

HERNIA DE PARED ABDOMINAL TRAUMÁTICA

C. P. Chimeno Herrero, I. Pinto Pabón

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Traumatic abdominal wall hernia

Introducción

La hernia de pared abdominal es una complicación rara en los pacientes que sufren un accidente de tráfico, con pocos casos descritos a pesar de la creciente incidencia de los mismos.

La concurrencia de diversos factores tales como la contracción muscular, tamaño del objeto contundente, dirección y grado de la fuerza de choque, actuando en un determinado momento sobre la pared abdominal, explicarían este hecho poco corriente^{1,2}.

Caso clínico

Paciente varón de 27 años de edad, que tras sufrir un accidente de tráfico es traído a urgencias, presentando estabilidad hemodinámica con tensión arterial de 170/90 mm Hg y estado consciente con una valoración de 15 en la escala de Glasgow. La exploración física muestra erosiones en el abdomen inferior debidas al cinturón de seguridad, y un gran hematoma doloroso a la palpación en el flanco izquierdo. En el estudio inmediato realizado de tomografía computarizada (TC) de todo el abdomen, con cortes axiales de 10 mm espaciados cada 10 mm utilizando contraste venoso, detectamos una ausencia de la musculatura normal de la pared, tanto a nivel infraumbilical como en el flanco izquierdo. Las asas de intestino delgado se posicionan en el tejido subcutáneo, y muestran una importante captación del contraste, debido a hipoperfusión (Fig.1).

En la cirugía practicada de manera urgente, se comprueba la ruptura de los músculos transversos y

oblicuos del hemiabdomen izquierdo en una dirección oblicua, desde nivel subcostal hasta la pelvis, así como la disección transversa de ambos rectos a nivel suprapúbico. Se evidencia, además, la herniación parcial del íleon terminal por el defecto muscular izquierdo. El íleon terminal y el ciego muestran signos evidentes de necrosis, por la disrupción parcial del mesenterio y de las ramas arteriales correspondientes. A continuación, se realiza la extirpación y anastomosis de ambos segmentos isquémicos intestinales, y por último la reconstrucción de la pared muscular, tras el desbridamiento previo, y la sutura con puntos sueltos.

No se produjeron complicaciones postoperatorias inmediatas, ni en el control de seguimiento a los seis meses.

Discusión

En el traumatismo abdominal cerrado, se producen lesiones de estructuras fijas (vísceras) o rígidas (hueso) con más frecuencia que de la propia pared, pues ésta por su elasticidad permite la transmisión de la energía del choque, mientras que los órganos intrabdominales la absorben³.

La hernia traumática de pared abdominal resulta de la ocasional concatenación de una serie de factores como son el incremento de la tensión muscular, la dirección y grado de la fuerza de choque, y el tamaño del objeto impactante. El efecto final son unas fuerzas de cizalla sobre los músculos de la pared, seccionándolos a distintos niveles o desinsertándolos de la pelvis ósea, y la piel permanece indemne^{1,3}.

Las hernias pueden ser inmediatas o tardías en relación al evento traumático, y contener o no saco herniario y asas intestinales⁴.

Correspondencia: Dra. C. P. Chimeno. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Getafe. Carretera de Toledo Km 12,500. Getafe. Madrid.

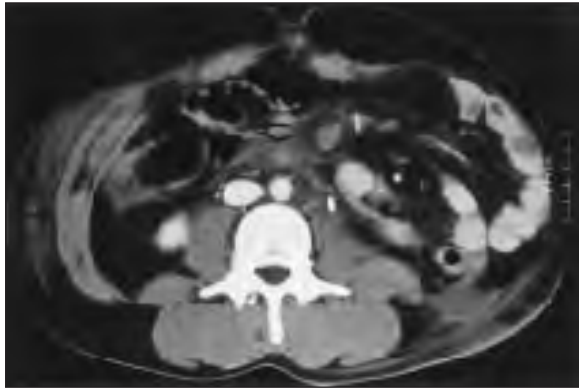


Figura 1. TAC abdominal mostrando en el lado izquierdo asas de intestino delgado a nivel subcutáneo, con gran realce por la captación de contraste, debido a la hipoperfusión. A dicho nivel, se evidencia la ausencia de los músculos, presentes en lado contralateral (flecha larga). Hemoperitoneo (flecha hueca).

