

RUPTURA SUBCUTÁNEA DE LA PARED ABDOMINAL

José - A. PIQUINELA

E. O., uruguaya, 37 años, recibe un traumatismo de abdomen en las condiciones siguientes: yendo en bicicleta, sufre una caída y la dirección golpea contra la pared abdominal a nivel de la región inguinal izquierda. Dolor intenso inmediato; ligera lipotimia; equimosis en la zona contusionada, que aparece precozmente y tarda varios días en desaparecer.

Guarda cama dos días por el dolor; al levantarse observa una tumoración ovoidea en la zona contusionada, tumoración dolorosa, especialmente al caminar. Va aumentando sensiblemente de volumen y es asiento de dolores casi intolerables con el esfuerzo y la tos. La tumoración desaparece estando la enferma acostada y reaparece al ponerse de pie.

Consulta dos meses después del accidente, por la persistencia de la tumoración y de los dolores.

Examinándola en la cama, la inspección no muestra nada anormal. En las inspiraciones profundas se forma un pequeño relieve a nivel del tercio medio de la región inguinal izquierda, relieve espontáneamente poco sensible. Con la tos el relieve aumenta francamente y la enferma siente dolor. La palpación a ese nivel permite apreciar un orificio ovalado a eje mayor paralelo sensiblemente a la arcada crural, con bordes gruesos. Es posible introducir un dedo a través de él y sentir el abombamiento del contenido abdominal. Resto de la pared abdominal bien; musculatura regular; pániculo adiposo abundante; no hay hernia.

Cuando la enferma se incorpora, la tumoración aumenta de volumen y estando de pie se constituye una tumoración ovoidea, mate a la percusión, reductible y dolorosa.

Se hace diagnóstico de ruptura subcutánea de la pared abdominal por el traumatismo, y se opera, transcurridos dos meses después del accidente.

Operación: Dr. Piquinela, Dr. Salvarrey. Anestesia local novocaína $\frac{1}{2}$ %. Incisión: como para la cura quirúrgica de la hernia inguinal. La aponeurosis del gran oblicuo está seccionada en la dirección de sus fibras, desde el orificio inguinal externo hasta la espina ilíaca ántero superior. El pequeño oblicuo y el transversario están arrancados de su inserción en la arcada crural y separados de ella unos tres a cuatro centímetros. A través de esa brecha aparece el tejido celular subperitoneal adherido a los bordes del degarro y abomba el contenido abdominal.

Se libra el tejido celular subperitoneal; se reinserta el pequeño oblicuo y el transverso a la arcada crural, prolongando la sutura sobre el tendón conjunto que se sutura también a la arcada. Se cierra la brecha del gran oblicuo, empleándose para las dos suturas catgut cromado; unos puntos al tejido celular subcutáneo; agrafes en la piel.

Post - operatorio: sin incidente. Alta a los 16 días. Vista un año después: la refección parietal se mantiene íntegra.

Se trata de una contusión de abdomen, en una mujer; ruptura músculo - aponeurótica a nivel de la zona traumatizada; ausencia de lesión visceral.

En la sesión celebrada por la Sociedad de Cirugía el 2 de Diciembre de 1936, presentamos un caso de ruptura subcutánea de la pared abdominal, comunicación analizada por Menegauz en el "Journal de Chirurgie", tomo 52, N° 2, pág. 226 (agosto 1938).

El Profesor del Campo ha tenido la amabilidad de cedernos tres historias clínicas de enfermos observados por él y a los que hiciera referencia con motivo de nuestro primer caso.

Uno de ellos, enfermo de 60 años, a raíz de un accidente de automóvil presenta además de una fractura de pelvis y de una gran herida de región glútea, una ruptura subcutánea de la pared abdominal a nivel de la región inguinal izquierda, palpándose directamente bajo la piel, ansas intestinales. El enfermo no deja operarse, falleciendo 36 horas después.

Otro, es un enfermo de 44 años que es visto inmediatamente después de un traumatismo pelviano: pasaje de una rueda de carro. Además de varias fracturas de pelvis y de lesiones perineales intensas presenta una herida contusa transversal suprapúbica de la extensión y situación del Pfannenstiel, e independientemente de ella un arrancamiento de la inserción pubiana de los rectos anteriores; en las zonas laterales del abdomen un arrancamiento de todos los planos parietales excluido el peritoneo, que no presenta lesiones. Fallece momentos después de ingresar.

