

ROTURA SUBCUTANEA TRAUMATICA DE LA PARED ABDOMINAL (*)

Dr. Folco Rosa

M. M., 11 años. Ingresó al Hospital Pereira Rossell el 17 de octubre de 1951. A las 18 horas subió a las verjas de un jardín con puntas de hierro; al tirarse hacia abajo se golpeó contra una de esas puntas al nivel de la F. I. D. Sintió un gran dolor en esa zona y notó la aparición de un tumoración en el sitio del traumatismo. No tuvo ni náuseas ni vómitos.

EXAMEN. Hora 20 y 30. Buen estado general, apirético. Piel y mucosas bien coloreadas. P 80, regular, bien golpeado. P. A. 11/6.

Abdomen: se moviliza bien con la respiración. Presenta en F. I. D., parte media una herida punzante, puntiforme. Al mismo nivel presenta una tumoración ovoidea de unos 4 ctms. de diámetro longitudinal (Fig. 1) por 3 ctms. transversal, que tiene impulsión a la tos, bien visible en la posición de pie, reducible espontáneamente. La palpación, que es muy dolorosa, muestra una solución de continuidad al nivel de dicha zona que se localiza, al parecer en la capa muscular.

Tacto rectal: s/p.

Se coloca una sonda gástrica y se interviene.

OPERACION. Hora 22.

Dr. Rosa, Ptes. Moller y Tognola.

Anestesia general, éter.

Incisión sobre la zona de la tumoración (corresponde a una incisión de Mac Burney baja). Incidida la piel se comprueba en el oblicuo mayor un orificio de 15 mm. por donde asoma el gran epiplón (Fig. 2). Incidido el gran oblicuo se visualiza: oblicuo menor, transverso y vaina del recto abiertos como en una incisión de Mac Burney-Gosset. El peritoneo también está abierto, visualizándose el intestino delgado (Fig. 3). La exploración visceral no muestra ninguna lesión. Resección de la zona del epiplón que hacía saliente a través del oblicuo mayor. Reconstrucción de la pared por planos. Surget en peritoneo, puntos separados en transverso y oblicuo menor. Surget en oblicuo mayor. En todos los planos se

(*) Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía, en la media hora previa, de la sesión del 24 de octubre de 1951.

utilizó hilo de lino. Tres puntos en tejido celular subcutáneo y algodón en la piel.

POST-OPERATORIO.

Sin incidentes.

22 - X - 51. Alta, en buenas condiciones.

EN SUMA: Niño de 11 años que cae sobre la punta de hierro de una verja, golpeándose en la F. I. D. Dolor intenso y aparición de una tumoración a ese nivel. Al examen: tumoración

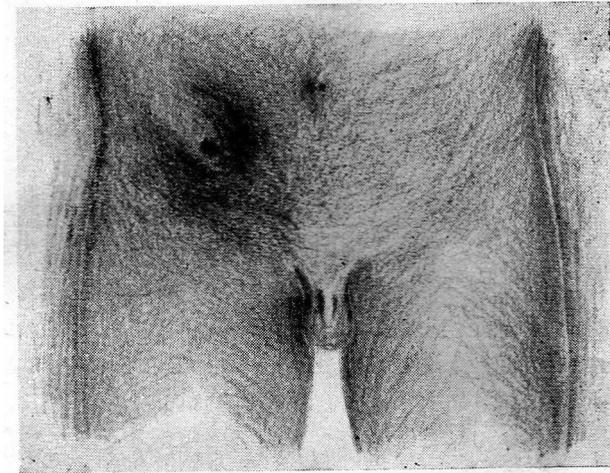


FIG. 1 (Dibujo del Br. Eugenio Bonavita)

en F. I. D. de 4 x 3 cms., con impulsión a la tos, reductible espontáneamente. Dolor intenso a la palpación a ese nivel.

La intervención mostró un orificio de 15 mm. en oblicuo mayor por donde emergía el gran epiplón y una rotura de todos los planos parietales equivalentes a una incisión de Mac Burney-Gosset, sin lesión visceral.

Sutura de cada plano por separado. Curación.

