

## **CONTUSIÓN DE ABDOMEN; RUPTURA SUBCUTÁNEA DE LA PARED ABDOMINAL**

*José - A. PIQUINELA*

La historia clínica que motiva esta comunicación es la siguiente:

O. G., uruguayo, 21 años, recibe un traumatismo de abdomen en las condiciones siguientes: estando en su trabajo, — panadero — intenta con un palo desplazar la correa de una polea en movimiento; no sólo no consigue su intento si no que el palo se proyecta sobre su abdomen contusionándolo violentamente en el hemivientre izquierdo, en una zona que podemos precisar por la equimosis todavía presente cuando lo examinamos, que corresponde al borde externo de la vaina del recto izquierdo, ligeramente por encima de la línea biliar, a algunos centímetros por debajo de la horizontal que pasa por el ombligo.

Ligero desvanecimiento inmediato del que se repone rápidamente y al incorporarse observa ya una voluminosa tumoración a nivel de la zona contusionada que le provoca dolor, no muy intenso. Le es poco menos que imposible estar de pie, porque en esa posición el volumen de la tumoración aumenta aumentando también los dolores.

Lo vemos en la sala Artigas del Hospital Maciel, cinco días después de su traumatismo. Durante ese tiempo ha estado en cama sin presentar ningún trastorno.

Examinándolo en la cama, la inspección de su abdomen muestra los músculos rectos dibujándose bien y una equimosis verdosoamarillenta no muy extendida por fuera de la vaina del recto izquierdo, a la altura de la línea biliar. En las inspiraciones profundas se hace un pequeño relieve, espontáneamente indoloro, a ese nivel. Con la tos ese relieve aumenta francamente y el enfermo acusa dolor. El enfermo no puede incorporarse sino apoyándose con sus manos sobre la cama. La palpación permite apreciar a nivel de la zona contusionada, un orificio ovalado, a eje mayor dirigido afuera y ligeramente oblicuo hacia arriba, de cuatro a cinco centímetros, con bordes separados y gruesos, redondeados, romos. Es posible introducir dos dedos a través de ese orificio y penetrar así en el interior del abdomen.

---

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 2 de diciembre de 1936.

Resto de la pared abdominal bien; buena musculatura, pániculo adiposo regular; no hay hernia. Al incorporarse, la tumoración se hace más grande y de pie — posición que por el dolor, soporta poco el enfermo — aparece una tumoración gorgoteante y sonora a la percusión, de forma semiesférica.

Se hace diagnóstico de ruptura de la pared abdominal por el trauma-



Contusión de abdomen. Ruptura subcutánea de la pared abdominal.

tismo y se opera, habiendo transcurrido 10 días desde que sufrió la contusión de su abdomen.

●*operación.* — Dr. Piquinela y Dr. Chifflet. Anestesia local novocaína  $\frac{1}{2}$  por ciento. Incisión vertical ligeramente oblicua abajo y adentro. Hematoma subcutáneo; el epiplón hace salida a través de un desgarro que toma la pared muscular en su totalidad y el peritoneo; ese desgarro comienza junto al borde externo de la vaina del recto y su eje se dirige afuera y ligeramente arriba en una extensión de cuatro a cinco centímetros. El desgarro se prolonga hacia dentro, interesando la hoja anterior de la vaina del recto, llegando hasta la línea media; a nivel de dicha vaina los dos bordes fibrosos

están retraídos delimitando una superficie triangular a través de la que hace hernia el músculo recto.

Se reduce el epiplón y se cierra el desgarró tomando peritoneo, transverso y pequeño oblicuo con cuatro hilos de plata; cierre con catgut grueso del gran oblicuo y del desgarró de la hoja anterior de la vaina del recto; unos puntos al tejido celular subcutáneo; cierre de la piel. Post-operatorio sin incidentes. Alta a los 16 días.

---

Se trata pues de una contusión relativamente violenta de abdomen, en hombre joven, con muy buena musculatura; ruptura muscular y de peritoneo a nivel de la zona traumatizada; eventración inmediata. Ausencia de lesión visceral.

La contusión de abdomen es frecuente, y en ella, desde que toma relativa violencia, los accidentes viscerales ocupan el primer plano, al punto de ser el objeto principal del estudio clínico y de condicionar la terapéutica. Es así que numerosos casos de contusión de abdomen se publican con lesiones viscerales más o menos intensas y extendidas, sin lesiones de la pared abdominal.

Hay sin embargo casos, evidentemente raros, donde las lesiones de la pared abdominal producidas por el traumatismo pasan al primer plano, determinando ellas la sintomatología y condicionando el tratamiento.

Legueu y Lorain han publicado un artículo en "Archives Générales de Chirurgie" año 1911, con el título "El estallido subcutáneo traumático de la pared abdominal" en que estudian casos completamente comparables al que presentamos. En la "Revue de Chirurgie" de julio de este año se comenta un caso publicado por Pighi en "Giornale Medico dell Alto Adige": joven de 17 años, traumatizado en el abdomen por la vara de un coche; desgarró muscular y de peritoneo a nivel de la fosa ilíaca derecha dando una tumoración inmediata; no hay síntomas de lesión visceral. Operación pocos momentos después del traumatismo: desgarró de 10 centímetros, ausencia de lesión visceral; cierre del desgarró.

