

CASO CLÍNICO

Hernia traumática de la pared abdominal. Reporte de caso.

Traumatic hernia of the abdominal wall. Case report.

Gustavo Armand Ugon Bigi¹

ORCID 0000-0003-2636-0867

Martín Eduardo Ferreira Pozzi²

ORCID 0000-0003-1696-7374

Pilar Arciénega Yañez³

ORCID 0000-0002-1981-3402

Daniel González González⁴

ORCID 0000-0003-3916-9201

DOI 10.31837/cir.urug/5.2.12

Recibido: 28 de agosto de 2020

Aceptado: 30 de junio de 2021

Resumen

Masculino, 21 años. Conductor de moto, a 70 km/hora cae al pavimento, máximo impacto en hemicuerpo derecho. ABCD-normales. Hernia traumática derecha de la pared abdominal diagnosticada por tomografía (desprendimiento de los músculos anchos de la cresta ilíaca, contiene íleon, sin elementos de oclusión intestinal). Hernioplastia laparotómica en diferido, malla de polipropileno colocada en plano preperitoneal-retromuscular. Patología muy poco frecuente, de diagnóstico clínico y/o imagenológico, al ingreso o en diferido, los accidentes de tránsito son responsables del 78% de los casos. La reparación parietal, su tipo y oportunidad, se realizará en función del estado del paciente y de las lesiones concomitantes.

Palabras clave: hernia, cirugía abdominal, traumatismos, urgencia

^{1,2,3,4}Clínica Quirúrgica 3, Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
gusad@adinet.com.uy

Abstract

Male, 21 years old. Motorcycle driver, at 70 km / hour falls to the pavement, maximum impact on the right half body. ABCD-normal. Right traumatic hernia of the abdominal wall diagnosed by tomography (detachment of the broad muscles of the iliac crest, contains ileum, without elements of intestinal occlusion). Delayed laparotomic hernioplasty, polypropylene mesh placed in the preperitoneal-retromuscular plane. Very rare pathology, of clinical and / or imaging diagnosis, upon admission or delayed, traffic accidents are responsible for 78% of cases. Parietal repair, its type and timing, will be carried out depending on the patient's condition and the concomitant injuries.

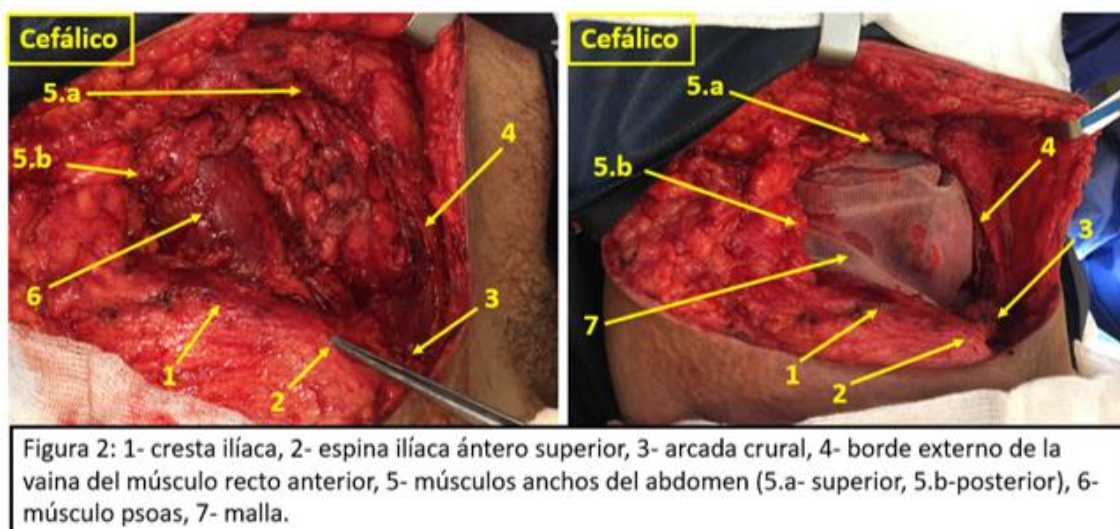
Key words: hernia, abdominal surgery, trauma, urgency

