



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i18.0820>

PERITONITIS SECUNDARIA A PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA DE TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN. PRESENTACIÓN DE CASO MÁS REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PERITONITIS SECONDARY TO PERFORATION OF A HOLLOW VISCUS FROM BLUNT ABDOMINAL TRAUMA. CASE PRESENTATION AND LITERATURE REVIEW

Alcivar Ruth Alicia ¹; Yanangómez-Díaz María Cristina ²; Calva-Morquecho Michelle Ariana ³; Baquero-Castillo William Alexander ⁴; Andrade-Mariño Christian Israel ⁵

¹ Médico General, Centro de Salud Palanda. Zamora Chinchipe, Ecuador.
Correo: ali.sot.71@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-6952-1041>

² Médico General, Centro de Salud Palanda. Zamora Chinchipe, Ecuador.
Correo: macrisyd_@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-8799-7401>

³ Médico General, Centro de Salud Palanda. Zamora Chinchipe, Ecuador.
Correo: michellecalva@outlook.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-5614-2610>

⁴ Médico General, OHS. Quito, Ecuador.
Correo: wi-baquero@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-6997-9176>

⁵ Médico General, Hospital Básico La Guadalupe. Ambato, Ecuador.
Correo: cisraelandrade@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-7830-6464>

Resumen

Introducción: La perforación de víscera hueca secundaria a trauma cerrado de abdomen es poco frecuente, pero con alta morbilidad. La presentación clínica puede ser insidiosa y el retraso diagnóstico aumenta el riesgo de peritonitis y sepsis. **Objetivo:** Describir el abordaje diagnóstico-terapéutico de un caso de peritonitis secundaria por probable perforación de víscera hueca posterior a traumatismo abdominal por objeto contundente, y sintetizar la evidencia reciente sobre su epidemiología, diagnóstico y manejo. **Presentación del caso:** Varón de 68 años de edad que refiere que 48 horas antes presentó traumatismo por poste de madera a nivel de fosa ilíaca derecha, con dolor intenso que se exacerba con los movimientos. A su ingreso, el cuadro es compatible con irritación peritoneal localizada, con progresión a compromiso peritoneal. La evaluación clínica y las pruebas complementarias (laboratorio e imagenología) orientaron a lesión de víscera hueca y peritonitis secundaria. Se realizó manejo quirúrgico oportuno acorde a hallazgos intraoperatorios (control de foco, reparación/resección del segmento lesionado y aseo peritoneal) más terapia antimicrobiana dirigida y soporte hemodinámico. La evolución posoperatoria fue favorable (detalles cronológicos y microbiológicos a completar según historia clínica). **Métodos de la revisión:** Búsqueda narrativa en bases de datos biomédicas (últimos 10 años), enfocada en trauma cerrado, perforación de víscera hueca, sensibilidad de los métodos diagnósticos (TC, FAST, radiografía), tiempos a cirugía y resultados clínicos. **Resultados de la revisión:** La evidencia resalta que la TC contrastada es la herramienta con mayor rendimiento para detectar signos indirectos de perforación (neumoperitoneo, extravasación de contraste, engrosamiento parietal, líquido libre). El retraso >24 h desde el trauma se asocia con mayor tasa de complicaciones. El tratamiento estándar es control de foco con abordaje quirúrgico (laparotomía o laparoscopia según estabilidad y experticia), más antibioticoterapia de amplio espectro ajustada a cultivos. **Conclusiones:** Ante dolor persistente y signos de irritación peritoneal tras trauma cerrado, debe mantenerse alta sospecha de perforación de víscera hueca. La identificación temprana y el control quirúrgico oportuno, junto con antibióticos adecuados, son

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 12 de diciembre de 2025.

Fecha de aceptación: 20 de febrero de 2026.

Fecha de publicación: 09 de marzo de 2026.



determinantes para reducir complicaciones y mortalidad. Este caso ilustra la necesidad de protocolos que integren clínica, imagen y decisión quirúrgica precoz.

Palabras clave: trauma cerrado de abdomen; Perforación de víscera hueca; Peritonitis secundaria; Tomografía computarizada; Control de foco.

