

Editorial acerca de “Abordaje laparoscópico del traumatismo abdominal. Experiencia en un hospital de trauma”

Editorial on “Laparoscopic approach to abdominal trauma. Experience in a trauma hospital”

Gustavo N. Matus*

Ha sido muy agradable leer un trabajo tan prolijamente presentado y claro. Fruto de mi conocimiento en el tema trauma obtenido en el Hospital de Urgencias de Córdoba es que me atrevo a realizar los siguientes aportes. Coincido en que la laparoscopia diagnóstica es una prueba útil para pacientes con trauma abdominal y evita un número importante de laparotomías exploradoras innecesarias. Como bien han señalado los autores, esta es una práctica atractiva e interesante en cualquier centro de trauma con residentes en formación, ya que son de una complejidad intermedia tanto la exploración del abdomen como la resolución laparoscópica de lesiones diafragmáticas, gástricas o intestinales.

La evaluación y el manejo del trauma abdominal han presentado cambios significativos en las últimas décadas. Los métodos diagnósticos en este tipo de lesiones han evolucionado con el desarrollo de nuevos conceptos y avances tecnológicos logrados en los últimos veinte años. Por lo tanto, es importante definir algunos parámetros para indicar una laparoscopia en paciente con trauma abdominal.

Es cierto que ha perdido cierta vigencia y utilidad en nuestro medio para el diagnóstico de lesiones intraabdominales en trauma, tanto de manera electiva como de urgencia en razón del avance tecnológico de los últimos equipos de reconstrucción tomográficos, teniendo en cuenta además que es una práctica invasiva no exenta de complicaciones. Sin embargo, no deja de ser un gran complemento con el que contamos en la actualidad.

Si se quiere reducir la morbilidad y la mortalidad en pacientes con trauma abdominal penetrante, es prioridad la determinación rápida y precisa de la penetración peritoneal y la identificación de la necesidad de cirugía. En este contexto, la laparoscopia puede tener un impacto importante en la tasa de laparotomías negativas o no terapéuticas. En nuestra experiencia, en el traumatismo abdominal abierto, la laparoscopia diagnóstica fue indicada con mayor frecuencia que en el trauma cerrado, lo que coincide con la mayoría de las publicaciones sobre el tema. La importancia de un estado hemodinámico estable ha sido reseñada por to-

dos los autores para indicarla en pacientes con trauma penetrante.

Si bien el empleo de la laparoscopia ha demostrado ser seguro, rápido y altamente sensible para la evaluación del trauma penetrante, con las ventajas propias de la laparoscopia con respecto a la cirugía abierta (menor tasa de infección del sitio quirúrgico, menor tasa de infección respiratoria, mejor control del dolor y menor estancia hospitalaria) como fue analizado en este trabajo, en el caso del trauma abdominal cerrado aún es motivo de controversia en la literatura, pero lo consideramos de gran utilidad en nuestro hospital. Los pacientes con traumatismo abdominal cerrado y con estudios diagnósticos no concluyentes de lesión orgánica son una indicación clara para una laparoscopia diagnóstica. En algunos, la investigación resulta negativa pero se evita realizar una laparotomía y, en muchos casos, se demuestra un hemoperitoneo de ligera cuantía causado por desgarro mesentérico, que es reparado por laparoscopia asociado en algunas circunstancias con sufrimiento intestinal. Asimismo, los pacientes que más se podrían beneficiar del abordaje laparoscópico en el trauma cerrado serían los que presentan la sospecha de lesión de víscera hueca, sospecha de lesiones diafragmáticas, el fallo tras el manejo conservador, o pacientes con líquido libre aislado y deterioro clínico.

Con la posibilidad de otras modalidades terapéuticas, como la angioembolización, o los avances en las pruebas de imagen que han aumentado su precisión diagnóstica, el manejo conservador constituye la estrategia de elección en el trauma cerrado. El manejo no quirúrgico (TNO) del traumatismo abdominal cerrado es mandatorio y se ha vuelto cada vez más común en pacientes hemodinámicamente estables y sin lesiones con indicación quirúrgica. Hay complicaciones conocidas de TNO por líquido intraabdominal no drenado, incluidas hemorragia y bilirragia, que requieren una operación diferida, más frecuentemente en lesiones hepáticas. Por lo tanto, la laparoscopia se puede considerar como parte del plan de gestión general, en lugar de un fallo del TNO. La laparoscopia es beneficiosa en pacientes con trauma abdominal cerrado después de

*Especialista en Cirugía General y Emergentología. Jefe de Guardia en el Hospital Municipal de Urgencias, Ciudad de Córdoba. Cirujano de Staff, Sanatorio Mayo, Ciudad de Córdoba.

TNO con mejoría en los síntomas, características de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y una posible reducción en la duración de la estancia hospitalaria.

