

Traumatismo herniario (traumatismo cerrado de hernia inguinal).

A propósito de un caso

Dres. Daisy Segura¹, Roberto Estrugo²

Resumen

Presentamos un caso poco frecuente de traumatismo abdominal en un paciente portador de hernia inguinal. Discutimos las características especiales de la fisiopatología, diagnóstico y terapéutica de estos pacientes. Concluimos aconsejando la terapéutica integral de las lesiones encontradas, incluida la reparación parietal en presencia de contaminación bacteriana local/regional.

Palabras clave: Hernia inguinal
Heridas y lesiones

Summary

The authors present an infrequent case of abdominal trauma in a carrier of inguinal hernia. They discuss special features as regards physiopathology, diagnosis and therapeutics of these patients. They advise integral therapeutics of lesions, including parietal repair in the presence of local/regional bacterial contamination.

Introducción

La patología traumática en general y la abdominal en particular es proveedora de morbimortalidad de extraordinaria importancia e incidencia en la vida civil. Responde por lo general a acciden-

tes de tránsito en la vía pública, así como laborales.

La patología traumática es la primera causa de muerte en menores de 40 años y es responsable de 30 a 40 % de las consultas en las urgencias hospitalarias⁽¹⁾.

Es nuestro propósito presentar un caso poco frecuente de traumatismo abdominal en un paciente portador de hernia inguinal, la cual le impone condiciones fisiopatológicas, diagnósticas y terapéuticas especiales.

Caso clínico

A.G.A., 45 años.

Antecedentes personales: operado de hernia inguinal derecha en 1974.

Enfermedad actual: atropellado por bicicleta, sufre traumatismo directo con el manubrio sobre región inguinal izquierda, donde presenta desde hace dos meses tumoración atribuida a hernia inguinal (sin diagnóstico médico).

Inmediatamente luego del traumatismo presenta gran tumoración dolorosa y tensa en esa región y una herida cortante de 4 cm que sangraba profusamente, por lo cual se realiza hemostasis en un centro primario de asistencia zonal.

Examen

Lúcido, bien orientado en tiempo y espacio, sudoroso, dolorido, bien coloreado, eupnéico, hemodinamia estable.

Sin otros estigmas de traumatismo salvo gran tumoración que ocupa región inguinal izquierda, fosa ilíaca izquierda y parte del flanco izquierdo: fusiforme a eje mayor oblicuo desde el flanco hacia el pubis, de 12 cm de largo, de color violáceo y una herida de 4 cm transversal supurada que sangra ligeramente.

1. Asistente de la Clínica Quirúrgica F.

2. Prof. agregado de la Clínica Quirúrgica F. CSM. Banco de Seguros. Cirugía General. Prof. Dr. J. Trotschansky.

Clínica Quirúrgica F. Prof. Dr. N. Gateño. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Montevideo.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 12/6/96.

Correspondencia: Dra. Daisy Segura. Arrieta 2972. CP 11600. Montevideo, Uruguay.

Consistencia líquida, renitente, impresiona como un hematoma de la pared abdominal doloroso.

Resto del abdomen libre, depresible pero doloroso a la palpación del flanco izquierdo, hipogastrio y región umbilical (hemivientre inferior).

Diuresis normal.

Descripción operatoria

Incisión: mediana supra infraumbilical.

Exploración: hemoperitoneo. Materias fecales en peritoneo. Desgarro de meso sigmoides. Sección casi total del sigmoides, el sector distal está cianótico y desgarrado. Su meso forma parte del saco peritoneal de la hernia inguinal izquierda. Parte de la pared destruida por el traumatismo.

Se realiza hemostasis del mesosigmoides y sigmoidectomía. Resto sin particularidades.

Apertura de lesión parietal de fosa ilíaca izquierda por incisión oblicua sobre la tumoración. Se comprueba rotura de oblicuo mayor y oblicuo menor, con desinserción del sector interno de la arcada. Arteria epigástrica seccionada y trombosada. Lavado y reparación por planos.

Cierre del peritoneo a nivel del saco herniario. Reparación parietal con técnica de Bassini. Colostomía ilíaca izquierda. Exteriorización del sigmoides distal a nivel de la comisura inferior de la mediana.

Resultado posoperatorio

Febril en los primeros días, luego evoluciona bien. Moviliza intestino al tercer día del posoperatorio. Colostomía y herida operatoria sin particularidades. No se otorga el alta por problemas sociales y psiquiátricos.

Dos meses después de la primera intervención se coordina para reconstrucción del tránsito. Se opera realizándose reconstrucción del tránsito con anastomosis colo-cólica en monoplano con Tycron 4-0.

Buena evolución. Alta al decimosegundo día del posoperatorio.

Discusión

La transmisión de energía en un traumatismo directo sobre el abdomen normal (sin hernias cicatrices, eventraciones, etc.) se realiza en forma centrífuga e igual hacia toda la cavidad peritoneal (2,3).