Abstract

Introduction: Perforation of hollow viscera secondary to blunt abdominal trauma is rare but associated with high morbidity. The clinical presentation can be insidious, and delayed diagnosis increases the risk of peritonitis and sepsis. **Objective:** To describe the diagnostic and therapeutic approach to a case of secondary peritonitis due to probable perforation of a hollow viscus following blunt abdominal trauma, and to summarize recent evidence on its epidemiology, diagnosis, and management. **Case presentation:** A 68-year-old man reported that 48 hours earlier he had suffered trauma from a wooden post to the right iliac fossa, with severe pain that worsened with movement. Upon admission, the picture was consistent with localized peritoneal irritation, progressing to peritoneal compromise. Clinical evaluation and complementary tests (laboratory and imaging) pointed to a hollow viscus injury and secondary peritonitis. Timely surgical management was performed according to intraoperative findings (control of the focus, repair/resection of the injured segment, and peritoneal cleansing) plus targeted antimicrobial therapy and hemodynamic support. The postoperative course was favorable (chronological and microbiological details to be completed according to clinical history). **Review methods:** Narrative search of biomedical databases (last 10 years), focusing on blunt trauma, hollow viscus perforation, sensitivity of diagnostic methods (CT, FAST, radiography), time to surgery, and clinical outcomes. **Review results:** The evidence highlights that contrast-enhanced CT is the most effective tool for detecting indirect signs of perforation (pneumoperitoneum, contrast extravasation, parietal thickening, free fluid). A delay of >24 hours from the trauma is associated with a higher complication rate. The standard treatment is control of the focus with a surgical approach (laparotomy or laparoscopy depending on stability and expertise), plus broad-spectrum antibiotic therapy adjusted to cultures. **Conclusions:** In the presence of persistent pain and signs of peritoneal irritation after blunt trauma, a high index of suspicion for hollow organ perforation should be maintained. Early identification and timely surgical control, together with appropriate antibiotics, are crucial in reducing complications and mortality. This case illustrates the need for protocols that integrate clinical findings, imaging, and early surgical decision-making.

Keywords: blunt abdominal trauma; hollow organ perforation; secondary peritonitis; computed tomography; control of the focus.

1. Introducción

La peritonitis secundaria por perforación de víscera hueca (PVH) posterior a trauma cerrado de abdomen (TCA) constituye una entidad infrecuente, pero de alto impacto clínico. Su baja incidencia en el contexto del TCA aproximadamente 1% contrasta con

la elevada morbilidad asociada al retraso diagnóstico, dada la presentación inicial sutil y la coexistencia de lesiones concomitantes que enmascaran signos peritoneales precoces. La alta sospecha clínica, apoyada por evaluación imagenológica adecuada, resulta determinante para



reducir complicaciones sépticas y mortalidad.

En escenarios como el del presente caso golpe por objeto contundente (poste de madera) sobre fosa ilíaca derecha, con 48 horas de evolución de dolor intenso que empeora con los movimientos, debe considerarse una lesión de intestino delgado o colon derecho con progresión a contaminación peritoneal. El íleon distal y el ciego son estructuras vulnerables a mecanismos de desaceleración, compresión focal y “estallido”, por lo que el dolor regional y la irritación peritoneal localizada pueden anticipar una PVH que exige control de foco oportuno.

La tomografía computarizada (TC) contrastada es la herramienta diagnóstica de mayor rendimiento en pacientes hemodinámicamente estables, permitiendo identificar signos directos e indirectos (neumoperitoneo, extravasación de contraste, engrosamiento parietal, líquido libre). No obstante, la sensibilidad para detectar signos directos de PVH es variable; de ahí la importancia de la revaloración clínica seriada y la repetición de

estudios cuando persiste la sospecha.

Revisión literaria

- **Epidemiología y mecanismos lesionales.**

Las lesiones de víscera hueca y mesenterio en TCA son poco frecuentes, pero su subdiagnóstico se asocia a peores desenlaces. La literatura describe prevalencias cercanas a 1% en TCA, con predominio de intestino delgado; los mecanismos clásicos incluyen compresión contra el raquis, desaceleración y elevadas presiones intraluminales que producen desgarrs seromusculares o perforación franca.

