele que fueron manejados de manera conservadora. Se incluyeron 8 pacientes donde el 100% fue del sexo masculino, una edad promedio de 28.5 años. Se concluyó que el 100% de los pacientes manejados sin laparotomía no desarrolló complicaciones inmediatas ni tardías y que se pueden manejar de manera conservadora.

Palabras claves: Epiplocele, laparotomía, penetrante, asintomático.

Introducción

El trauma abdominal es una fuente de enfermedad y muerte significativa, con mecanismos de lesión tanto penetrantes como contusos. Su diagnóstico rápido es esencial para poder llevar al mínimo la morbilidad. Las lesiones penetrantes son mucho más directas en su presentación y, consecuentemente, los estudios en estos casos son un tanto más fáciles ⁽¹⁾.

La muerte por traumatismos está ubicada en los tres primeros lugares de la estadística mundial. Más alarmante aún es el hecho de que a pesar de los grandes esfuerzos y de las inversiones millonarias, sigue publicándose artículos en donde la muerte evitable intrahospitalaria oscila entre el 20 y el 30 % en los pacientes hospitalizados por trauma⁽²⁾.

La herida penetrante por sí sola atrae la atención de inmediato hacia la alta probabilidad de que exista lesión intraabdominal. Por otra parte el trauma abdominal contuso suele producirse en relación con lesión de múltiples sistemas, lo cual hace que su diagnóstico sea más complejo y desafiante. El examen adecuado requiere de aplicación de muchas modalidades de diagnóstico disponibles en la actualidad⁽¹⁾. En estudios realizados recientemente en base a la mortalidad del trauma abdominal, se reporta que el 70% de las muertes fueron producidas por traumatismo cerrado, siendo ocasionados por accidentes de tránsito(85%), trauma directo y caídas(5.7%) y el resto de los traumatismos(30%) son ocasionados por traumas abiertos y entre las causas se evidenciaron heridas por arma de fuego(90%), y heridas por arma blanca(10%)⁽²⁾.

Entre los antecedentes importantes como causa probable del trauma se recoge que el 46 % de los casos se encontraban bajo los efectos del alcohol, actos delictivos en el 19%, drogas en el 12%, riñas callejeras en el 8% y en el 23% de los casos no se puede determinar la causa⁽¹⁾⁽²⁾.

El abdomen ocupa el tercer lugar en cuanto a zonas corporales dañadas en pacientes que sufren traumatismos. Muchas de estas lesiones no amenazan inmediatamente la vida, pero otras tienen un desenlace abrumador e inmediato. Hasta finales de la década de los ochenta, la frecuencia de lesiones penetrantes del abdomen era menor, siendo las heridas por arma blanca más comunes que las de bala. El trauma contuso era el mecanismo de lesión más común como consecuencia de accidentes automovilísticos. Actualmente y con el incremento de la violencia las lesiones debido a trauma penetrante han aumentado considerablemente⁽³⁾.

La importancia de conocer aspectos referentes a los patrones específicos de lesión y al mecanismo de trauma abdominal radica en las implicaciones diagnósticas, terapéuticas y de pronóstico que acarrearán. El perfil de daño orgánico después de trauma penetrante es diferente al de trauma contuso. Aquí predomina el compromiso de vísceras huecas y estructuras vasculares mayores⁽⁴⁾.

El trauma penetrante es causado por cuchillos, puñales, almaradas o empalamientos y por proyectil de arma de fuego o esquirlas por granadas de fragmentación. Las heridas por arma blanca y por empalamiento son usualmente debidas a penetraciones de baja velocidad y la mortalidad está relacionada directamente con el órgano comprometido. Los efectos secundarios como la infección, están relacionados con la naturaleza del arma y los materiales que ésta

transporta dentro de los tejidos, por ejemplo, trozos de ropa, cuerpos extraños, etc. La infección también se relaciona con el derrame del contenido de vísceras huecas dentro de las cavidades corporales a partir de una lesión⁽¹⁾⁽⁴⁾.

