

Evisceración traumática

DR. JORGE A. FIORENTINO

RESUMEN

En pediatría los traumatismos abdominales abiertos con evisceración requieren casi siempre tratamiento quirúrgico mandatorio. Cuando esto sucede, es recomendable que el emergentólogo y, principalmente, el cirujano de trauma, conozcan un amplio repertorio de maniobras y procedimientos para ser realizados antes y durante el acto quirúrgico.

Se presentan 4 pacientes asistidos en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires (HNRG), todos portadores de traumatismos abdominales abiertos con evisceración. La atención inicial hospitalaria fue realizada mediante la utilización de un protocolo normatizado en base a los criterios recomendados por el curso A.T.L.S. del Colegio Americano de Cirujanos con las modificaciones pediátricas del Comité de Trauma de dicho Hospital.

La categorización lesional se realizó utilizando el poder de discriminación del Índice de Trauma Pediátrico (ITP). Dos niños eran varones y otros 2 mujeres. Las edades oscilaron entre 5 y 13 años y las circunstancias que originaron los eventos traumáticos fueron herida por arma blanca, caída desde un bicicleta sobre el borde libre del manubrio con enclavamiento del freno, incidente ferroviario y herida cortada con los vidrios de una puerta.

Por la severidad de las lesiones, 2 pacientes fueron laparotomizados de urgencia y en dos ocasiones se efectuó la exploración de la herida para corroborar violación peritoneal y valorar lesiones.

Este trabajo destaca la infrecuencia de esta modalidad traumática y describe la técnica recomendada para un manejo inicial rápido y seguro.

INTRODUCCIÓN

Definición: La evisceración se entiende como la extrusión de un segmento intestinal u órgano intraabdominal fuera de la cavidad abdominal a través de una solución de continuidad parietal (herida abierta abdominal).

La enfermedad traumática infantil reúne una serie de características que la diferencian fuertemente de otras patologías.¹ El éxito terapéutico se relaciona con una atención inicial especializada, un sistema médico regionalizado y un soporte institucional acorde a este grupo etario tan diferente al adulto.¹⁻³

Aunque se hace referencia a una situación especial como la evisceración, es bueno seguir insistiendo que las prioridades en la atención primaria se sustentan en mantener permeable la vía aérea con el control de la columna cervical, la respiración (ventilación, oxigenación), la circulación con control de los sangrados externos, la valoración del déficit neurológico y la exposición completa con control y prevención de la hipotermia.²⁻³

Ninguna lesión, por más impactante que resulte, debe distraer al rescatador de los algoritmos secuencializados de procedimientos que impone la atención integral de la víctima traumatizada.

CASOS CLÍNICOS

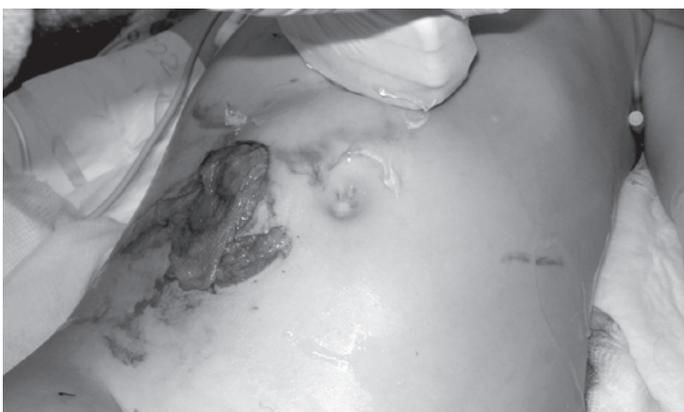
Tabla N° 1: Casos clínicos. Registro de Trauma HNRG

	Paciente N° 1	Paciente N° 2	Paciente N° 3	Paciente N° 4
Sexo	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Edad	7 años	13 años	12 años	5 años
Evento traumático	Caída biciclo	Accidente ferroviario	Herida por arma blanca	Herida cortada con puerta de vidrio
Viscera extruída	Epiplón	Intestino delgado y grueso-Hígado	Epiplón	Colon - Epiplón
ITP al ingreso	9	-2	8	7
Lesiones	Perforación de yeyuno	Múltiples perforaciones de intestino delgado y grueso. Laceraciones en hígado y bazo	Sin lesiones intraabdominales	Perforación colónica. Lesión de la arteria gastroepiploica
Tratamiento	Exploración de la herida en quirófano (+). Cierre de la perforación Lavado de cavidad	Control del daño. Ileocolostomía derecha	Exploración de la herida en quirófano (+). Laparotomía no terapéutica	Cierre de la perforación. Control de hemostasia. Lavado de cavidad
Evolución	Buena	Falleció	Buena	Buena