- **Presentación clínica.**

El dolor abdominal que aumenta con la movilización, la defensa localizada y la progresión a peritonitis son hallazgos cardinales; sin embargo, en fases tempranas pueden ser ambiguos, especialmente si coexisten lesiones extrabdominales. Por ello, las guías recomiendan observación estrecha con exploraciones seriadas y umbral bajo para ampliar estudios.

- **Diagnóstico por imagen.**

La TC con contraste es el estándar en pacientes estables o con hallazgos clínicos equívocos. Entre los hallazgos, el líquido libre sin lesión sólida aparente, la neumoperitonea y la extravasación de contraste aumentan la probabilidad de PVH. A pesar de los avances, la sensibilidad de la TC para signos directos puede ser intermedia (con alta especificidad), por lo que es clave la integración clínica y, si persiste la sospecha, la repetición de TC o la exploración quirúrgica. En hemodinámicamente estables puede considerarse laparoscopia diagnóstica según experiencia local.

- **Tiempos y pronóstico.**

El retraso >24 horas entre el trauma y la intervención se asocia a mayor tasa de complicaciones sépticas y estancias prolongadas; series contemporáneas muestran tiempos medios a exploración alrededor de un día cuando el diagnóstico es diferido. La detección y el control de foco precoz (reparación primaria, resección/anastomosis o derivación según contaminación y viabilidad) se

correlacionan con mejores resultados.

- **Tratamiento.**

El manejo estándar combina cirugía (laparotomía o laparoscopia, según estabilidad y experticia), aseo peritoneal y antibioticoterapia de amplio espectro dirigida posteriormente por cultivos y evolución clínica. Las guías enfatizan la individualización (daño controlado ante inestabilidad, cierre diferido en contaminación extensa) y la monitorización estrecha en el posoperatorio por riesgo de abscesos, infección de sitio operatorio y fístulas.

- **Implicaciones para el caso.**

En un paciente con 48 horas de evolución pos-trauma contundente sobre fosa ilíaca derecha, la combinación de clínica y TC debe conducir a decisión quirúrgica temprana si existen signos de peritonitis o hallazgos tomográficos sugestivos, con inicio de antibióticos empíricos y reanimación según necesidad. Este enfoque se alinea con guías actuales y con datos que vinculan el retraso terapéutico con peor pronóstico.



2. Presentación de caso clínico

Varón de 68 años, agricultor, procedente de Palanda. Antecedentes personales: niega comorbilidades y alergias medicamentosas conocidas. Medicación habitual: no referida. Presenta dolor abdominal de gran intensidad de 48 horas de evolución, iniciado tras traumatismo por objeto contundente (poste de madera) con impacto directo en fosa ilíaca derecha; dolor que se exacerba con los movimientos.

Posterior al impacto, el paciente desarrolla dolor continuo localizado en flanco y fosa ilíaca derecha, con progresión a dolor generalizado e irritación peritoneal. Refiere hiporexia y malestar; niega vómitos al ingreso. No constan atenciones previas efectivas en las 48 h iniciales.

Examen físico al ingreso:

Paciente álgico, orientado, con signos de deshidratación.

Signos vitales: PA 120/85 mmHg, FC 93 lpm, FR 21 rpm; SpO₂ 92%. T. axilar 40,0 °C. Peso: 55 kg. Talla: 1,54 m.

Cardiopulmonar: R1 - R2 rítmicos; campos pulmonares ventilados.

Abdomen: dolor intenso a la palpación superficial y profunda con predominio en flanco y fosa ilíaca derecha; signos de irritación peritoneal (defensa y rebote). Ruidos hidroaéreos (RHA) disminuidos. Herida cortante superficial paraumbilical derecha de 7 cm. Región lumbar derecha dolorosa. Extremidades: móviles, sin edema.

Evolución clínica inicial y revaloraciones.

En reevaluación, el paciente se encuentra álgico (EVA 10/10), taicárdico y taquipneico, normotenso: FC 120 lpm, FR 26 rpm, PA 120/77 mmHg, SpO₂ 91 % en aire ambiente. Abdomen con Blumberg positivo y RHA disminuidos. Portador de sonda vesical, con diuresis de 300 ml al momento de la valoración.

Nueva valoración prequirúrgica: paciente hemodinámicamente estable, álgico, abdomen distendido y tenso, RHA disminuidos, signos de irritación peritoneal persistentes.