Antes que reconocer la existencia o no de lesión intraabdominal, el enfoque del paciente traumatizado, bien sea por trauma cerrado o penetrante, debe ser detectar y tratar en forma rápida las situaciones que de inmediato ponen en peligro la vida. El proceso inicial corresponde al ABC del trauma que se deben hacer en forma ordenada y a veces simultánea: mantenimiento de la vía aérea y fijación de la columna cervical, respiración y ventilación, circulación con control de hemorragias, atención al déficit neurológico y exposición del paciente⁽¹⁾⁽⁴⁾.

Definitivamente, la estabilidad hemodinámica, los hallazgos clínicos y el mecanismo del trauma dictarán las medidas diagnósticas y terapéuticas subsecuentes, por ejemplo, el mecanismo de lesión fue determinante en el diagnóstico y manejo de un paciente de 30 años de edad presentado en la sala de emergencias con dolor abdominal, cuyo mecanismo fue contuso mientras jugaba softball, demostrando que la exploración física y el interrogatorio sin primordiales en el diagnóstico de trauma abdominal⁽⁴⁾⁽⁶⁾.

Durante la evaluación secundaria, se debe realizar un examen físico meticuloso del abdomen el cual debe incluir los pasos tradicionales semiológicos, es decir, inspección, percusión, auscultación y palpación. El examen rectal es una parte muy importante en la evaluación del abdomen. La presencia de sangre es indicativa de trauma colorrectal y la pérdida del tono del esfínter de trauma raquímedular. Una próstata flotante hace sospechar ruptura de uretra. En la mujer se debe examinar la vagina, la cual puede resultar comprometida en heridas

penetrantes o por fragmentos óseos prominentes en las fracturas pélvicas. En el hombre, el examen del pene sirve para detectar lesiones de uretra y testículos. Un aspecto muy importante en cuanto a la validez del examen físico es que éstos pueden ser equívocos en pacientes con alteración del sensorio, bien sea por trauma craneoencefálico, consumo de alcohol o drogas ilícitas o por lesiones de la médula espinal. Más del 25% del paciente con trauma cerrado tienen TCE, un 2% se presenta con trauma raquímedular y hasta un 50% tienen un estado mental alterado debido al consumo de alcohol o estupefacientes⁽¹⁾⁽⁴⁾.

El valor del examen físico en trauma penetrante tuvo una sensibilidad en detectar daño subyacente abdominal de 91% y especificidad del 85%. Cuando se evalúa el valor del examen físico seriado en el manejo selectivo de las heridas por arma punzocortante abdominal, encontramos que en un estudio prospectivo realizado en el hospital Universitario del Valle en Cali, Colombia, evaluando 118 pacientes en los cuales se hizo un examen físico inicial y repetido durante un periodo de observación de 24 horas, se encontró una sensibilidad del 100% y una especificidad del 96% sin morbilidad atribuible al retardo de la intervención quirúrgica⁽⁴⁾. Cuando se evalúan signos clínicos específicos para determinar la probabilidad de traumas serios encontramos que los signos peritoneales tienen un valor predictivo positivo del 85%, la evisceración intestinal de 90% y el epiplocele del 54%. Por lo anterior, el hallazgo de epiplocele con heridas por armas punzocortante no constituye una indicación para laparotomía, en este caso se hace una resección del segmento de epiplón eviscerado con anestesia local, cierre de la fascia y manejo selectivo con examen físico abdominal seriado⁽⁴⁾.



Figura 1.- Paciente con epiplocele al cuál se realiza resección del epiplocele y cierre de la pared abdominal por planos. (Tomado del Hospital General “La Villa”)

El lavado peritoneal diagnóstico ha sido el estándar de oro para el diagnóstico de trauma abdominal cerrado desde su introducción en 1965. Las ventajas del lavado peritoneal diagnóstico es su bajo costo, se realiza en forma rápida, tiene una tasa de complicaciones mínima y es muy sensible. Muchos pacientes con trauma penetrante pueden tener severas lesiones y clara evidencia de indicación de laparotomía. Tal vez sea el trauma penetrante de abdomen una limitación para realización de lavado peritoneal diagnóstico⁽⁴⁾⁽⁸⁾.