El otro enfermo, de 30 años, recibe la caída de un pesado lingote sobre la pared abdominal anterior (regiones pubiana e inguinoabdominal izquierda). La intervención muestra la sección de la aponeurosis del gran oblicuo desde el anillo inguinal externo hasta más allá de la espina ilíaca ántero superior. Desinserción del pilar interno y del tendón conjunto; desinserción del pilar externo. Se reconstituye quirúrgicamente la pared y el enfermo hace un post - operatorio sin incidentes.

En el caso que presentamos el año 1936, el desgarró muscular asentaba a nivel del borde externo del recto izquierdo, ligeramente por encima de la línea biliar y se prolongaba hacia arriba y afuera en una extensión de unos cuatro a cinco centímetros; hacia adentro se prolongaba interesando la hoja anterior de la vaina del recto, hasta la línea media; peritoneo desgarrado.

Este tipo de contusión de abdomen, como el caso que presentamos, en que las lesiones parietales pasan al primer plano, determinando la sintomatología y condicionando el tratamiento, son evidentemente poco frecuentes. Lo expresado en nuestra primera comunicación nos eximirá ahora de mayores consideraciones.

El agente traumático es variable: dirección de bicicleta, palo, vara o rueda de carro, barra de hierro, etc. Desde el punto de vista de la anatomía patológica, este nuevo caso nos permite señalar algunos elementos que ya destacábamos en nuestra comunicación anterior:

- a) la integridad de la piel;
- b) el hematoma subcutáneo traducido por la equimosis constante, que nuestra enferma ha visto y que en algunos casos permite el diagnóstico causal mismo varios días después del traumatismo;
- c) el estado del peritoneo; se señala su desgarró casi constante, como en nuestro primer caso; sin embargo puede estar intacto como en dos casos del Dr. del Campo, a pesar de que en uno de ellos las lesiones parietales eran considerables; intacto en el caso que presentamos;
- d) la topografía del desgarró parietal; Legueu y Lorain en el artículo de "Archives Générales de Chirurgie", año 1911, al que nos hemos referido en nuestra primera comunicación, señalan como localización frecuente el músculo recto anterior; lo siguen en orden de frecuencia los músculos anchos del abdomen, inmediatamente por fuera del recto anterior y generalmente debajo de la horizontal umbilical, como en nuestro primer caso, o a nivel de la fosa ilíaca. El caso que motiva esta comunicación tiene una topografía particular: la región inguinoabdominal izquierda. Misma topografía tienen dos casos del Dr. del Campo. La operación ha evidenciado: sección del gran oblicuo en el sentido de sus fibras y lesiones de arrancamiento de su inserción del pequeño oblicuo y del transversó;

e) estado visceral: en los dos casos presentados por nosotros, no hubo lesión visceral; el traumatismo provocó solamente la ruptura de la pared, condicionando exclusivamente la lesión parietal la sintomatología y el tratamiento.

Desde el punto de vista de los síntomas nuestra enferma entra dentro de las consideraciones generales hechas a propósito de nuestra primera comunicación.

El traumatismo provoca dolor intenso y es seguido de una hipotimia; la tumoración consecutiva al desgarro parietal es notada por la enferma dos días después del traumatismo, al tratar de incorporarse, hecho señalado en otras observaciones. Tumoración que aumenta con los esfuerzos y la tos, haciéndose en esas condiciones particularmente dolorosa. Cubierta por una equimosis inmediata, señalada también en nuestra observación anterior y que parece constante en este tipo de lesión.

Los movimientos en los cuales la pared abdominal se contrae se vuelven muy dolorosos; de hecho nuestra enferma ha decidido consultar por el dolor que despertaban los movimientos y esfuerzos, dolor que le impedía trabajar.

El diagnóstico no ofrece en general dificultades, máxime si el enfermo es visto tardíamente, dos meses en el caso en cuestión, cuando se ha constituido en rigor una verdadera eventración.

El tratamiento no puede ser otro que el quirúrgico, destinado a la refección de la pared, utilizando material de sutura de reabsorción lenta o mismo no reabsorbible.

Cuando los enfermos consultan inmediatamente, que es el caso más frecuente, la refección parietal debe ser precoz. Mismo prescindiendo de la hemorragia que en algún caso ha podido tener una importancia inusitada, de la posible supuración del foco de contusión, de la posible lesión visceral concomitante cuyos síntomas no siempre son precoces, la refección parietal inmediata está legitimada por la persistencia de la eventración consecutiva al desgarro, su aumento, su irreductibilidad posible; la esclerosis cicatricial alrededor del desgarro, que obliga en la operación tardía a avivar los bordes, aumentando así la brecha que se quiere reparar. La reparación es evidentemente más fácil cuando se opera precozmente.