Esta complicación ocurre con diferentes tipos de traumatismos cerrados, siendo el más usual el golpe contra el manillar de la bicicleta⁵. En el caso del accidente de coche, un mecanismo a veces implicado es el cinturón de seguridad³, que puede condicionar efectos indeseables a distintos niveles del organismo, denominado como el síndrome del cinturón de seguridad⁶. Aunque está ampliamente demostrado que el uso del mismo disminuye la mortalidad en los accidentes de tráfico⁷, Sato⁸ teoriza sobre la influencia de lesiones por una colocación inadecuada del cinturón, con la banda oblicua en posición subaxilar o la banda horizontal por encima de la pelvis.

En nuestro paciente, las lesiones abrasivas en la parte inferior del abdomen constituyen un signo clínico del conocido síndrome, aunque desconocemos si existía malposición.

En el traumatismo abdominal serio, la observación tanto de lesiones externas por cinturón como la presencia de una hernia de pared obliga a excluir daños graves asociados intraabdominales. Sahdev y col.⁴ en la revisión sobre las hernias abdominales traumáticas encuentran que un 59% de las producidas por un traumatismo difuso requerían laparotomía por otras lesiones concomitantes. Así mismo, la frecuencia de afectación de asas intestinales es doble

entre los que usan el cinturón de seguridad comparada con los no usuarios⁹.

En el caso expuesto la isquemia de asas era debida al desgarramiento del mesenterio y vasos acompañantes, y no al compromiso del agujero herniario, semejante a otras descripciones³.

El diagnóstico clínico de esta entidad en los traumatismos localizados suele realizarse con la simple exploración física^{10,11}. En pacientes politraumatizados, la utilización de la TC abdominal es muy beneficiosa, pues nos permite realizar una detección rápida de lesiones tanto de la pared, como de órganos intraabdominales^{12,13}.

El manejo terapéutico final es la cirugía urgente, permitiendo resolver diferentes problemas en el mismo acto, tanto la reparación de la hernia de pared, como los daños intraabdominales asociados⁴.

Bibliografía

1. Wood RJ, Ney AL, Bubrick MP. Traumatic abdominal hernia: a case report and review of the literature. *Am Surg* 1988; 54: 648-651.
2. Malgoni MA, Condon R. Traumatic abdominal wall hernia. *J Trauma* 1983; 23: 356-357.
3. Gill I, Toursarkissian B, Johnson S, Kearney P. Traumatic ventral abdominal hernia associated with small bowel gangrene: case report. *J Trauma* 1993; 35: 145-147.
4. Sahdev P, Garramone R, Desani B, Ferris V, Welch JP. Traumatic abdominal hernia: report of three cases and review of the literature. *Am J Emerg Med* 1992; 10: 237-241.
5. Peters J, Reinertson J, Polansky S, Lamont B, Fortune J. CT demonstration of traumatic ventral hernia. *J Comput Assist Tomogr* 1988; 12: 710-711.
6. Hayes CW, Conway WF, Walsh JW, Coppage L, Gervin AS. Seat belt injuries: Radiologic findings and clinical correlation. *Radiographics* 1991;11: 23-36.
7. Evans L. Fatality risk reduction from safety belt use. *J Trauma* 1987; 27: 746-749.
8. Sato TK. Effects of seat belts and injuries resulting from improper use. *J Trauma* 1987; 27: 754-758.
9. Rutledge R, Thomason M, Oller D, Meredith W, Moylan J, Clancy T, et al. The spectrum of abdominal injuries associated with the use of seat belts. *J Trauma* 1991; 31: 820-825.
10. Dreyfuss D, Flancbaum L, Krasna I, Tell B, Trooskin S. Acute Transrectus traumatic hernia. *J Trauma* 1986; 26: 1134-1136.
11. Guly HR, Steward IP. Traumatic hernia. *J Trauma* 1983; 23: 250-251.
12. Shuman W. CT of blunt abdominal trauma in adults. *Radiology* 1997; 205: 297-306.
13. Wechsler R, Kurtz AF, Needleman L, Dick BW, Feld R, Hilpert P, et al. Cross-sectional imaging of abdominal wall hernias [Pictorial essay]. *AJR* 1989; 153:517-521.