



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-474 - MANEJO DE LA HERNIA TRAUMÁTICA DE PARED ABDOMINAL

Ubiña Martínez, Juan Alfredo; Lendínez Romero, Inmaculada; Forneiro Pérez, Rocío; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Introducción:** Las hernias traumáticas se producen debido al impacto de un traumatismo directo sobre la pared abdominal, que condiciona la pérdida de la integridad musculofascial y peritoneal provocando su ruptura. Habitualmente, la piel permanece intacta al tener mayor elasticidad. Su incidencia se estima en el 1% de los traumatismos violentos.

**Caso clínico:** Varón de 61 años que acude a Urgencias por traumatismo abdominal cerrado tras golpearse con el mango de un carro. A la exploración se aprecia excoriación circular en hipocondrio izquierdo y tumoración reductible de 8x8 cm compatible con hernia traumática. Se realiza analítica urgente y TAC de abdomen que informa de una hernia traumática a través de la musculatura transversa y oblicua del abdomen que contiene epiploon y un segmento de colon descendente, sin signos de perforación ni hemoperitoneo. Se decide realizar exploración quirúrgica y reparación del defecto en el mismo acto. Se realiza una laparotomía transversa sobre hipocondrio izquierdo apreciando rotura de los músculos transversos y oblicuos mayor y menor. Se descarta lesión intestinal y se procede al cierre de saco y a la reparación de la musculatura, cierre de la aponeurosis del oblicuo mayor según técnica de Israelson y aplicación de malla de polipropileno macroporosa supraaponeurótica, dejando un drenaje aspirativo. El postoperatorio cursa favorablemente y el paciente es dado de alta al tercer día tras retirada del drenaje.

**Discusión:** Las hernias traumáticas son una patología poco frecuente, consecuencia de un traumatismo cerrado sobre la pared abdominal. Wood y colaboradores han clasificado estas hernias en tres tipos: Tipo I: pequeño defecto causado por un traumatismo contundente. Tipo II: defecto mayor producido durante eventos que transmiten una alta energía. Tipo III: el defecto involucra la hernia intestinal intraabdominal. La mayoría se producen en puntos débiles de la pared abdominal: la región inguinal, el área de Spiegel, lumbar, ventral o en proximidad a los rebordes óseos costal, ilíaco y púbico. Para el diagnóstico puede ser suficiente con una exploración clínica. El antecedente traumático y la aparición de una equimosis y tumoración, generalmente reductible, en la zona afectada con ausencia de hernia previa en dicha localización, debe hacernos sospechar. El resto de la exploración abdominal suele ser anodina salvo en casos de lesión intestinal que puede manifestarse con signos de peritonitis. El tratamiento quirúrgico de las hernias traumáticas debe ser individualizado, teniendo en cuenta el momento de la reparación y la técnica quirúrgica. La cirugía urgente se prefiere en casos de sospecha de lesión intraabdominal y si existe riesgo de estrangulación. En caso contrario, la reparación puede diferirse, sobre todo en pacientes con lesiones ortopédicas graves o sepsis cutánea. En cuanto al uso de prótesis, debemos tener en cuenta dos factores: la contaminación y el tamaño del defecto. Actualmente, solamente la presencia de lesión visceral con contaminación intestinal es la contraindicación absoluta para uso de prótesis en urgencias. Con respecto a la técnica, si el defecto es pequeño, la reparación puede realizarse con un cierre primario por planos. En caso de defectos de mayor tamaño, se suelen utilizar

prótesis.