

CASO CLÍNICO

Traumatismo herniario. Herida por arma de fuego. Perforación intestinal

Dres. María Teresa Castro ¹, Fernando Castelli ², Luis Fígoli ¹,
Enrique Folle ³, Rogelio Belloso ⁴

Resumen

Paciente de 20 años portador de recidiva herniaria inguinal derecha, que sufre herida de bala en muslo derecho y escroto, presentando al ingreso hematoma en región inguino-escrotal derecha con abdomen doloroso y aire en la radiografía de bolsas a nivel de hemiescoto derecho.

Se planteó realizar un abordaje inguinal y escrotal explorando el contenido herniario y el escroto derecho. En la exploración intraabdominal se comprueban múltiples heridas de asas delgadas, se resolvió con la resección y a nivel escrotal hematoma que se drena.

Presentó buena evolución posoperatoria.

Palabras clave: Heridas por arma de fuego
Perforación intestinal
Traumatismos abdominales

Summary

The authors present the case of a 20 year old male carrier of a right inguinal herniary recidive who suffers a bullet injury in right thigh and scrotum. On arrival he presented a hematoma in the right inguinoscrotal region with painful abdomen and gas in the plain film at the right hemiscrotum. An inguinal and scrotal access was proposed in order to explore herniary content and right scrotum. In the intraabdominal exploration, multiple injuries of small ansas, solved by resection and drainage of the hematoma of the scrotum. There was good post-operative evolution.

1. Residente Clínica Quirúrgica 1.

2. Residente de la Clínica Quirúrgica Posgraduados.

3. Prof. Adjunto Clínica Quirúrgica F.

4. Prof. Adjunto Clínica Quirúrgica. Coordinador Servicio de Emergencia del Hospital Pasteur.

Trabajo del Servicio de Emergencia del Hospital Pasteur. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 12/6/96.

Correspondencia: Dr. Rogelio Belloso. Departamento de Emergencia del Hospital Pasteur. Larravide 2458. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Se trata de un caso clínico poco frecuente en su presentación, lo cual motiva su exposición. Paciente portador de una hernia inguinoescrotal que sufre herida de arma de fuego a nivel escrotal, presentando lesión de intestino delgado.

Observación clínica

P.P., sexo masculino, 20 años. Ingresó a emergencia del Hospital Pasteur el 12 de marzo de 1996.

Como antecedentes personales refiere herniorrafia inguinal en la infancia, presentando actualmente recidiva herniaria inguinal derecha.

Sufre 30 minutos antes del ingreso herida de bala en muslo derecho y escroto. Al examen se presenta lúcido, muy dolorido, refiriendo dolor intenso a nivel de escroto. Piel y mucosas normocoloreadas. Cardiovascular: ritmo regular de 100 cpm. Presión arterial: 120/70.

Pleuropulmonar sin alteraciones. Abdomen: blando, depresible, dolor espontáneo a nivel de hemiabdomen inferior, dolor a la palpación de hipogastrio, fosa ilíaca derecha e izquierda. Cicatriz de herniorrafia inguinal derecha.

Escroto: gran tumefacción de ambas bolsas a predominio de hemiescoto derecho, pudiendo corresponder a recidiva herniaria o a un hematoma a dicho nivel. No se logra discernir clínicamente su contenido, dicha tumefacción aumenta con la posición ortostática.

Presenta orificio de entrada en cara posteroexterna de muslo derecho con orificio de salida a nivel del triángulo de Scarpa del mismo muslo con orificio de entrada en hemiescoto derecho y de salida en hemiescoto izquierdo (se trata de un solo proyectil) (figuras 1, 2 y 3).