El lavado peritoneal diagnóstico se introdujo inicialmente para detectar lesiones abdominales en trauma cerrado y es en este campo donde más utilidad ha tenido. Sin embargo éste se ha extendido también para incluir pacientes con trauma abdominal penetrante. La combinación de la exploración de la herida y el lavado peritoneal diagnóstico ha sido recomendada para pacientes con herida por arma

punzocortante del tórax inferior y del abdomen anterior. Si el resultado de la exploración de la herida es positivo o equívoco, la incidencia de laparotomías negativas es del 50%. Cuando se adiciona el lavado peritoneal diagnóstico se disminuye el número de laparotomías negativas^(4x9).

Si bien en un paciente con trauma abdominal penetrante por arma de fuego, la evidencia clínica de lesión obliga a realizar laparotomía de urgencia, la evaluación física inicial inadecuada por falta de signos y síntomas, puede retrasar el tratamiento y favorecer a complicaciones graves e incluso la muerte, la asociación en éste tipo de pacientes del lavado peritoneal diagnóstico puede ser útil⁽¹⁰⁾.

En heridas por arma de fuego tangenciales que atraviesan la pared abdominal, sin violación peritoneal, el lavado peritoneal diagnóstico, con criterios de positividad de 5000 eritrocitos por mm^3 , tiene una sensibilidad del 100%, exactitud del 90%, un valor predictivo positivo del 79% y un valor predictivo negativo del 100% para descubrir la presencia de penetración peritoneal⁽⁴⁾.

La tomografía axial computarizada abdominal juega un papel fundamental en la evaluación temprana del trauma abdominopélvico. Brinda una información detallada de la estructura de múltiples órganos, es muy útil en la evaluación de estructuras retroperitoneales, no es invasivo, y es clave en la detección y seguimiento de pacientes candidatos a manejo no quirúrgico. Como desventajas tenemos que es un estudio costoso, requiere de tiempo, falla en detectar lesiones en diafragma, páncreas e intestino delgado, no se puede realizar en pacientes inestables y la calidad del resultado depende en parte de la calidad del equipo y de la técnica tomográfica empleada^(4x11).

Poco se ha publicado acerca del uso de la tomografía en trauma penetrante debido principalmente a que se requiere de estabilidad hemodinámica. Para realizar el estudio, lo cual no es la generalidad en este tipo de pacientes, ya que la tomografía es poco útil en la detección de lesiones diafragmáticas y de vísceras huecas, las cuales son frecuentes en trauma por arma punzocortante y arma de fuego. Sin embargo se ha reportado su utilidad en traumas penetrantes de los flancos o región lumbar en pacientes con hematuria macro o microscópica y en quienes la urografía excretora no es concluyente⁽¹⁾⁽⁴⁾.

Con las técnicas modernas de imágenes más pacientes pediátricos y muchos pacientes adultos con lesión esplénica ya sea por trauma penetrante o contuso, pueden ser seguramente manejados sin laparotomía⁽¹⁾⁽¹²⁾.

El uso del ultrasonido en la investigación de dilemas diagnósticos no es nuevo. Esta ha sido extensamente usada por casi 40 años, y durante las últimas dos décadas ha ganado un papel principal en Europa y Asia en el diagnóstico de situaciones de emergencia, incluyendo el trauma. La evaluación ultrasonográfica en la cama del paciente con trauma es una de las más ampliamente aceptadas de las aplicaciones del ultrasonido en medicina de urgencias. Un número considerable de estudios tienen documentado el uso de el ultrasonido enfocado al trauma abdominal (FAST). La evaluación enfocada con ultrasonografía en trauma ha emergido como método diagnóstico de elección para el trauma directo abdominal en muchos centros de trauma de Norteamérica. Actualmente la máxima utilidad del ultrasonido es la identificación de sangre intraabdominal, pudiendo detectar hasta 100 ml de líquido. Las ventanas acústicas se localizan en áreas adyacentes a superficies sólidas como son el hígado, , los riñones, el bazo, el

corazón y la vejiga distendida con líquido. Así la sangre se puede detectar arriba o bajo de éstos órganos. Los estudios demuestran una sensibilidad de valor predictivo positivo y negativo que excede el 90 % en detectar hemoperitoneo significativo, siendo un marcador de la necesidad de laparotomía. El hecho de que órganos sólidos no sean bien definidos y que el retroperitoneo no se visualice bien hace al ultrasonido comparable con el lavado peritoneal diagnóstico, pero con las ventajas de que el primero no es invasivo y se puede practicar en forma seriada⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾.

