

Hernia postraumática por arma blanca

L. Moles Morenilla¹, J. Recio Barba², M. Leal Ruilopez³, J. Fernández Morales⁴,
J. Ramos Medrano⁵

Med Mil (Esp) 1999; 55 (3): 153-154

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente joven con una hernia postraumática por arma blanca. Se describen las características clínicas y se revisan las indicaciones para revisión quirúrgica de las heridas penetrantes de la pared abdominal anterior.

PALABRAS CLAVE: Hernia postraumática - Heridas - Arma blanca.

Se presenta el caso de un varón de diecinueve años de edad, con antecedentes de haber sufrido quince días antes de su ingreso una herida por arma blanca en costado izquierdo, que fue suturada en un servicio de urgencias de otro hospital.

Refiere tumoración a nivel de la cicatriz, que aumenta con los esfuerzos y es dolorosa al realizar un ejercicio físico intenso. A la exploración, buen estado general, buena coloración de piel y mucosas; constantes normales. En costado izquierdo, a nivel del noveno espacio intercostal, línea axilar media, se aprecia cicatriz de herida incisa de dos cm; bajo la cual se palpa una tumoración dura, fija a planos superficial y profundo, no dolorosa a la palpación, sin signos inflamatorios, que no aumenta con la contracción muscular y no reducible (figura 1). El resto de la exploración, sin hallazgos. Analítica: serie blanca con 5.200 leucocitos y 56% de neutrófilos; hematócrito 41,7%. Los estudios radiológicos (tórax PA y L, ecografía y TC) demuestran la existencia de una hernia de pared, con solución de continuidad de la inserción costal anterior del diafragma izquierdo, con orificio de 1,1 cm, así como solución de continuidad de los músculos parietales con salida de epiplón y sin salida de asas digestivas; no se apreciaban otros hallazgos asociados en tórax ni abdomen. Con el diagnóstico de hernia postraumática se decide la intervención quirúrgica. Bajo anestesia local asistida, se realiza extirpación de la cicatriz; apreciando un cordón duro que se introduce en el espacio intercostal. Tras la apertura del saco herniario se extirpa su contenido epiploico. Cierre del saco y reconstrucción de la

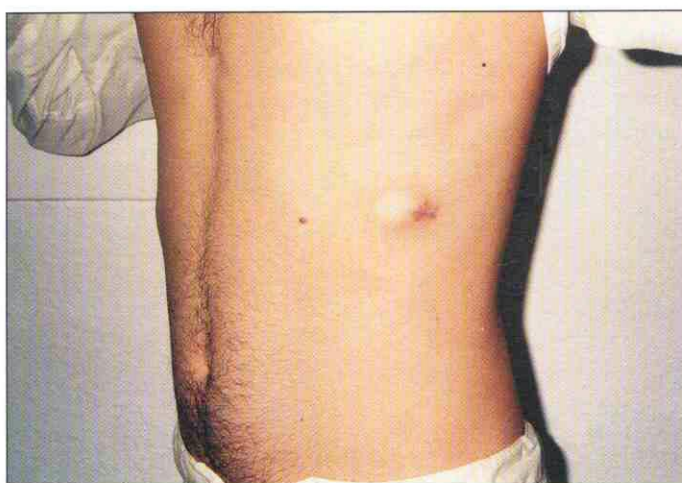


Figura 1. Cicatriz de la herida con tumoración de dos centímetros de diámetro.

pared, con material reabsorbible de larga duración. Curso postoperatorio sin incidencias. El paciente permanece asintomático hasta la fecha.

COMENTARIOS

Muchas heridas punzantes de la pared abdominal anterior y los flancos no penetran en la cavidad peritoneal. La exploración local de la herida en condiciones estériles, es muy útil para evidenciar la presencia o ausencia de penetración peritoneal; esta medida habría sido muy adecuada en nuestro caso.