Foto 1. Herida por arma blanca con epiplón exteriorizado (paciente N° 3)



Foto 2. Herida cortada con extrusión de colon transverso y epiplón (paciente N° 4)



DISCUSIÓN

El Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires (HNRG) asiste un promedio de 5.000 niños traumatizados por año, y el trauma abdominal representa para su estadística, un registro del 11% del total de los niños ingresados, casi siempre con diagnóstico de lesiones múltiples.

Los traumatismos abiertos o penetrados son menos frecuentes que los cerrados y se definen por la violación de la pared abdominal y el peritoneo.³ La frecuencia de observación –trauma abierto vs. cerrado– corresponde según el Registro de Trauma del HNRG a un 13%-77%.

Esta incidencia ha ido aumentando en forma preocupante, principalmente en la población adolescente vinculada a hechos de violencia, siendo las etiologías más comunes las lesiones por arma blanca y de fuego.

La evisceración constituye una variable de infrecuente presentación y se define junto con el empalamiento como situaciones especiales dentro del universo del abdomen agudo traumático abierto.⁴

Sólo por dar un ejemplo, en los últimos 10 años se han registrado solo 4 lesiones abdominales con evisceración (ver tabla N° 1).

CRITERIOS QUIRÚRGICOS (COMITÉ DE EMERGENCIA Y TRAUMA DEL HNRG)

El **epiplocele** (salida o protrusión del epipión por la herida) solamente **indica** en forma incontrovertible **que la pared y el peritoneo han sido perforados**, pero no es indicación mandatoria de laparotomía exploratoria. **El epiplocele no es un signo inequívoco de lesión intrabdominal**. Si los protocolos utilizados sugieren que se opere a todo paciente con herida penetrada de abdomen, la indicación de cirugía en un paciente con epiplocele es violación peritoneal y no el epiplocele por sí mismo.

En cambio, **la evisceración** (protrusión de una víscera, generalmente intestino delgado, a través de una herida abdominal penetrada) se considera como una **indicación absoluta de laparotomía**.

Técnica de procedimiento y materiales utilizados

Pocos procedimientos son tan dramáticos como asistir a un niño traumatizado con evisceración. No haber participado nunca en este tipo de eventos puede llevar a pensar que se trata de una tarea muy difícil de practicar, y en realidad la técnica elemental no es más que una sucesión lógica de habilidades manuales relativamente sencillas.⁵

Es muy importante que el médico emergentólogo esté completamente familiarizado con la técnica y con el equipamiento requerido antes de realizar el procedimiento, entendiendo que esta situación amerita la inmediata protección del segmento extruído a fin de preservarlo de un daño mayor.

A pesar de su infrecuencia, es necesario tener una estrategia de acción que le permita al rescatador manejar con suficiencia una técnica de asistencia rápida y segura para ingresar (lo antes posible) al paciente a quirófano.⁶

¿Por qué es necesario actuar con rapidez?

En primer término, digamos que esta situación implica una urgencia real por varias razones a saber:

Procedimiento: Se deberá cortar las ropas de la víctima por las líneas de costura y exponer la superficie del abdomen a examinar. Luego de una minuciosa inspección (examen primario) se deberá dejar la víscera sobre la superficie de la pared abdominal imitando la posición en que se encontraba antes de su intervención.

Todas las maniobras deben realizarse mediante una manipulación cuidadosa, evitando tracciones que comprometan la irrigación de los órganos expuestos y la exacerbación de los estímulos dolorosos.

De observar que la brecha orificial comprime o compromete la vasculatura, se deberá incidir el tejido parietal para descomprimir los mesos y favorecer la circulación, siempre y cuando el rescatador esté entrenado en la realización de este tipo de procedimientos.

Como el contenido visceral del abdomen requiere un ambiente húmedo, los órganos expuestos se desecan rápidamente, comenzando inevitablemente el proceso de muerte celular.

Por tanto, los órganos eviscerados deben ser cubiertos con compresas estériles humedecidas con solución salina o vaselina líquida estéril que se irán periódicamente mojando a medida que las mismas se des sequen.