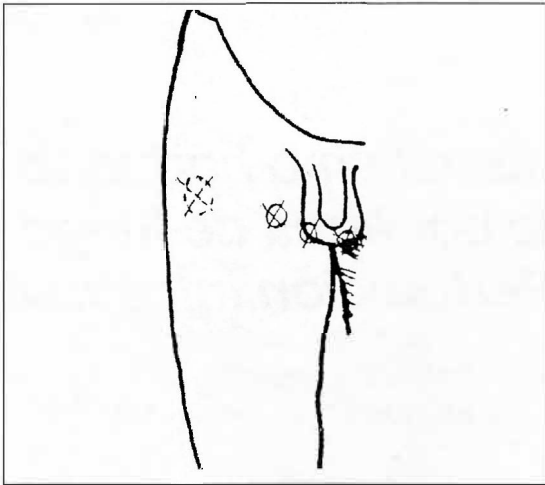


Figura 1. Trayecto del proyectil

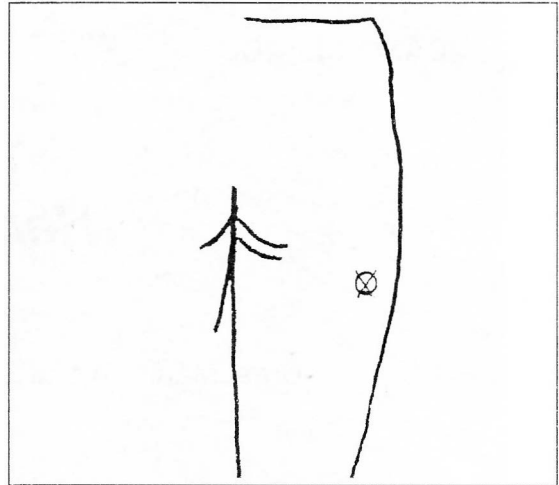


Figura 2. Trayecto del proyectil

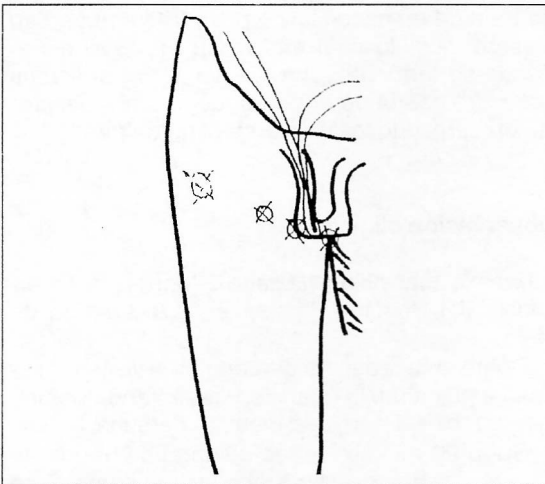


Figura 3. Trayecto del proyectil

Pulsos arteriales femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio en miembro inferior derecho presentes.

Radiología de pelvis y bolsas: no se observa el proyectil, se ve gas en hemiescrotro derecho, pudiendo corresponder a gas por lesión intestinal o a la entrada de aire desde el exterior por el trayecto del proyectil (figura 4).

Conducta

Paciente que recibió 30 minutos antes de su ingreso herida de bala en muslo, con orificio de entrada y salida, sin evidencia de compromiso vascular y herida a nivel de escroto con un hematoma y hernia inguinoescrotal, sumado a la exist-

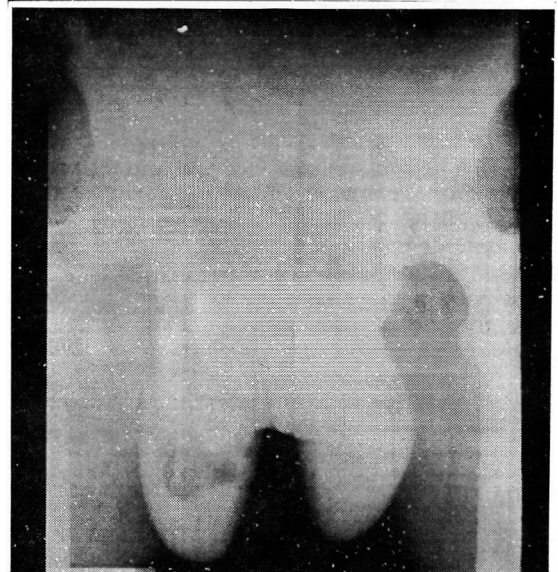


Figura 4. Radiografía de pelvis y bolsas. Gas en hemiescrotro derecho

encia de aire en hemiescrotro derecho sin un claro cuadro de irritación peritoneal.