El uso de la laparoscopia diagnóstica y terapéutica en trauma se encuentra actualmente en rápido desarrollo. Esta técnica descrita por Kelling en 1902, ha sido usada en forma extensa para el manejo de desórdenes ginecológicos y últimamente en condiciones quirúrgicas electivas. El interés por los cirujanos generales en la laparoscopia ha llevado al estudio serio de su aplicación en el paciente con trauma abdominal. En trauma la laparoscopia fue usada por primera vez por Lamy en 1956 quien observó 2 casos de trauma esplénico. Actualmente, la aplicación de la laparoscopia en trauma se encuentra en sus albores. En la actualidad la laparotomía sigue siendo la piedra angular para diagnosticar y tratar de una manera rápida, eficiente y segura y a un bajo costo a los pacientes con trauma de abdomen. En el paciente que se encuentra hemodinámicamente estable, con ultrasonido y lavado peritoneal positivo, secundario a lesión de víscera maciza, es frecuente que la laparotomía no sea terapéutica ya que las lesiones grado I y II de hígado y bazo no sangran en el momento de realizar la cirugía. En el grupo de pacientes hemodinámicamente estables donde la aplicación de la laparoscopia diagnóstica permite corroborar la lesión sospechada,

clasificarla, verificar la hemostasia y dejar una canalización si el caso lo amerita, o inclusive poder realizar la hemostasia, convirtiéndose en un procedimiento terapéutico, disminuyendo de manera importante el dolor postoperatorio, con mejor resultado estético, y reduciendo la posibilidad de adherencias y oclusión intestinal a largo plazo. En pacientes estables, la laparoscopia puede resolver algunos problemas, como determinar penetración peritoneal en el caso de heridas por arma punzocortante, heridas tangenciales por arma de fuego, y heridas por arma de fuego de carga múltiple a distancia y en el caso de lavado peritoneal diagnóstico indeterminado o con criterio positivo para sangrado. Si la laparoscopia diagnóstica revela algún compromiso que requiera de intervención, se debe tomar la decisión de si ésta es susceptible de manejo laparoscópico o de lo contrario se debe convertir a laparotomía. Esta decisión se basa en la severidad de la lesión, la estabilidad del paciente y en la habilidad del cirujano laparoscopista. La laparoscopia diagnóstica es extremadamente útil en la investigación de lesiones diafragmáticas después de trauma penetrante toracoabdominal, especialmente del lado izquierdo. El costo de la laparoscopia, siete veces mayor que el lavado peritoneal diagnóstico y 2 veces al de la tomografía computarizada, lo hace prohibitivo como un método diagnóstico en el tamizaje del trauma abdominal cerrado, debido a que su exactitud y valor predictivo positivo no son mejores que los 2 anteriores⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾.

La evaluación clínica, los métodos diagnósticos, invasivos y no invasivos, son determinantes en la evaluación y resultado final del paciente con trauma abdominal tanto contuso como penetrante, sin embargo el procedimiento que determina finalmente el diagnóstico y tratamiento definitivo es la laparotomía

exploradora. La laparotomía exploradora, sin embargo, no es inocua y representa morbilidad y mortalidad independientemente del tipo y grado de lesión. La decisión de trasladar al paciente a la sala de operaciones debe basarse en un triage rápido realizado por el cirujano de urgencias. El tiempo en el que el paciente es llevado al quirófano es crucial y depende del mecanismo del trauma, el estado fisiológico del paciente y de su respuesta a la resucitación, el resultado de los tests diagnósticos críticos, las interconsultas apropiadas y la disponibilidad de las salas de operaciones. A diferencia de la laparotomía electiva, en donde las situaciones anatómicas son definidas, la condición fisiológica del paciente es estable, la exposición es adecuada y el daño tisular es mínimo por el uso de una buena técnica quirúrgica, la laparotomía por trauma se caracteriza porque los daños no son definidos, la condición fisiológica puede ser inestable, la exposición es pobre y el daño tisular ha ocurrido horas antes de que el paciente llegue a la sala de operaciones. Existe una situación que es de importancia relevante y es la laparotomía no terapéutica, realizada con un porcentaje de 19%, correspondiendo al 5.3% en pacientes con herida por proyectil de arma de fuego y 46.8% en pacientes con herida por instrumento punzocortante, en un estudio realizado en 244 pacientes. En este estudio, se reportó una morbilidad del 17%, que correspondió 33.4% por atelectasia, 25% con infección de la herida quirúrgica, 25% por infección de vías urinarias, 8.3% con hernia postinsuncional y 8.3% por granuloma de pared⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁹⁾.

