

Nombre:	Lucia
Apellido:	Fernandez Rodriguez
Otros Autores:	Maria Jesús García Sanchez, Aurea Diez Tascón, Alberto Alvarez Muelas, Miguel Bello Erias, Milagros Martí de Gracia
E-mail:	luciafernanro@gmail.com
Hospital:	Hospital Universitario La Paz
Ciudad:	Madrid
Título:	"La lesión intestinal en politraumas: el reto. El líquido libre, la pista"
Presentación:	Varón, 30 años, politrauma. Rotura de aorta traumática a nivel del istmo complicada con pseudoaneurisma (Imagen A). Contusiones pulmonares, adrenal derecha y renales grado III (AAST). Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis con atenuación <20UH (Imagen B). Se coloca de forma urgente prótesis aórtica, manejándose el resto de las lesiones de forma conservadora (Imagen C). Debido a empeoramiento del estado general y fiebre, se repite TC con CIV 4 días después observándose líquido libre intraabdominal que ha aumentado significativamente respecto a estudio previo y trabeculación grasa en flanco izquierdo (Imagen D). Ante la sospecha de lesión intestinal, el paciente es intervenido observándose un desgarro seroso de yeyuno próximo al Treitz con peritonitis entérica y neumoperitoneo.
Discusión :	Las lesiones de asas intestinales son un reto diagnóstico siendo el TCMD la herramienta más sensible. Se detectan hasta en un 5% de los traumatismos abdominales cerrados siendo el yeyuno proximal y el íleon distal las regiones más susceptibles al desgarro por mecanismo de desaceleración. El retraso diagnóstico es frecuente lo que conduce a un aumento de morbimortalidad por hemorragia o sepsis. Signos específicos de lesión intestinal como defectos murales, aire libre o extravasación del contraste oral son poco frecuentes. El engrosamiento de la pared intestinal, las anomalías en el realce parietal, la trabeculación mesentérica o el líquido libre son otros hallazgos menos específicos de lesión intestinal pero más comunes. Un 93% de los pacientes con lesión intestinal o mesentérica tienen líquido libre. El aumento del líquido libre en un paciente politraumatizado sin causa que lo justifique es una pista clave de daño intestinal.
Conclusión:	Las lesiones intestinales constituyen un reto debido a su dificultad diagnóstica. Esto aumenta en pacientes politraumatizados donde la presencia de múltiples daños puede interferir en su interpretación. La existencia o aumento de líquido libre intraabdominal nos debe hacer sospechar de su existencia.
Bibliografía:	-Butela ST, Federle MP, Chang PJ, Thaete FL, Peterson MS, Dorvault CJ et al. Performance of CT in detection of bowel injury. AJR Am J Roentgenol. 2001 Jan;176(1):129-35. -Brofman N, Atri M, Hanson JM, Grinblat L, Chughtai T, Breneman F. Evaluation of bowel and mesenteric blunt trauma with multidetector CT. Radiographics. 2006 Jul-Aug;26(4):1119-31. -Magu S, Agarwal S, Gill RS. Multi Detector Computed Tomography in the Diagnosis of Bowel Injury. Indian J Surg. 2012;74 (6): 445-450.
Pie de foto:	A y B) Imágenes de CT con contraste, inmediatamente tras el traumatismo. Corte sagital y coronal. A)Rotura de aorta traumática a nivel del istmo con pseudoaneurisma

	<p>y hematoma periaórtico torácico. B) Laceración en cortical renal izquierda, mayor de 1cm pero sin afectar al sistema colector, correspondiente con lesión renal grado III. C y D) Imágenes obtenidas 4 días después en TC de control. Imagen sagital y coronal C)Reconstrucción 3D de la reparación de la rotura aórtica con endoprótesis. D)Significativo aumento del líquido libre intraabdominal y de la trabeculación de la grasa mesentérica.</p>
--	---