Todas estas maniobras recomendadas deberán realizarse asegurando buenas condiciones de asepsia y bioseguridad para el rescatador y los miembros de su equipo.

De acuerdo a la cantidad de vísceras exteriorizadas, se confeccionará una cobertura plana (*ver gráficos A, B, C Y D*) lo más hermética posible o un silo contenedor moderadamente ajustado. El silo confeccionado (*bowel bag*) para iniciar el transporte del traumatizado se cubrirá con una plancha de poliuretano, que además de aislar la curación, evitará la pérdida de calor y líquidos por evaporación excesiva.

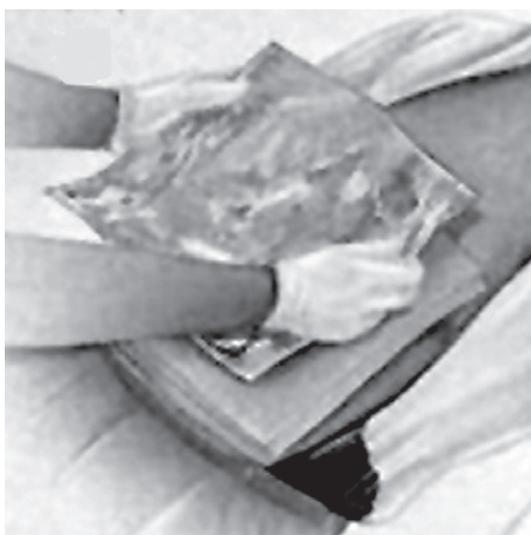
Gráfico A. Herida abdominal con extrusión de intestino delgado



Gráfico B. Cobertura (aplicación de gasas humedecidas)



Gráfico C. Cobertura externa (plancha de Poliuretano)



Si el volumen intestinal es de importante magnitud, es recomendable acojinar el silo para que su contenido por simple gravedad, no traccione las raíces mesentéricas al lateralizarse y caer hacia los flancos.

Materiales: Bolso de trauma (kit de trauma)

- Caja de cirugía menor: pinzas hemostáticas, tijeras de hilos (Mayo) y de tejidos (Metzenbaum), sonda acanalada, pinza de mano izquierda (disección)

Gráfico D. Curación finalizada



con y sin dientes, porta agujas, mango de bisturíes para hojas descartables 11, 15, 23 y 24.

- Gasas hidrófilas estériles.
- Vendas estériles de 10 cm y 15 cm.
- Bolsas y plancha de poliuretano.
- Solución fisiológica.
- Vaselina líquida estéril.
- Antisépticos: polividona yodada al 10%.
- Rollos de tela adhesiva hipoalergénica.
- Hilos de sutura.
- Elementos de bioseguridad: guantes, camisolines, protección ocular, gorros y barbijos.
- Linterna con baterías y tijera corta ropas.
- Mantas, almohadas y sábanas.

➤ **Traslado al Hospital:**

El traslado se efectuará teniendo presente que el pronóstico final de la víctima, dependerá en gran medida de la celeridad en que se llegue al Departamento de Urgencia y de allí al quirófano.

No olvide de mantener las gasas humedecidas

Durante los minutos que se inviertan para llegar al hospital definitivo, se recomienda que la comunicación con el centro receptor provea

detalles de las lesiones abdominales y extra-abdominales del paciente, así como también de los procesos de reanimación realizados y los resultados obtenidos (cada acción debe ser evaluada).⁷

El tiempo invertido en el transcurso del transporte hasta el centro de derivación definitivo, no deberá dejar pozos terapéuticos, y es en estos momentos donde se recomienda en forma ininterrumpida revalorar las condiciones vitales del paciente, intentar la colocación de una vía periférica (siempre que se considere necesaria), seguir suministrando oxígeno a alto flujo, asegurar un correcto empaquetamiento corporal, evitar y prevenir la pérdida de calor.⁴⁻⁵ Si aún queda alguna fracción de tiempo, la historia clínica de trauma ayudará a realizar una derivación con información indispensable, breve, clara y completa para el médico receptor.

De ser posible, la anamnesis deberá realizarse teniendo en cuenta los siguientes factores preponderantes para estos momentos:³⁻⁸

1. Alergias.
2. Medicaciones.
3. Antecedentes clínicos.
4. Hora de la última ingesta.
5. Acontecimientos previos al evento traumático.