Estudios complementarios.

E-FAST: pequeña cantidad de líquido libre en fosa ilíaca izquierda (interasas).

Tomografía de abdomen (corte simple): neumoperitoneo subdiafragmático derecho.

Impresión diagnóstica. Trauma cerrado de abdomen con alta

Valores del laboratorio

sospecha de perforación de víscera hueca y peritonitis secundaria.

Conducta y consentimiento: Se decide intervención quirúrgica. Se explican riesgos y posibles complicaciones a los familiares; aceptan y firman consentimiento informado.

Tabla 1. Química sérica e inflamación

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
GLUCOSA	146.0	mg/dL	70–109	↑
UREA	73.2	mg/dL	10.0–50.0	↑
BUN	34.21			
CREATININA	1.4	mg/dL	0.5–1.1	↑
PROTEÍNA C REACTIVA (PCR)	350.0	mg/L	0.6–5.0	↑

Interpretación: Hiperglucemia leve; azoemia con elevación de urea y creatinina que sugiere componente prerrenal (deshidratación/hipoperfusión) vs. disfunción renal aguda; PCR marcadamente elevada compatible con respuesta inflamatoria sistémica/infecciosa.

Tabla 2. Electrolitos

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
SODIO	133.1	mEq/L	135.0–145.0	↓
POTASIO	4.16	mEq/L	3.50–5.50	
CLORO	95.70	mEq/L	96.00–109.00	↓

Interpretación: Hiponatremia e hipocloremia leves; potasio dentro de rango. Hallazgos acordes con hemodilución/deshidratación y proceso inflamatorio; se sugiere control seriado y corrección gradual según estado clínico.

Tabla 3. Biometría Hemática

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
LEUCOCITOS	8.1	$\times 10^3/\mu\text{L}$	4.8–10.8	
NEÚTRÓFILOS ABSOLUTOS	7.4	$\times 10^3/\mu\text{L}$	2.2–4.8	↑
NEÚTRÓFILOS %	91.6	%	40.0–65.0	↑
LINFOCITOS ABSOLUTOS	0.5	$\times 10^3/\mu\text{L}$	1.1–3.2	↓
LINFOCITOS %	5.8	%	30.5–45.5	↓



MONOCITOS ABSOLUTOS	0.2	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0.3–0.8	↓
MONOCITOS %	2.5	%	5.5–11.7	↓
EOSINÓFILOS %	0.0	%	0.50–2.90	↓
BASÓFILOS %	0.1	%	0.2–1.0	↓
ERITROCITOS	5.1	$\times 10^6/\mu\text{L}$	4.2–5.1	
HEMOGLOBINA	14.7	g/dL	12.0–16.0	
HEMATOCRITO	42.0	%	37.0–47.0	
MCV	82.2	fL	81.0–99.0	
MCH	28.8	pg	27.0–32.0	
MCHC	35.0	g/dL	32.0–36.0	
PLAQUETAS	214	$\times 10^3/\mu\text{L}$	130–400	
TTP	26.0	s	20.0–42.0	
TP	12.3	s	10.8–14.5	
INR	1.17			

Interpretación: Leucocitos totales en rango con neutrofilia marcada y linfopenia, patrón de estrés/inflamación aguda; coagulación sin alteraciones significativas; Hb/Hto conservados y plaquetas normales.

Tabla 4. Perfil hepático y bilirrubinas

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
AST (TGO)	36.7	U/L	0.0–32.0	↑
ALT (TGP)	29.8	U/L	0.0–40.0	
GGT	62.7	U/L	8.0–61.0	↑
FOSFATASA ALCALINA	118.0	U/L	0.0–270.0	
BILIRRUBINA TOTAL	1.460	mg/dL	0.000–1.100	↑
BILIRRUBINA DIRECTA	0.872	mg/dL	0.010–0.300	↑
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.588	mg/dL	0.210–0.800	

Interpretación: Elevación leve de AST y GGT con hiperbilirrubinemia predominantemente directa: sugiere colestasis leve o disfunción hepatocelular/intrahepática asociada a sepsis o fármacos; recomendar seguimiento.