Creemos de interés señalar en esta observación su poca frecuencia. La lesión parietal sin lesión visceral es rara, y cuando existe, en general, son los músculos rectos los afectados.

Legueu y Lorin publicaron en los "Archives générales de chirurgie" a fines de 1911, un trabajo que titularon: "L'éclatement sous-cutané traumatique de la paroi abdominale".

Relatan 2 casos personales, ocurridos a 10 años de intervalo:

- 1) Rotura subcutánea de los músculos de la pared izquierda. Laparotomía: Curación.

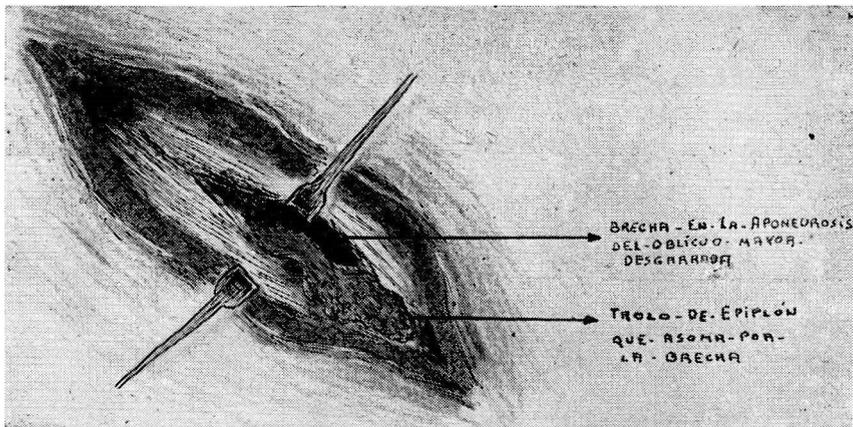


FIG. 2 (Dibujo del Br. Eugenio Bonavita)

- 2) Rotura subcutánea de recto anterior izquierdo. Laparotomía al cuarto día. Perforación intestinal. Muerte.

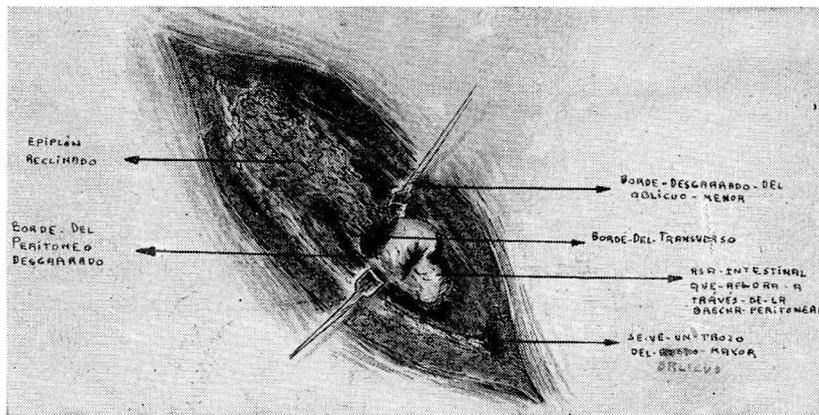


FIG. 3 (Dibujo del Br. Eugenio Bonavita)

Citan diversos casos de autores franceses y extranjeros (Le Dentu, Chardin, Eisendrath, Plaignaud, Gay, etc.).

El choque directo es generalmente el responsable de esta

lesión. Casi siempre es una contusión estrictamente limitada a un punto del abdomen producida por un cuerpo romo.

El mecanismo es simple: la piel es flexible y depresible. Los músculos contraídos súbitamente se rompen y la estructura muscular separa los 2 bordes del músculo. La rotura del músculo es comparable a la fractura de un hueso. Como ya dijimos, en general son los músculos rectos los afectados. El tratamiento debe ser la intervención inmediata:

- 1) Para conocer el estado de las vísceras. Las perforaciones intestinales pueden presentar un cuadro clínico poco claro.
- 2) La eventración aumenta si se deja; los músculos se separan, atrofian y esclerosan.
- 3) Se instalan adherencias con todas sus consecuencias.

La reconstrucción de la pared debe hacerse plano por plano con material no reabsorbible.