1º FRECUENCIA. — Teniendo en cuenta la frecuencia de las contusiones de abdomen, puede establecerse que estos casos de lesión parietal predominante o única, son poco frecuentes.

2º ETIOPATOGENIA. — En todos los casos el agente traumático actúa con regular violencia directamente contra la pared ab-

dominal. Se trata de un traumatismo limitado a una zona del abdomen y el agente traumático es generalmente redondeado, romo, lo que puede explicar la ausencia de lesiones de la piel.

El agente traumático es variable:

a) Vara de carro o dirección de bicicleta; citados en varias observaciones;

b) Patada de caballo; las contusiones de abdomen resultantes se acompañan en general de lesiones viscerales; en algunos casos puede dar solamente desgarramiento parietal;

c) Choques contra una barra de hierro; en un caso de Legueu el enfermo es proyectado contra un torno delante del cual trabajaba;

d) Accidentes de tamponnement;

e) Aplastamiento entre dos vehículos;

f) Choque contra el estribo del coche; caída sobre un bastón; cornada; choque contra un tutor de vid; bala al fin de su carrera que rompe el músculo recto del soldado;

g) Palo con el que se intenta desplazar la correa de una polea; el palo es proyectado por ella contusionando el abdomen; tal en el caso que presentamos.

En algunos casos (Plaignaud citado por Legueu) el trauma ha actuado sobre todo el vientre: caída sobre el empedrado desde un cuarto piso; lesiones craneo - encefálicas determinan la muerte y la necropsia muestra una ruptura de la pared abdominal a nivel de la fosa ilíaca derecha.

Se ha aceptado como mecanismo para este tipo de rupturas musculares la acción del agente traumático que cubriéndose con la piel, blanda y depresible, es detenido por la barrera rígida de los músculos contracturados súbitamente los que se desgarran, separándose los bordes musculares por la misma contractura de la pared. Algunos han emitido la hipótesis de una trituración de los músculos contra la columna vertebral, hipótesis poco probable dado el estado de contractura de la pared en el momento del trauma y la ausencia en muchos de estos casos de lesiones viscerales.

3º ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Hay varios hechos a destacar:

a) La integridad de la piel, aún en los casos de grandes lesiones parietales;

b) La presencia de un hematoma subcutáneo, siempre encontrado cuando se ha operado en los primeros días que siguen al traumatismo y traducido clínicamente por la equimosis constante, a veces muy extendida y que permite el diagnóstico causal mismo varios días después del traumatismo. Este foco hemorrágico que infiltra el dermis se abre a expensas del desgarro peritoneal en la cavidad abdominal. Proviene en la mayoría de las observaciones de la ruptura muscular; en otras, casos menos frecuentes, del desgarro de los vasos epigástricos;

c) El desgarro casi constante del peritoneo; sólo excepcionalmente se le ha encontrado intacto;

d) El desgarro muscular:

Sitio: recto anterior; en cuatro casos; tres veces se desgarra el recto izquierdo; los músculos anchos del abdomen o inmediatamente por fuera del recto anterior y generalmente por debajo de la horizontal umbilical, entre ésta y la línea biilíaca o a nivel de esta última, o a nivel de la fosa ilíaca.

En el caso que presentamos el desgarro se hacía tomando músculos anchos y peritoneo inmediatamente por fuera de la vaina del recto izquierdo, prolongándose el desgarro hacia dentro, tomando la hoja anterior de dicha vaina, hasta la línea media. Aproximadamente a nivel de la zona que se describe como de frecuente aparición — dentro de su relativa rareza — de las hernias llamadas de la línea de Spiegel, es decir inmediatamente por fuera de la vaina del recto y a la altura de los arcos de Douglas. Se trataría de lo que Augé y Simon han llamado eventraciones traumáticas de la línea de Spiegel, término que no hemos creído conveniente adoptar. La llamada línea de Spiegel consagra según un excelente artículo de Lecene y Terrier un doble error histórico y anatómico, encontrando dichos autores preferible el que no se emplee en el lenguaje médico.

Dimensiones: esencialmente variable; hay desgarros pequeños y los hay muy extendidos (diez centímetros y más), dando en consecuencia tumoraciones más o menos voluminosas, pues a través de dicha brecha peritoneo - muscular hacen salida el epiplón y el intestino;

e) Estado de las vísceras:

1. No hay lesión visceral, mismo con lesiones parietales importantes;

2. Hay lesiones viscerales: relativamente leves — contusión intestinal — sea serias: perforación intestinal o sección total de un asa;

f) Evolución del desgarró muscular:

1. Es excepcional que cure espontáneamente; caso de Gay: joven enfermo de 15 años, ruptura muscular que origina una tumoración del tamaño de una naranja; visto dos y ocho meses después del trauma no se siente a nivel de la ruptura absolutamente nada; no queda ninguna huella del desgarró anterior;

2. Habitualmente persiste el desgarró primitivo, que se transforma en consecuencia en un orificio fibroso; la eventración consecutiva, generalmente reductible ha podido hacerse precozmente irreductible en desgarrós pequeños, demostrando la intervención adherencias de las asas o del colon ascendente al orificio de ruptura muscular, por fenómenos que se aceptan como semejantes al de una peritonitis herniaria.