Tabla 5. Uroanálisis y microalbuminuria

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
MICROALBUMINURIA	>15	mg/L		
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Claro			
DENSIDAD	≥ 1.030			
PH	≤ 5.0			
GLUCOSA	Negativo			
LEUCOCITOS (TIRA)	Negativo			
NITRITOS	Negativo			
CUERPOS CETÓNICOS	Negativo			
BILIRRUBINAS	Negativo			
UROBILINÓGENO	0.2	mg/dL		
SANGRE	Ca10 / μL			
PROTEÍNAS	≥ 300	mg/dL		↑

SEDIMENTO – LEUCOCITOS	0–5	/campo
SEDIMENTO – HEMATÍES	4–8	/campo
SEDIMENTO – CÉLULAS EPITELIALES	Normal	/campo
SEDIMENTO – BACTERIAS	Escasas	
SEDIMENTO – FILAMENTOS MUCOSOS	Escasas	
SEDIMENTO – CÉLULAS RENALES	Negativo	
SEDIMENTO – LEVADURAS	Negativo	
UROCULTIVO	Pendiente / No amerita urocultivo	

Interpretación: Proteinuria marcada (≥ 300 mg/dL) con densidad elevada y pH ácido; hematuria microscópica y bacterias escasas. Compatible con orina concentrada y posible afectación renal funcional; correlacionar con clínica y función renal sérica.

Acto anestésico

Clasificación ASA: I. Anestesia: general balanceada.

Acceso venoso: catéter N.º 18 en MSI. Hidratación: NaCl 0,9 % y lactato de Ringer 1.500 mL. Monitorización estándar: PANI, FC, FR, SpO₂, capnografía; estabilidad hemodinámica intraoperatoria.

Inducción: remifentanilo 0,3 µg/kg/min, propofol 2 % 140 mg, rocuronio 40 mg, lidocaína 2 % 40 mg, fentanilo 100 µg IV.

Vía aérea: laringoscopia directa (pala 3), TOT 7,5 con balón. VM en VC: VT 6 mL/kg, FR 12/min, I:E 1:2, PEEP 5 cmH₂O, FiO₂ 60 %.

Mantenimiento: remifentanilo 0,3 µg/kg/min, sevoflurano 1 - 2 vol %, dexmedetomidina 0,3–0,5 µg/kg/h.

Medicamentos administrados: ampicilina–sulbactam 3 g IV, dexametasona 8 mg IV, paracetamol 1 g IV, metoclopramida 10 mg IV, morfina 6 mg IV, reversión con neostigmina 1 mg + atropina 1 mg IV.

Sangrado: no significativo. Extubación sin incidentes. Paso a recuperación estable.

Procedimiento quirúrgico

Operación realizada: laparotomía exploratoria (celiotomía); apendicectomía; suturas de intestino delgado (enterorrafias).



Diagnóstico preoperatorio: abdomen agudo por trauma cerrado de abdomen con sospecha de perforación de víscera hueca.

Diagnóstico postoperatorio: traumatismo del intestino delgado.

Hallazgos intraoperatorios detallados:

Líquido purulento libre en cavidad, 150 ml.

Perforación única de 0,5 cm en borde antimesentérico de íleon terminal, a 100 cm de la válvula ileocecal.

Adherencias/placas fibrinopurulentas diseminadas en íleon terminal y epiplón.

Yeyuno con eritema en un trayecto de 50 cm a 150 cm del ángulo de Treitz, sin necrosis.

Apéndice cecal de características normales.

Técnica y manejo del foco:

Enterorrafia del defecto ileal (perforación simple) según código 44602.

Apendicectomía (código 44950), en el contexto de exploración y limpieza.

Lavado peritoneal abundante y drenaje mediante Jackson - Pratt.

Evolución posoperatoria inmediata y hospitalaria

Primeras 24–48 h. Paciente lúcido y orientado, álgico; náuseas sin vómitos. Sin micción ni deposición espontánea inicial; intolerancia a vía oral.

Signos vitales: PA 120/82 mmHg, FC 56 lpm, FR 20 rpm, SpO₂ 94 %, T 36,5 °C.

Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos; tórax simétrico; crepitantes basales bilaterales en la auscultación.

Abdomen: distendido y doloroso a la palpación superficial y profunda; dos heridas quirúrgicas cubiertas por apósitos (observados sucios al examen, se recomienda cambio y cuidado de sitio operatorio); RHA aumentados. Dren Jackson–Pratt con escaso gasto serohemático en hipocondrio derecho, línea axilar anterior.