Hay que recordar que salvo que exista una hemorragia difícil de controlar, el paciente debe ingresar a quirófano compensado hemodinámicamente, eutérmico y sin desequilibrios hidroelectrolíticos (considerar también que otras lesiones pueden interferir en el acto anestésico y quirúrgico).

PUNTOS CLAVES

1. Ninguna lesión por más impactante que resulte, debe distraer al rescatador de los algoritmos secuencializados de procedimientos que impone la atención integral de la víctima traumatizada.
2. El trauma es una enfermedad tiempo dependiente y los pacientes con lesiones abdominales graves, fallecen por desangramiento (en ocasiones sin ser advertido).

**RECUERDE: EL ABDOMEN
MATA DURANTE LA ETAPA C.**

3. Durante la fase prehospitalaria de atención inicial, no se deberán consumir en

escena, los valiosos minutos de la hora de oro. Tener presente que la reparación de la pared abdominal y la introducción de las vísceras extruídas requieren un tratamiento definitivo dentro de un ámbito quirúrgico, con anestesia general y con profesionales especialistas en lesiones.

4. El tiempo perdido y el sangrado son los máximos enemigos del paciente con trauma abdominal.

CONSIDERACIONES FINALES

En la etapa prehospitalaria lo más importante es detectar rápidamente las situaciones que comprometen la vida, realizando el transporte primario en un tiempo ideal en escena, menor a 10 minutos.²

Ante situaciones especiales como la evisceración y/o empalamiento, la conducta del rescatador debe estar dirigida a no empeorar la condición ya existente del traumatizado, entendiéndose que la necesidad imperante durante la fase prehospitalaria es dirigir lo antes posible a la víctima al quirófano.³⁻⁷

Aunque algunos cirujanos consideren que cualquier herida abdominal abierta requiere intervención quirúrgica, nosotros preferimos un manejo terapéutico más selectivo en base a un protocolo de estudio desarrollado y adaptado a la anatomía y fisiología del niño. El manejo selectivo no quirúrgico debe ser utilizado cuando los pacientes se encuentren hemodinámicamente estables y los estudios de segundo orden no evidencien situaciones que puedan comprometer la vida.⁷⁻⁹

A pesar de no haber resaltado los efectos benéficos del soporte emocional en estas circunstancias, nunca deberemos olvidar de atender las necesidades emocionales de un niño herido y su familia.

Este hospital desde hace más de 2 décadas se encuentra abocado a la tarea de reforzar las actividades del grupo de trauma que ha iniciado varias líneas de investigación, capacitación y trabajo.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Barrios G. Evaluación y asistencia prehospitalaria al paciente traumatizado. En: Trauma, La Enfermedad del Nuevo Milenio. Editores Juambeltz C, Machado F, Trostchansky J. Editorial Arenas Montevideo Uruguay 2005;9:143-144.
2. BTLS (Basic Trauma Life Support) Manual for Paramedics and Advanced EMS Providers. Alabama Chapter American College of Emergency

- Physicians. Third Edition, update, 1999.
3. A.T.L.S (Advanced Trauma Life Support) Manual for Physicians. Committee on Trauma, American College of Surgeons, Chicago, 2010.
 4. Prehospital Trauma Life Support. National Association of Emergency Medical Technicians. Mc Swain (ed). Emergency Training. 2nd Edition. Akron, Ohio 1990.
 5. Cooper A, Cantilo E. Trauma Pediátrico. En: Trauma. Ed. Rodríguez A., Ferrada R. Sociedad Panamericana de Trauma. Colombia. 1997:569-587.
 6. Neira P, Fiorentino JA. Prioridades en el manejo del traumatismo en pediatría. En: Trauma-Prioridades 1ra Edición. Ed. Panamericana, Bs. As. Argentina. 2002;20(2):564-581.
 7. Locatelli H. Transporte del paciente agudo crítico. Relato Oficial al XVI Congreso Argentino de Patología de Urgencia y Emergentología A.M.A. Patología de Urgencia, Año 7, N° extraordinario; 1999:29-64.
 8. Iñón A. Manual del Curso de Atención Inicial en Trauma Pediátrico. Programa Cappa. 2^{da} edición Buenos Aires, Argentina, 1998.
 9. Marhuenda C, Martínez Ibañez V, Boix Ochoa J, et al. Traumatismo abdominal en un hospital pediátrico de tercer nivel: estudio de 150 pacientes. Cir Pediat (Edición Española), 1992;5:3,151-155.