



P-459 - HERNIA TRAUMÁTICA DE PARED ABDOMINAL CONTRALATERAL AL MECANISMO ETIOLÓGICO

F. Grasa González, D. Sánchez Relinque, L. Elmalaki Hossain, T. Gómez Sánchez, J.D. Romero Gallego, J.M. Ramos Durán, P. Sáenz de Tejada, M. Ruiz de Gopegui, S. Gómez Modet, S. Salas Díaz y E. García Romero

Hospital del S.A.S. Punta de Europa, Algeciras.

Resumen

Introducción: La hernia traumática de pared abdominal es un proceso infrecuente, rondando el 1% de los traumatismos de etiología violenta de la pared abdominal. Los pacientes presentan dolor abdominal, asociado o no a equimosis y/o abrasión en la piel abdominal. El mecanismo etiológico parece resultar de la aplicación de una fuerza que no es suficiente para penetrar la piel, pero sí lo es para lesionar estructuras musculares y aponeuróticas, provocando así el defecto de pared. La localización del defecto tiene lugar generalmente en las zonas anatómicamente más débiles, como son el lateral de la vaina de los rectos, la parte baja del abdomen y la región inguinal. Al ser las lesiones inespecíficas, el diagnóstico se basa en una anamnesis meticulosa y en pruebas complementarias, como el TAC o la ecografía. El manejo terapéutico es controvertido, principalmente en cuanto al momento de su resolución quirúrgica (urgente o diferida), basándose fundamentalmente en el grado del defecto de la pared, los hallazgos clínicos y radiológicos, las lesiones asociadas y el estado clínico del paciente.

Caso clínico: Varón de 54 años, que acude a Urgencias por presentar dolor en flanco izquierdo tras sufrir caída accidental sobre flanco derecho desde una escalera hacia el suelo sin colisionar con estructuras colindantes, de tres días de evolución habiendo sido diagnosticado de contractura muscular. En el momento de la exploración presentaba estabilidad hemodinámica, dolor a la palpación costal izquierda, sin presencia de hematomas ni erosiones. Abdomen con tumefacción dolorosa al nivel de unión flanco izquierdo e hipocondrio izquierdo, con signos de peritonismo y defensa abdominal. Al ingreso las analítica, radiografía simple de tórax y abdomen no presentaba desviación de los parámetros de la normalidad. En la ecografía abdominal se apreció la rotura del músculo oblicuo anterior izquierdo, con presencia de un hematoma y la probable fractura de la unión condrocostal de la 10^a costilla sin evidencia de lesiones viscerales ni líquido libre peritoneal. Tras estos hallazgos se realizó un TAC abdominopélvico que mostró hernia traumática interna de pared abdominal por desgarro de musculatura con contenido de colon transverso perforado y material purulento de importante afectación inflamatoria de pared abdominal lateral izquierda con edema de tejido celular subcutáneo y del músculo oblicuo menor. Se decide cirugía de manera urgente y se realiza resección segmentaria de colon transverso y reconstrucción mecánica latero-terminal y cierre de orificio herniario traumático con puntos sueltos. El paciente presentó evolución favorable tanto analítica como clínicamente dándose de alta hospitalaria a los 10 días del ingreso. Una vez dado de alta se recibe informe de Anatomía Patológica que nos notifica el diagnóstico de peritonitis pericólica como ya se presuponía; aportando además el dato casual de adenocarcinoma ulcerado moderadamente diferenciado que invadía todo el espesor de la pared cólica, llegando hasta la grasa pericólica, aislándose nueve ganglios linfáticos libres de invasión neoplásica. El paciente se encuentra en la actualidad con buen estado general, asintomático y en

revisión por Servicio de Oncología.

Discusión: La hernia traumática de pared es una entidad poco frecuente que plantea un manejo terapéutico controvertido. En la actualidad el diagnóstico clínico debe apoyarse en pruebas de imagen, destacando el TAC, para filiar el daño de pared abdominal así como el de las estructuras anatómicas implicadas.