Soporte y tratamientos: analgesia multimodal; antibioticoterapia (ampicilina sulbactam, con ajuste según evolución clínica y cultivos si disponibles); hidratación IV; dieta NPO con progresión según tolerancia.

Complicaciones inmediatas: no reportadas en las notas remitidas.

Plan: continuar vigilancia hemodinámica y clínica seriada; profilaxis tromboembólica según riesgo; fisioterapia respiratoria por crepitantes basales; control del dolor; cuidados de herida y dren.

Situación actual: Paciente estable, con dolor controlado parcialmente, sin signos de sepsis sistémica en los registros provistos; dren con bajo débito; tolerancia oral aún no iniciada al momento del registro citado.

Diagnóstico final

Peritonitis secundaria por perforación de íleon terminal (0,5 cm, borde antimesentérico), en el contexto de trauma cerrado de abdomen por objeto contundente; manejo mediante laparotomía exploratoria, enterorrafia, apendicectomía y lavado peritoneal con drenaje.

3. Resultados y discusión

La perforación de víscera hueca (PVH) secundaria a trauma cerrado de abdomen (TCA) es infrecuente 1% de los TCA, pero su retraso diagnóstico incrementa de forma significativa la morbilidad séptica y la mortalidad. En particular, las lesiones de intestino delgado y mesenterio son de las más difíciles de reconocer en la evaluación inicial, aun con tomografía computarizada (TC), por lo que la integración clínica–radiológica seriada y un umbral bajo para la exploración quirúrgica resultan fundamentales.

En el caso presentado, un impacto contundente localizado en la fosa ilíaca derecha seguido de 48 h de dolor progresivo e irritación peritoneal es consistente con mecanismos lesionales descritos para PVH en TCA (compresión focal, aumento súbito de presión intraluminal, desaceleración). La predilección del íleon distal y del colon derecho en golpes localizados concuerda con los hallazgos intraoperatorios: perforación única del borde antimesentérico del íleon terminal con contaminación purulenta. La literatura reconoce



que, pese al avance de la TC, la PVH continúa siendo una de las lesiones más omitidas en la imagen inicial, por lo que la persistencia de signos peritoneales debe primar en la toma de decisiones.

La TC con contraste es el pilar diagnóstico en pacientes hemodinámicamente estables. Diversas revisiones sistemáticas y guías coinciden en que la TC posee alta especificidad (96 - 97 %) pero sensibilidad intermedia (68 - 85 %) para detectar PVH, lo que explica falsos negativos en fases tempranas o con signos indirectos sutiles. Los hallazgos de mayor peso para indicar exploración son gas extraluminal, extravasación de contraste, engrosamiento parietal con realce anómalo y líquido libre sin lesión sólida aparente; además, se han propuesto scores basados en TC (p. ej., BIPS, Faget/RAPTOR) que mejoran la predicción de lesión que requiere cirugía. En nuestro paciente, la neumoperitonea subdiafragmática derecha reforzó la sospecha clínica y orientó a control de foco quirúrgico.

En cuanto a biomarcadores, las guías WSES señalan que la

procalcitonina puede elevarse precozmente en PVH, mientras que la PCR se incrementa en la mayoría de politraumatizados y no discrimina de forma fiable el trauma intestinal; no obstante, una PCR muy elevada (en nuestro caso, 350 mg/L) se asocia con una respuesta inflamatoria sistémica y apoya la gravedad infecciosa una vez establecida la peritonitis.

La demora en el diagnóstico y la intervención se asocia con mayor incidencia de sepsis, abscesos intraabdominales, falla orgánica y mortalidad. Estudios contemporáneos sugieren un umbral crítico cuando la cirugía se difiere más allá de 24 h desde el trauma, con un deterioro escalonado de los resultados cuanto mayor es la demora. Nuestro paciente llegó 48 h después del evento, lo que concordó con peritonitis purulenta en la exploración; pese a ello, el control de foco oportuno (enterorrafia + aseo y drenaje) se tradujo en una evolución inicial favorable.