Hipótesis

Los pacientes con herida producida por instrumento punzocortante con epiplocele asintomáticos y hemodinámicamente estables tienen una evolución hacia la mejoría sin tratamiento quirúrgico.

Justificación

El trauma abdominal penetrante corresponde al 30 % del trauma abdominal. En pacientes con trauma penetrante abdominal por instrumento punzocortante, aún no se ha documentado el porcentaje exacto de epiplocele. Sin embargo el manejo actual de pacientes con epiplocele que se encuentran asintomáticos y hemodinámicamente estables son sometidos a laparotomía exploradora y el 70 % de éstos pacientes no tienen lesión de órganos intraabdominales, presentando complicaciones atribuidas a la laparotomía exploradora no terapéutica. A pesar de conocer las complicaciones que se presentan en pacientes sometidos a laparotomía no terapéutica, se continúa manejando quirúrgicamente a este tipo de pacientes. Considero importante documentar la evolución de pacientes con herida por instrumento punzocortante en abdomen con epiplocele, asintomáticos y hemodinámicamente estables, que fueron manejados de manera conservadora, con el fin de obtener información acerca de otra opción terapéutica, que disminuya los riesgos en pacientes sometidos a laparotomía exploradora no terapéutica así como el tiempo de estancia hospitalaria y costos de los mismos.

Objetivos

Objetivo General

Conocer la evolución de los pacientes con herida producida por instrumento punzocortante en abdomen con epiplocele, asintomáticos, hemodinámicamente estables con manejo no operatorio.

Objetivos Especificos

Conocer el tiempo de hospitalización de los pacientes con herida por instrumento punzocortante con epiplocele, asintomáticos, hemodinámicamente estables con manejo no operatorio.

Conocer el tipo de complicaciones que presentan los pacientes con herida por instrumento punzocortante en abdomen, asintomáticos, hemodinámicamente estables con manejo no operatorio.

Material y Métodos

Se llevo a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo de Marzo del 2000 a Febrero del 2003, se incluyeron expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de herida producida por instrumento punzocortante en abdomen con epiplocele, asintomáticos y estables hemodinámicamente, que fueron tratados de manera no operatoria, en el servicio de Cirugía General del Hospital General " La Villa" de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. De cada expediente se obtuvo género, correspondiendo el 100% al masculino, de los 8 pacientes incluidos, evolución clínica y análisis de complicaciones. Tales datos se recopilaron en una tabla diseñada para tal fin. Se determino cuál fue la evolución clínica de éstos pacientes con el manejo no operatorio. Los datos se analizaron por medio de medidas de tendencia central(moda, mediana y promedio).

Resultados

Se incluyeron 8 pacientes, con diagnóstico de herida producida por instrumento punzocortante en abdomen con epiplocele, asintomáticos y hemodinámicamente estables del servicio de Cirugía General del Hospital General "La Villa". El 100 % correspondió al sexo masculino. El rango de edad fue de 17 - 39 años con un promedio de 28.5 años. En cuanto a signos y síntomas, el 100 % evolucionó asintomático y permaneció así hasta su egreso. Todos los pacientes toleraron adecuadamente la vía oral a las 24 horas de ingreso y el seguimiento fue hacia la mejoría. Ninguno presentó complicaciones que requiriera de la realización de laparotomía exploradora.