La actitud quirúrgica ante los pacientes con heridas por arma blanca penetrantes se ha modificado a través de los años. Cuando se realizaba laparotomía exploradora sistemáticamente, el porcentaje de intervención innecesaria oscilaba entre el 40% y el 63%, con una morbilidad del 20%. Los criterios clínicos que indican una laparotomía exploradora inmediata son: shock; hemorragia incontrolable a través de la herida; hemorragia gastrointestinal; signos de irritación peritoneal; neumoperitoneo; evisceración de intestino o epiplón y una punción lavado peritoneal positiva (1).

¹ Servicio de Cirugía General, Hospital Militar de Sevilla. Cirujano general y de aparato digestivo.

² Col. San. Med., Servicio de Cirugía General, Hospital Militar de Sevilla. Cirujano general y de aparato digestivo.

³ Servicio de Cirugía General, Hospital Militar de Sevilla. Cirujano general y de aparato digestivo.

⁴ Col. San. Med. Jefe de Servicio de Cirugía General, Hospital Militar de Sevilla. Cirujano general y de aparato digestivo.

⁵ Cte. San. Med., Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Militar de Sevilla. Radiólogo.

Dirección para la correspondencia: Dr. Luis Moles Morenilla. Servicio de Cirugía General. Hospital Militar Vigil de Quiñones de Sevilla. Avda. de Jerez s/n 41013 Sevilla.

Recibido: 9 de abril de 1999

Aceptado: 7 de julio de 1999

En 1960 Shafton introdujo el concepto de tratamiento conservador en las heridas punzantes abdominales penetrantes. La observación clínica minuciosa sustituyó a la laparotomía inmediata. Son tributarios de tratamiento conservador aquellos pacientes estables hemodinámicamente, clínicamente asintomáticos y sin cambios en las determinaciones repetidas de hematócrito y recuento leucocitario, en las 24-48 horas posteriores al traumatismo (2, 3).

El lavado diagnóstico peritoneal es muy útil; proporcionando un diagnóstico seguro en el 91% de los casos (4, 5).

La TC con contraste en colon administrado por vía rectal (contrast-enhanced CT enema: CECTE) se ha usado para valorar las estructuras retroperitoneales. Cualquier evidencia de extravasación pericolónica de aire o contraste, hemorragia o edema, sería considerada como una exploración positiva, indicando una laparotomía exploradora (6).

La laparoscopia se ha propuesto como un método seguro para evaluar las heridas punzantes abdominales, evitando laparotomías innecesarias.

Las heridas por arma blanca son responsables del 3% de todas las eventraciones. Nuestro caso es excepcional, ya que la herniación epiploica se produjo dos semanas después de la agre-

sión. Consideramos que una adecuada exploración local de la herida y consiguiente cierre aponeurótico, habría evitado la hernia postraumática.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Lacy AM, Pera M, Freixinet J, Garcia-Valdecasas, Grande L y Visa J. Traumatismos abdominales penetrantes por arma blanca. Estudio retrospectivo de 100 casos. *Rev Quir Esp* 1985; 4: 201-4.
2. Demetriades D, Rabinowitz B. Selective conservative management of penetrating abdominal wounds: a prospective study. *Brit J Surg* 1984; 71: 92-4.
3. Lee WC, Uddo JF Jr, Nance FC. Surgical judgment in the management of abdominal stab wound. Utilizing clinical criteria from a 10-year experience. *Ann Surg* 1984; 199: 549-54.
4. Feliciano DV, Bitondo CG, Steed G, Mattox KL, Burch JM, Jordan GL Jr. Five hundred open taps or lavages in patients with abdominal stab wounds. *Am J Surg* 1984; 148: 772-7.
5. Alyono D, Morrow CE, Perry JF Jr. Reappraisal of diagnostic peritoneal lavage criteria for operation in penetrating and blunt trauma. *Surgery* 1982; 92: 751-7.
6. Phillips T, Sclafani SJ, Goldstein A, Scalea T, Panetta T, Shafton G. Use of the contrast-enhanced CT enema in the management of penetrating trauma to the flank and back. *J Trauma* 1986; 26: 593-601.