



Traumatismo abdominal asociado a hernia inguinal y braguero ortopédico

Sr. Director:

El traumatismo abdominal cerrado en pacientes que presentan hernia inguinal tratada de forma ortopédica con braguero es una asociación poco frecuente, sobre

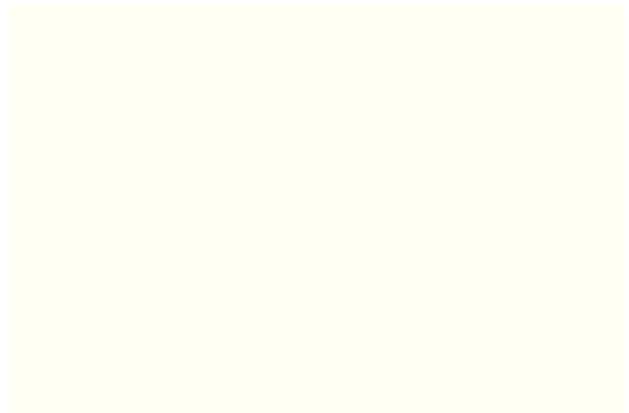
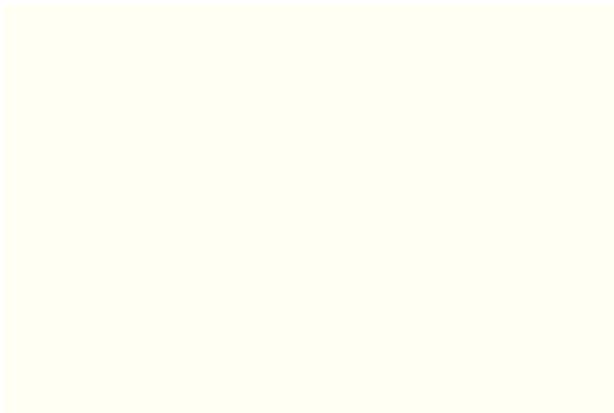


Fig. 1. Colecciones de gas en espacio isquiorrectal derecho (A) y grasa perirrenal (B).

todo cuando debido al traumatismo se produce un estallido o una perforación de un asa intestinal¹.

En los últimos 15 años hemos podido observar 2 casos de pacientes en los que se dio esta circunstancia.

El primer caso fue un paciente de 43 años, camarero, que sirviendo una comida sufrió una caída al suelo sin traumatismo abdominal directo, pero que debido a dolor abdominal acude al servicio de urgencias y es diagnosticado de íleo paralítico. En la exploración física se evidencia que es portador de braguero ortopédico para tratamiento de una hernia inguinal izquierda recidivada, pendiente de intervención quirúrgica programada. A las 12 h se solicitó una valoración por cirugía; el paciente presentó en la exploración abdominal un ligero dolor epigástrico y una hernia inguinal izquierda recidivada, que se redujo por taxis. El estudio analítico y la radiografía abdominal fueron normales. Transcurridas 6 h se produjo un cambio en la evolución, con defensa abdominal y neumoperitoneo en un nuevo estudio radiológico. Se intervino al paciente y se apreció una peritonitis difusa por perforación yeyunal puntiforme, con signos de anillo fibrótico yeyunal en el contexto de haber estado en un saco herniario. Debido a un shock séptico el paciente falleció a los 15 días.

El segundo caso correspondió a un paciente de 79 años que sufrió una caída casual en el jardín de su casa; no refería golpe alguno contra objetos y presentaba dolor abdominal periumbilical con defensa. En la exploración en urgencias se apreció una hernia inguinal izquierda que se reducía manualmente, con discreto dolor; al preguntarle, el paciente refirió que era portador habitual de braguero ortopédico. Esto nos hizo sospechar lo observado 15 años antes, por lo que pese a que la TC abdominal únicamente informaba de un mínimo hematoma en la raíz de mesenterio, sin otros hallazgos, se decidió realizar una laparotomía exploradora, se apreció una perforación yeyunal puntiforme que se trató con sutura simple y lavado de la cavidad abdominal, que evolucionó satisfactoriamente.

Pensamos que el mecanismo de perforación intestinal en estos casos es un cizallamiento del asa intestinal sobre el braguero ortopédico, lo que provoca una sintomatología silente al estar inicialmente contenida en el saco herniario¹⁻³. El cuadro clínico se agrava al reducir el contenido herniario con las maniobras de taxis provocando la salida del contenido intestinal en la cavidad abdominal. Queremos, por tanto, llamar la atención a los cirujanos sobre esta asociación poco frecuente.

**Fernando Candela-Polo, Ana M. Sánchez-Romero,
Andrés Tomás-Gómez, Pilar Serrano-Paz,
Antonio Arroyo-Sebastián, Francisco Pérez-Vicente
y Rafael Calpena-Rico**

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital General Universitario de Elche. Elche. Alicante. España.

Bibliografía

1. Noeller F. Traumatic intestinal perforation by a hernia truss. Zentralbl Chir. 1964;89:1690-5.
2. Cheek CM, Williams MH, Farndon JR. Trusses in the management of hernia today. Br J Surg. 1995;82:1611-3.
3. Law NW, Trapnell JE. Does a truss benefit a patient with inguinal hernia? BMJ. 1992;304:1092.