Discusión

En este estudio se observó que los pacientes con herida producida por instrumento punzocortante con epiplocele y que se encuentran asintomáticos y hemodinámicamente estables, no requieren de laparotomía exploradora. En base al seguimiento clínico de dichos pacientes, es de suma importancia la reducción de laparotomías no terapéuticas que disminuirían la frecuencia de complicaciones así como días de estancia intrahospitalaria. Además es útil mencionar que este tipo de manejo se debe realizar en centros hospitalarios donde se cuente con los recursos necesarios para realizar una laparotomía exploradora de urgencia si se

requiere y que el personal médico responsable tenga el adiestramiento adecuado en trauma. En base a este estudio, concluimos:

- 1.- El epiplocele es una condición poco frecuente en pacientes con herida producida por instrumento punzocortante.
- 2.- El manejo no quirúrgico y regido en la observación clínica estricta evita la realización de laparotomía exploradora no terapéutica.
- 3.- Se requieren de mayor número de estudios de este tipo para establecer con mayor precisión las bases de este tipo de manejo.

Bibliografía

- 1.- Kenneth L. Mattox, Trauma, Cuarta Edición, Volumen 1, año 2000.**
- 2.- Molina Colina, JL, Espinoza M. Villalobos M., Rodriguez M, Mortalidad Intrahospitalaria del paciente con traumatismo abdominal, Hospital Universitario de Maracaibo, Medicina Crítica de Venezuela, 1999, Volumen 14, pp: 26-30.**
- 3.- Sanchez Lozada,R. Ortiz Gonzalez, J., Lesiones Abdominales por Trauma: Experiencia de 2 años en un hospital de 3er nivel, Cirugía General, Volumen 24, Número 3, 2002, pp:201-205.**
- 4.- Vicencio Tovar, A., Toro Yepes, L., Trauma abdominal, Sociedad Panamericana del Truama, 2000, pp: 307-321.**
- 5.- García del Castillo, M., Flores Huerta, V., Laparoscopia Diagnóstica en Trauma Abdominal, Trauma, Volumen 6, Número 1, 2003, pp:15-20.**
- 6.- J.M. Couselo, M.M. Moreda, J. Cao, Traumatismos Diafragmáticos, Emergencias, Volumen 15, 2003, pp: 207-210.**
- 7.-Ralph J. Riviello, Jeffrey S. Young, Intraabdominal Injury From Softball, American Journal of Emergency Medicine, Volumen 18, Número 4, Julio 2000.**
- 8.- Scott C. Brakenridge, Kimberly K. Nagy, Kimberly T. Joseph, Detection of intraabdominal injury using Diagnostic Peritoneal Lavage after shotgun wound to the abdomen, The Journal of Trauma, injury, infection and critical care, Volumen 54, Número 2, pp:329-331.**

- 9.- Aguirre P. Javier, Laparotomía no terapeutica en Trauma penetrante en dorso y flanco: Propuesta de Algoritmo de estudio, Cirugía General, Volumen 23, Número 4, 2001, pp:234-239.
- 10.- Rodriguez G., Ruso L., Praderi R., Heridas duodenales por arma de fuego, manejo quirúrgico primario, Cirugia Uruguay, 1997, Volumen 67, Número 2, pp: 62-64.
- 11.- Art Strauss, Dan Tandberg, Penetrating abdominal injury caused by nonlethal ammunition, American Journal of Emergency Medicine, Volumen 18, Número 7, 2000.
- 12.- Margaret Knudson, Kimball Maull, Trauma Care in the New Millenium, Surgical Clinics of Noth America, Volumen 70, Número 6, 1999, pp:1358-1371.
- 13.- Michael Blaivas, Paul Scerzensk, Significant hemoperitoneum in blunt trauma victims with normal vital signs and clinical examination, American Journal of Emergency Medicine, Volumen 20, Número 3, 2002.
- 14.- Boulenger, Bernard R., McLellan, Barry A., Prospective Evidence of the Superiority of a Sonography-Based algorithm in the assessment of blunt abdominal injury, Journal of Trauma, Volumen 74, Número 4, 1999, pp: 270-279.
- 15.- Acuña, Rafael, Messa, Roberto, Laparoscopia Diagnóstica en Trauma Esplénico grado II: informe de 1 paciente, Cirugía General, Volumen 22, Número 4, 2000, pp: 367-370.
- 16.- García Romero, Jaime, Introducción a la metodología de investigación médica interdisciplinaria, Segunda Edición, 1998.