Se decide la exploración quirúrgica del contenido herniario y hemiescrotro derecho. Anestesia general, durante la inducción al producirse la relajación muscular se reduce parcialmente la tumefacción inguino-escrotal.

Se realiza herniotomía inguinal derecha sobre cicatriz anterior, se disecciona el saco herniario separándolo de los elementos nobles del cordón espermático. Se encuentra un gran saco (hernia inguinal oblicua externa) con múltiples adherencias de la intervención anterior. Se abre el saco com-

probándose que no existe en ese momento contenido herniario. Se exteriorizan asas delgadas a través del orificio inguinal profundo, no encontrándose lesión de las mismas.

Ante la imposibilidad de una mejor exploración y la existencia de líquido intraperitoneal turbio, se decide la laparotomía. Se liga previamente el cuello del saco herniario y se realiza una incisión mediana infraumbilical.

La exploración intraabdominal demuestra cinco perforaciones de intestino delgado medio, muy próximas entre sí, comprometiendo aproximadamente 15 cm de intestino.

Se realiza resección de la zona comprometida y entero-enteroanastomosis termino-terminal. Cierre de la brecha mesial. El resto de la exploración abdominal no mostró lesiones. Se realiza toilette peritoneal, lavado con suero tibio, aspirado y secado.

Luego se explora el escroto derecho a través de una incisión que amplía el orificio de la bala en el polo inferior. Se comprueba lesión de la vaginal y un pequeño hematoma que se evacúa.

El testículo derecho no presenta lesiones. No se comprueba lesión de la vaginal izquierda, testículo izquierdo sin particularidades. Se deja drenaje de látex a nivel del hemiescroto derecho. Luego se baja el tendón conjunto a la arcada crucial, se cierra el oblicuo mayor a puntos separados, lavado abundante con suero dejando piel entreabierta

Evolución

El posoperatorio fue bueno. Recibió antibióticos por 6 días en base a metronidazol y gentamicina, hidratación parenteral por 72 horas.

En las primeras 24 horas presentó un ileo po-

soperatorio. Se retiró drenaje de escroto derecho al tercer día. No presentó elementos de supuración de las heridas operatorias. Alta al día 10.

Comentarios

No se han descrito en la bibliografía nacional ni internacional casos similares al expuesto. A nivel nacional hemos encontrado descripciones de lesión intestinal por traumatismos cerrados abdominales en pacientes portadores de hernia inguinal^(1,2); así como a nivel internacional el artículo publicado por Reynolds⁽³⁾ y lesiones intraabdominales por traumatismos abiertos de bolsas pero no en portadores de hernias inguinales⁽⁴⁾.

Debemos mencionar en primer lugar la baja frecuencia con que se observa la recidiva de una herniorrafia realizada en la infancia. En segundo lugar en un paciente portador de una hernia inguino escrotal que sufre un traumatismo abierto de bolsas debemos sospechar la lesión del contenido herniario cualquiera sea éste.

En este caso en particular la corta evolución que medió desde el traumatismo explica la escasa sintomatología abdominal del paciente.

Bibliografía

1. **Camaño M, Amorin R.** Contusión abdominal en portador de hernia inguinal. Rotura de intestino delgado. Rev Cir Uruguay 1969; 39: 48-52.
2. **Vázquez.** Rotura del intestino en saco herniario. Bol Soc Cir Uruguay 1930; 1: 280-4.
3. **Reynolds RD.** Intestinal perforation from trauma to an inguinal hernia. Arch Family Med 1995; 4(11): 972-4.
4. **Schwartz RJ, Blair GK.** Trans-scrotal intraabdominal injuries. Can J Surg 1995; 38(4): 374-6.