La laparoscopia aún desempeña un papel minoritario en los pacientes con trauma, aunque debe considerarse su utilidad diagnóstica y terapéutica en casos seleccionados. Asimismo está ampliamente extendido su empleo como diagnóstico de la violación

del peritoneo en un traumatismo abdominal penetrante en pacientes hemodinámicamente estables, para la evaluación y reparación del diafragma en heridas toracoabdominales izquierdas, o en la exploración de hallazgos equívocos en la tomografía. La realización de una laparoscopia diagnóstica en el paciente de trauma debe ser llevada a cabo por cirujanos con experiencia en el manejo del paciente politraumatizado, así como en la cirugía laparoscópica.

■ ENGLISH VERSION

It was a pleasure to read such a neat and clearly presented paper. As a result of my knowledge in the field of trauma, obtained at Hospital de Urgencias de Córdoba, I venture to make the following contributions. I agree that diagnostic laparoscopy is a useful screening tool for patients with abdominal trauma and avoids a significant number of unnecessary exploratory laparotomies. As the authors have pointed out, this is an attractive and interesting practice in any trauma center with residents in training, since abdominal exploration and treatment of diaphragmatic, gastric or intestinal injuries through laparoscopy represent an intermediate level of complexity.

The evaluation and management of abdominal trauma have undergone significant changes in recent decades. Diagnostic methods in this type of lesions have evolved with the development of new concepts and technological advances achieved over the past twenty years. Therefore, it is important to define some parameters to indicate laparoscopy in patients with abdominal trauma.

Laparoscopy has certainly lost some validity and usefulness in our environment for the diagnosis of traumatic intra-abdominal injuries, whether on elective or emergency basis, due to the technological progress of the latest computed tomography devices with image reconstruction techniques, also considering that laparoscopy is an invasive practice not free from complications. Nevertheless, it is still a great complement available nowadays.

Rapid and accurate determination of peritoneal penetration and identification of the need for surgery is a priority to reduce morbidity and mortality in patients with penetrating abdominal trauma. In this setting, laparoscopy may have a major impact on the rate of negative or non-therapeutic laparotomies. In our experience, diagnostic laparoscopy was indicated more commonly in open abdominal trauma than in blunt trauma, which coincides with most publications on

the subject. The importance of a stable hemodynamic status has been highlighted by all authors to indicate laparoscopy in patients with penetrating trauma.

Although the use of laparoscopy has proved to be safe, rapid and highly sensitive for the evaluation of penetrating trauma with the advantages of laparoscopy over open surgery (lower rate of surgical site infection and respiratory tract infection, better pain control and shorter length of hospital stay) as was analyzed in this work, it is still controversial in the literature for blunt abdominal trauma. Nevertheless, we consider it very useful in our hospital. Patients with blunt abdominal trauma and non-conclusive diagnostic tests for organ injury are a clear indication for diagnostic laparoscopy. In some cases, the results are negative but laparotomy is avoided and, very often, a slight hemoperitoneum caused by a mesenteric tear, sometimes associated with bowel ischemia, is demonstrated and repaired by laparoscopy. Moreover, the patients who could benefit most from the laparoscopic approach in blunt trauma would be those with suspected hollow viscus injury, suspected diaphragmatic injury, failure after conservative management, or those with isolated free fluid and clinical impairment.

With the possibility of other therapeutic modalities, as angioembolization, or the advances in imaging tests that have increased their diagnostic accuracy, conservative management is the strategy of choice in blunt trauma. Nonoperative management (NOM) of blunt abdominal trauma is mandatory and has become increasingly common in hemodynamically stable patients without injuries with surgical indications. There are known complications of NOM due to undrained intra-abdominal fluid, including bleeding and biliary leak that require delayed operation, more commonly in liver lesions. Thus, laparoscopy can be considered as part of the overall management plan instead of failure of NOM. Laparoscopy is beneficial in

blunt abdominal trauma patients following NOM with improvement in symptoms, systemic inflammatory response syndrome features, and a possible reduction in hospital length of stay.

Laparoscopy still plays a minor role in trauma patients, although it should be considered useful for diagnosis and treatment in selected cases. It is also widely used for the diagnosis of peritoneal injury in

penetrating abdominal trauma in hemodynamically stable patients, for evaluating and repairing the diaphragmatic injuries in left thoracoabdominal trauma, or for exploring equivocal findings in CT scans. Diagnostic laparoscopy in trauma patients should be performed by surgeons with experience in the management of polytrauma patients and in laparoscopic surgery.

Referencias bibliográficas /References

1. Cerutti CNM, Lorenzetti Y, Basa EA, López JM, Trevisan SO. Abordaje laparoscópico del traumatismo abdominal. Experiencia

en un hospital de trauma. Rev Argent Cir 2022;114(3):214-224. DOI: 10.25132/raac.v114.n3.1602