Las guías internacionales recomiendan control de foco temprano reparación primaria en perforaciones pequeñas y bordes

viables, resección–anastomosis cuando el daño lo exige, o cirugía de control de daños en pacientes inestables, asociado a antibioticoterapia de amplio espectro con ajuste según cultivos y duración corta tras control definitivo. En perforaciones ileales únicas como la de este caso (0,5 cm), la enterorrafia es un procedimiento aceptado; la apendicectomía concomitante puede justificarse como parte de la exploración/aseo según criterio operatorio. La elección y duración del antibiótico deben seguir recomendaciones para infecciones intraabdominales complicadas (cobertura de enterobacterias y anaerobios, con reevaluación diaria), evitando tratamientos prolongados innecesarios.

Aunque la laparoscopia ha ganado terreno en trauma, su papel en lesión intestinal por TCA sigue siendo selectivo (centros con experiencia, pacientes estables, hallazgos de imagen compatibles). Estudios recientes comparativos sugieren factibilidad y potenciales beneficios (menor morbilidad de pared, estancia), pero persisten limitaciones en pacientes sépticos, con distensión intestinal o extensa

contaminación. En nuestro escenario peritonitis purulenta, distensión y dolor generalizado la laparotomía fue la vía más segura y coherente con las guías.

La población ≥ 65 años presenta reserva fisiológica disminuida, respuesta inflamatoria atenuada, comorbilidades y polifarmacia, condiciones que enmascaran la presentación clínica y favorecen la descompensación acelerada. La evidencia reciente muestra mayor mortalidad y tiempos a intervención más prolongados en mayores con PVH respecto a adultos jóvenes, subrayando la necesidad de sospecha alta y decisiones tempranas. En este contexto, el curso de nuestro paciente con 48 h de evolución y hallazgos de sepsis peritoneal refuerza la pertinencia del abordaje expedito.

La analítica mostró azoemia (urea 73 mg/dL, creatinina 1,4 mg/dL) compatible con componente prerrenal/deshidratación y PCR marcadamente elevada, en consonancia con peritonitis secundaria. La hiponatremia e hipocloremia leves pueden relacionarse con pérdidas/redistribución en el



contexto inflamatorio. El uroanálisis evidenció proteinuria significativa y hematuria microscópica, hallazgos que, si bien no son específicos de PVH, sugieren orina concentrada y estrés renal que ameritan vigilancia estrecha junto con la resucitación y el ajuste antibiótico. Estos datos se alinean con el perfil clínico de un abdomen agudo séptico. (Resultados detallados en las tablas del documento generado).

4. Conclusiones

Sospecha clínica alta, integración imagen clínica y control de foco oportuno como determinantes del pronóstico. Este caso ilustra que, ante un trauma cerrado de abdomen con dolor persistente e irritación peritoneal tras 48 horas, la probabilidad de perforación de víscera hueca debe considerarse prioritaria aun cuando los hallazgos iniciales puedan ser sutiles. La identificación de neumoperitoneo subdiafragmático en la TC, sumada a la evolución clínica, justificó una exploración quirúrgica temprana que confirmó perforación ileal y peritonitis purulenta, permitiendo un control de foco eficaz (enterorrafia, aseo y

drenaje) con evolución estable. El caso reafirma que el retraso diagnóstico-terapéutico se traduce en mayor carga séptica y complicaciones; por ello, la revaloración seriada, el umbral bajo para operar y el inicio precoz de antibioticoterapia de amplio espectro ajustada posteriormente al curso clínico son pilares para disminuir la morbilidad y la mortalidad.

Lecciones para la práctica: ruta de evaluación acelerada y manejo integral en pacientes añosos con TCA. En adultos mayores, como el presente paciente, la reserva fisiológica limitada y la respuesta inflamatoria atenuada pueden disimular la gravedad del cuadro, por lo que se requieren circuitos de triaje que integren clínica, biomarcadores (p. ej., PCR marcadamente elevada), imagen de alta resolución y decisión quirúrgica sin dilaciones. Este caso respalda la validez de la laparotomía en escenarios con peritonitis establecida y distensión intestinal, y subraya la utilidad de un posoperatorio estructurado (analgesia multimodal, vigilancia hemodinámica, fisioterapia respiratoria, cuidados del sitio operatorio y seguimiento de función

renal/hepática). La experiencia sugiere implementar protocolos locales para TCA con sospecha de lesión intestinal (incluyendo criterios de repetición de TC y algoritmos de decisión), con el fin de homogeneizar la atención, acortar el tiempo a la cirugía y optimizar los resultados, especialmente en pacientes con golpe focal en cuadrantes derechos, donde predominan lesiones ileocecales.