Paciente de 21 años, sexo masculino. Conductor de moto, a 70 km/hora cae al pavimento, máximo impacto en hemicuerpo derecho. Politraumatizado, asistido siguiendo las pautas ATLS del ACS¹, no habiendo elementos a solucionar en la evaluación primaria. Fractura diafisaria humeral derecha que requirió osteosíntesis. Hematoma de cara lateral derecha de tronco y muslo. Tomografía al ingreso evidenció: contusión pulmonar derecha, hematoma de partes blandas en tronco (a derecha) y hernia traumática de la pared abdominal (HTPA). Amplio desprendimiento de los músculos anchos del abdomen de la cresta ilíaca derecha. Contiene asas delgadas, sin signos de oclusión intestinal. Se trata de una HTPA tipo V, según la clasificación de Dennis². Ante la contusión pulmonar y la ausencia de oclusión intestinal se posterga la reparación herniaria.



En la evolución se hace evidente la HTPA, centrada en la espina ilíaca ántero superior, redondeada, de 15cm de eje mayor transversal. Reducible completamente, incoercible. Expande e impulsa con maniobras de Valsalva. (figura 1).

Abordaje laparotómico centrado en la HTPA. Reducción del saco peritoneal sin apertura. Anillo herniario irregular, enmarcado entre cresta ilíaca y arcada crural por abajo y músculos anchos por arriba adelante y atrás. Hernioplastia con malla de polipropileno, preperitoneal-retromuscular, fijada con puntos separados (polipropileno 0) a la aponeurosis del músculo ilíaco y a arcada crural por abajo, al borde externo de vaina del recto por delante, a la cara profunda del transversal por arriba y atrás (figura 2). Reinserción en bloque de músculos anchos, fijándolos a la cresta ilíaca mediante puntos separados (polipropileno 2.0). Drenaje aspirativo en celular subcutáneo. Evolución postoperatoria sin complicaciones. Reintegro laboral, sin limitaciones, a los 60 días de postoperatorio.



Objetivo

Comunicar el caso y revisar lo publicado. Importa por tratarse de una patología aguda infrecuente asociada, en un alto porcentaje, con lesiones viscerales.

La HTPA, descrita en 1906 por Selby, se define como la rotura músculo-fascial causada por un traumatismo directo sobre la pared abdominal sin penetración de la piel ni evidencia de hernia previa en esa topografía.^{3, 4, 5} Se produce como consecuencia del impacto directo y/o del aumento brusco de la presión intraabdominal, por ello la mayoría se producen en zonas anatómicamente débiles de la pared abdominal, seguidas en frecuencia por los desgarros a nivel de las inserciones musculares. Por eso, la topografía de la HTPA no siempre coincide con la del impacto. Son más frecuentes a nivel infraumbical.^{3, 4}

La HTPA, a pesar de la alta prevalencia del traumatismo abdominal cerrado, se presenta solo en el 0,2% de los traumatismos cerrados evaluados por tomografía.² Los accidentes de tránsito son la causa más frecuente (78%) seguidos por cozo de animal, caída de una altura, traumatismo deportivo o con herramientas de trabajo, aplastamiento. Dentro de los accidentes de tránsito, la lesión por cinturón de seguridad es la más frecuente, seguida de la lesión por manillar de birrodado.^{2, 3, 4}

Pueden evidenciarse en el momento del accidente o en la evolución, su diagnóstico puede ser clínico y/o imagenológico. La presencia de estigma de trauma con cinturón de seguridad o manillar de birrodado, un hematoma extenso de la pared abdominal, son signos de sospecha de HTPA. Menos frecuente es la presentación clínica como una tumoración aguda palpable con semiología de hernia.^{3, 5, 6, 7, 8}

Las HTPA, hasta en el 67% de los casos, pueden presentarse con otras lesiones intraabdominales asociadas, particularmente lesión de víscera hueca -presente en el 72% de los casos¹⁻, siendo predictores de éstas la presencia de estigma de trauma con cinturón de seguridad o manillar de birrodado.^{2, 5, 6, 7, 8}

La tomografía abdomino-pélvica realizada al ingreso puede ser diagnóstica tanto de la hernia como de eventuales lesiones asociadas.^{2, 3, 5} Permite además clasificar a las HTPA en 6 categorías, siendo el daño parietal mayor conforme aumenta la categoría (tabla 1).²

La reparación parietal para solucionar una HTPA, su tipo y oportunidad, se realizará en función del estado del paciente y de las lesiones concomitantes.^{2, 3, 9}