El balance lesional dependerá en primer lugar de la violencia de esta energía, como es obvio, y en particular del estado anatómo-funcional de la

musculatura abdominal, así como del contenido líquido o gaseoso de las vísceras y finalmente de la distancia de los diferentes órganos con el punto de máximo impacto (4).

En los portadores de patología parietal abdominal previa, por ejemplo hernia como el caso que hemos presentado, es necesario realizar ciertas consideraciones excepcionales (5-8).

Payson y Mage en 1962 y Camaño en nuestro medio en 1969 reconocieron ciertos mecanismos fisiopatológicos presentes en la determinación de las diferentes lesiones en los portadores de hernia inguinal y traumatismo abdominal

Es así que diferenciaron situaciones clínicas particulares, fundamentalmente si el saco se encuentra con o sin contenido y si el punto de máximo impacto traumático compromete o no la región herniaria (8,9).

En nuestro paciente deducimos, de acuerdo a la destrucción parietal encontrada, que el punto de máximo impacto traumático comprometía la hernia inguinal.

Al ser una hernia por deslizamiento indudablemente el saco se encontraba habitado por el sigmoides, que formaba parte de aquel.

Tanto por el mecanismo de transmisión directa de la energía así como por las diferencias tensionales creadas con el resto de las vísceras intraabdominales, se produjo un estallido del mismo con un desgarramiento mesial, tal como fue encontrado en la laparotomía.

El encare terapéutico efectuado persiguió el tratamiento integral de todas las lesiones, para lo cual planteamos el abordaje por separado por un lado de la cavidad abdominal para el correcto tratamiento del foco (en nuestro caso desgarramiento sigmoideo, para lo cual se realizó una técnica de resección y abocamiento de los cabos proximal y distal) y por otro lado el correcto tratamiento de la contaminación peritoneal (efectuándose lavado y secado exhaustivo de la cavidad celómica).

Se realiza luego un abordaje directo sobre la zona del traumatismo para el correcto y completo tratamiento de las lesiones parietales traumáticas así como de la patología herniaria, con reparaciones plásticas parietales e incluso utilización de prótesis de ser necesario a pesar de que exista contaminación con gérmenes de la flora entérica como en nuestro caso, dado que consideramos que no deben dejarse defectos parietales sin resolver.

Se realizó como coadyuvante de la cirugía una cobertura con antibióticos de amplio espectro con determinismo a la flora bacteriana sospechada, con más frecuencia interviniente.

Creemos que la buena evolución posoperatoria encontrada avala la conducta terapéutica comentada.

Conclusiones

La patología traumática abdominal presenta de por sí morbimortalidad propia. En portadores de hernia inguinal la misma tiene consideraciones fisiopatológicas, diagnósticas y terapéuticas que le son propias y que es menester conocer para no aumentar esta morbimortalidad.

La energía proporcionada por el impacto directo sobre una hernia con saco habitado así como las diferencias tensionales con el resto del contenido intraperitoneal harían estallar el contenido visceral del saco.

Destacamos la baja frecuencia de presentación de esta patología.

Somos partidarios del tratamiento integral de las lesiones encontradas, realizando también las reparaciones plásticas parietales aún encontrando contaminación con gérmenes de la flora entérica como en nuestro paciente.

Una cobertura con antibióticos eficaz, así como una toilette adecuada y sin duda una técni-

ca quirúrgica depurada son los pilares básicos para lograr buenos resultados terapéuticos.

Bibliografía

1. **López Espadas F.** Manual de asistencia al paciente politraumatizado. Santander: Ela Editorial, 1993.
2. **Payson E, Mage S.** Role of inguinal hernia in acute perforation of the small intestine secondary to blunt abdominal. *Ann Surg* 1962; 156: 944.
3. **Camaño MC, Amorín R.** Contusión abdominal en portador de hernia inguinal. Rotura del intestino delgado. *Rev Cir Uruguay* 1969; 39(1/2): 48-52.
4. **Bortagaray CA, Realini M, Amorín B.** Contusión de abdomen y estallido intestinal. Congreso Uruguayo de Cirugía, 2. 1951; 1: 322.
5. **Aird I.** The association of inguinal hernia with traumatic perforation of the intestine. *Br J Surg* 1936; 24: 529.
6. **John HT.** Significance of reducible inguinal hernia in closed abdominal injuries. *Lancet* 1960; 1: 568.
7. **Latourrette F.** Las perforaciones en intestinos sanos. (Perforación por esfuerzo, llamada "espontánea"). *Rev Cir Uruguay* 1966; 36(2): 123-32.
8. **Estrugo RL, Geninazzi H, Muller G.** Lesiones viscerales múltiples por hipertensión abdominal por esfuerzo. *Rev Cir Uruguay* 1979; 49(1): 70-3.
9. **Wilensky AO, Kaufman PA.** Subparietal rupture of the intestine due to muscular effort (a complication of hernia). *Ann Surg* 1937; 106: 373