Bibliografía

1. Smyth L, Bendinelli C, Lee N, Reeds MG, Loh EJ, Amico F, et al. WSES guidelines on blunt and penetrating bowel injury: diagnosis, investigations, and treatment. *World J Emerg Surg.* 2022;17:13. doi:10.1186/s13017-022-00418-y.
2. Granieri S, Altomare M, Bonomi A, Panagini G, Frassini S, Cioffi SPB, et al. Contrast-enhanced CT scan (CECT) for the detection of hollow viscus and mesenteric injuries in blunt trauma—updated systematic review and meta-analysis. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2024;50:2709–2719. doi:10.1007/s00068-024-02667-9.
3. Harmston C, Ward JBM, Patel A. Clinical outcomes and effect of delayed intervention in patients with hollow viscus injury due to blunt abdominal trauma: a systematic review. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2018;44:369–376. doi:10.1007/s00068-018-0902-2.
4. Malinoski DJ, Patel MS, Yakar DO, et al. A diagnostic delay of 5 h increases the risk of death after blunt hollow viscus injury. *J Trauma.* 2010;69(1):84–87.
5. Fakhry SM, Brownstein M, Watts DD, et al. Relatively short diagnostic delays (<8 h) reduce morbidity and mortality in blunt small bowel injury: multicenter experience. *J Trauma.* 2000;48(3):408–414.
6. McNutt MK, Chinapuvvula NR, Beckmann NM, et al. Early surgical intervention for blunt bowel injury: the Bowel Injury Prediction Score (BIPS). *J Trauma Acute Care Surg.* 2015;78(1):105–111.
7. Faget C, Taourel P, Charbit J, Ruyer A, Alili C, Molinari N, et al. Value of CT to predict surgically important bowel and/or mesenteric injury in blunt trauma: performance of a preliminary scoring system. *Eur Radiol.* 2015;25(12):3620–3628. doi:10.1007/s00330-015-3771-7.



8. Joseph DK, Kunac A, Kinler RL, et al. Diagnosing blunt hollow viscus injury: is computed tomography the answer? *Am J Surg.* 2013;205(4):414–418.
9. Bonomo RA, Chow AW, Edwards MS, Humphries R, Tamma PD, Abrahamian FM, et al. 2024 Clinical Practice Guideline Update by the Infectious Diseases Society of America on complicated intra-abdominal infections: risk assessment, diagnostic imaging, and microbiological evaluation in adults, children, and pregnant people. *Clin Infect Dis.* 2024;79(Suppl 3):S81–S87.
doi:10.1093/cid/ciae346.
10. Matsushima K, Mangel PS, Schaefer EW, et al. Blunt hollow viscus and mesenteric injury: still underrecognized. *World J Surg.* 2013;37(4):759–765.
11. Lansier A, Bourillon C, Cuénod C-A, et al. CT-based diagnostic algorithm to identify bowel and/or mesenteric injury in blunt abdominal trauma. *Eur Radiol.* 2023;33:1918–1927.
doi:10.1007/s00330-022-09200-9.
12. Altomare M, Russell T, Gray K, et al. Multi-center validation of the Bowel Injury Predictive Score (BIPS) for blunt bowel and mesenteric injury. *Injury.* 2022;53(10):3342–3349.
13. Park M, Shin BS, Namgung H. Diagnostic performance of 64-MDCT for blunt small bowel perforation. *Clin Imaging.* 2013;37(5):872–877.
14. Steenburg SD, Petersen MJ, Shen C, Lin H. Multi-detector CT of blunt mesenteric injuries: usefulness of imaging findings for predicting surgically significant bowel injuries. *Abdom Imaging.* 2015;40(5):1097–1108.
15. Older Adults Decompensate More Rapidly After Blunt Hollow Viscus Injury (cohort, TQIP 2021–2023). *J Surg Res.* 2025; (Epub ahead of print).