La reparación parietal de urgencia es la más aceptada. Se considera técnicamente más sencilla, ya que no hay retracción ni atrofia muscular, evita además una eventual complicación mecánica. Permite además diagnosticar y resolver eventuales lesiones viscerales concomitantes, particularmente de víscera hueca. Otro argumento a favor es que disminuye el tiempo de recuperación y discapacidad del paciente. La elección entre una herniorrafia y una hernioplastia queda supeditada a la existencia, o alta sospecha, de contaminación en el lecho quirúrgico, lo que contraindicaría la reparación con prótesis.^{2, 3, 4, 9}

La reparación en diferido tiene la ventaja de realizarse sobre tejidos estables, sin sangrado ni hematoma, siendo menor el riesgo de infección. Puede realizarse tanto una rafia como una plastia.^{3, 4}

El abordaje puede ser tanto laparotómico como laparoscópico, siendo el primero el más utilizado en la urgencia.^{3, 4}

Tabla1: clasificación del daño parietal

Grados	
I	contusión del tejido subcutáneo
II	hematoma muscular de la pared abdominal
III	disrupción de un solo plano muscular
IV	disrupción de todos los planos musculares
V	disrupción de todos los planos musculares con herniación del contenido abdominal
VI	disrupción de todos los planos musculares y evisceración
Tomado de:	Dennis R, et al. Abdominal wall injuries occurring after blunt trauma: incidence and grading system. Am. J. Surg. 2009;197:413-417.

Presentamos una patología poco frecuente, cuyo diagnóstico debe plantearse ante estigma de trauma con cinturón de seguridad o manillar de birrodado, hematomas extensos de tronco, o ante una tumoración con semiología de hernia que aparece inmediatamente después del accidente. La importancia del diagnóstico precoz de la HTPA radica en el alto porcentaje de lesiones viscerales intraabdominales asociadas, principalmente víscera hueca.

Bibliografía

- 1- ATLS®: Apoyo vital avanzado en trauma®. 10ª ed. Chicago, Il: Colegio Americano de Cirujanos. Comité de trauma, 2018.
- 2- Dennis R, Marshall H, Deshmukh J, Bender N, Kulvatunyou J, Lees J. et al. Abdominal wall injuries occurring after blunt trauma: incidence and grading system. Am. J. Surg. 2009;197:413-7. doi: 10.1016/j.amjsurg.2008.11.015

- 3- Morales J; Carrasco C; Carvajal C; Herrera J, Marín R. Hernia traumática de pared abdominal secundaria a atricción por tronco de árbol. Rev. Chilena de Cirugía. 2011;63(1):91-4. doi: 10.4067/S0718-40262011000100017
- 4- Moreno-Egea A; Girela E; Parlorio E; Aguayo-Albasini L. Controversias en el manejo actual de las hernias traumáticas de la pared abdominal. Cir. Esp. 2007;82(5):260-267. doi: 10.1016/S0009-739X(07)71723-2
- 5- Suhardja T, Atalla M, Rozen W. Complete abdominal wall disruption with herniation following blunt injury: case report and review of the literature. Int. Surg. 2015;100: 531-9. doi: 10.9738/INTSURG-D-14-00079.1.
- 6- Moreno-Egea A; Campillo-Soto A; Flores-Pastor B. Importancia del signo del cinturón de seguridad en las hernias traumáticas de la pared abdominal. Rev Hispanoam Hernia. 2014;2(3):127-130.doi: 10.1016/j.rehah.2014.01.004
- 7- D'Elia M, Grant R, Kolozsvari N, Matar M. Motor vehicle collision with seatbelt sign and traumatic abdominal wall hernia should raise suspicion for hollow viscus injury. Trauma Case Reports. 2019;22:100206. doi: 10.1016/j.tcr.2019.100206
- 8- Tianyi F, Ndip V, Njim T. Motorbike-handlebar hernia – a rare traumatic abdominal wall hernia: a cause report and review of the literature. 2017;11(87):1-4. doi: 10.1186/s13256-017-1245-z
- 9- Singal R, Dalal U, Dalal A, Attri A, Gupta R, Gupta A, et al. Traumatic anterior abdominal wall hernia: a report of three rare cases. J Emerg Trauma Shock. 2011;4(1):142-5. doi: 10.4103/0974-2700.76832.