3. Con lesión visceral, la evolución está condicionada exclusivamente por dicha lesión.

4º SINTOMATOLOGÍA. — Lo dicho anteriormente nos eximirá de mayores detalles.

a) Es frecuente la pérdida de conocimiento consecutiva a la violencia del traumatismo;

b) El desgarró muscular en unos casos se reconoce enseguida; en otros varios días después, cuando el enfermo trata de incorporarse;

c) Es la tumoración consecutiva la que lo revela: redondeada, de volumen variable, con una equimosis constante; que aumenta francamente de tamaño cuando el enfermo tose o se sienta; todos los movimientos en los cuales la pared abdominal se contrae se vuelven difíciles o mismo imposibles; nuestro enfermo sólo podía sentarse ayudándose con las manos como en un caso de Legueu y en otro de Legouest. Al través de la piel pueden verse las reptaciones intestinales y la palpación muestra una tumoración gorgoteante, generalmente reductible, saliendo a través de un orificio de bordes gruesos y retraídos.

El dolor es variable; hay casos de palpación imposible por el dolor (caso de Le Dentu).

5° PRONÓSTICO. — Condicionado por las lesiones viscerales. En ausencia de ellas la herida de los vasos epigástricos puede comprometer la vida del enfermo, si no se interviene rápidamente. En cuanto al desgarro muscular permitirá que la eventración aumente; sus bordes esclerosándose tomará el aspecto de tejido cicatricial, pudiendo producirse adherencias con el epiplón o el intestino que si no llevan al estrangulamiento, son responsables de dolores, tironeos y mismo vómitos. Es excepcional — caso de Gay — que el desgarro cure espontáneamente.

6° DIAGNÓSTICO. — En general es fácil, salvo en los casos no frecuentes de voluminoso hematoma subcutáneo, casos en los que ha podido haber evidente dificultad para sentir la brecha muscular.

Pero en el diagnóstico, lo importante es reconocer precozmente la presencia de lesiones viscerales. El ataque del peritoneo a veces se manifiesta de inmediato; a veces mucho más tarde. Es uno de los argumentos esgrimidos por los partidarios de la operación inmediata.

7° TRATAMIENTO. — Los partidarios del tratamiento quirúrgico inmediato, como Legueu, se basan en los argumentos siguientes:

1) la hemorragia, que si el desgarro es grande puede ser muy importante y que en casos de lesión de los vasos epigástricos puede ser una complicación temible;

2) la supuración espontánea del foco, favoreciendo la posible infección, las erosiones de la piel contusionada;

3) la peritonitis, fatal si hay lesión visceral pero que puede también producirse si un amplio foco de contusión hemática comunica con la cavidad peritoneal;

4) legitiman la refección parietal inmediata: la persistencia de la eventración, su aumento, su posible irreductibilidad; la esclerosis cicatricial de los músculos alrededor de la brecha que obligará ulteriormente a avivarlos cuando se quiera rehacer la pared, lo que aumentará la brecha que se quiere reparar. La reparación es evidentemente más fácil cuando se opera precozmente.

Cuando se opera inmediatamente se trata de una laparatomía

por contusión de abdomen; la incisión dependerá del sitio de la lesión muscular. Siempre se inspeccionará el estado de los órganos abdominales; si hay lesión visceral la reconstitución de la pared pasa a segundo plano y es el tratamiento de la lesión visceral lo que domina; si no hay lesión visceral el problema del desgarro de la pared muscular se plantea diferente según sea el tamaño de la lesión muscular.

Si la ruptura muscular es poco extensa, se puede rehacer la pared plano por plano, habiéndose aconsejado para el plano músculo - aponeurótico material de sutura no reabsorbible: crin, hilos metálicos (hilos de plata en el caso que presentamos); si la ruptura es extensa la reparación de la pared puede presentar dificultades grandes; los hilos metálicos atravesando toda la pared permiten en muchos casos hacer acercamiento de los bordes y facilitar la coaptación perfecta de los bordes. Hay casos citados de esfacelo de los bordes cuando la tracción ejercida para el acercamiento de los mismos ha sido muy grande.

Cuando se opera tardíamente se está en rigor frente a una eventración; el problema consiste en primer término en las adherencias víscero - parietales y luego en la reconstitución de la pared, previo avivamiento de los bordes ya esclerosos del desgarro muscular, bordes a veces considerablemente retraídos. Puede ser necesario terminar la operación con una resección parcial de la piel, cuando la antigüedad y el volumen de la eventración la han distendido considerablemente.