



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-726 - Evisceración abdominal secundaria a un traumatismo abdominal no perforante, a propósito de un caso

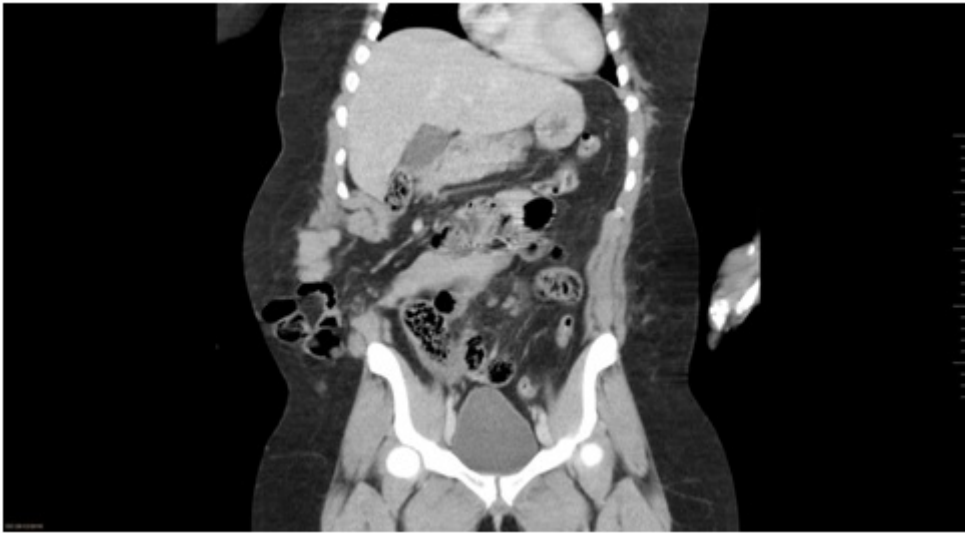
Sánchez Cordero, Sergio; Oh-Uiginn, Kevin; Vega, Luis; Molinete, Marina; Janafse, Hassan; Salazar, David; Abad, Josep María; Camps, Josep

Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada.

Resumen

Objetivos: Describir el manejo de los pacientes con una entidad poco frecuente como es la evisceración abdominal secundaria a un traumatismo abdominal no perforante (menos del 3% de todos los traumatismos abdominales), a partir de un caso atendido en nuestro hospital.

Caso clínico: Mujer de 24 años, con antecedentes de trastorno límite de la personalidad, atendida en nuestro hospital por politraumatismo (craneal, costal derecho y abdominal) de alta energía secundario a un accidente de tráfico. A su llegada, hemodinámicamente estable con Glasgow 15. Analítica: 30.000 leucocitos/mm³ con neutrofilia (87%), hemoglobina: 12 mg/dl, hematocrito 37%, coagulación, función renal y hepática normal. Body-TAC: Sin lesiones craneales agudas, ni fracturas costales. Evisceración contenida de la pared abdominal a nivel del hemiabdomen derecho, con avulsión de la pared abdominal afectando a peritoneo, fascia transversalis, músculos transverso, oblicuo interno y externo desde su inserción en cresta ilíaca, con preservación de tejido subcutáneo y la piel, sin imágenes de neuomperitoneo ni perforación de vísceras intrabdominales. Mínima cantidad de líquido libre sugestivo de hemoperitoneo. Se indicó cirugía urgente, en la que se constató una evisceración de asas de colon ascendente e íleon, así como una laceración del mesenterio a nivel de íleon terminal con sangrado activo, que condicionaba una zona de isquemia en íleon terminal y ciego. Se realizó una resección de la zona isquémica con anastomosis termino-lateral manual, así como una reparación del defecto de la pared abdominal mediante malla de goretex en contacto con las vísceras intrabdominales fijada a peritoneo y refuerzo superficial con malla de poliproleno de bajo peso fijada con grapas de fascia. Durante el postoperatorio la paciente presentó cuadro febril al quinto día (38 °C), con estabilidad hemodinámica y analítica 12.000 leucocitos/mm³ con 85% neutrófilos, hemoglobina 9,1 mg/dl, PCT 104 mg/L, coagulación, función renal y hepática normal, sedimento y urocultivo negativo, Rx tórax normal. TAC abdominal: empastamiento de la pared abdominal derecha a nivel del procedimiento quirúrgico sin colecciones, con normalidad del contenido intrabdominal, Se instauró tratamiento antibiótico con metronidazol IV 500 Mg/8h y gentamicina IV 240 mg/24h durante 7 días, con resolución clínica, analítica i radiológica del cuadro, el resto del postoperatorio cursó sin incidencias. El seguimiento al mes y tres meses demuestra una buena contención de la pared abdominal sin complicaciones intrabdominales.



Discusión: La evisceración del contenido intrabdominal tras un traumatismo cerrado es una entidad muy poco frecuente. La laparotomía urgente para la reparación del defecto y/o la valoración y tratamiento de otras lesiones concomitantes es el tratamiento de elección en estos casos. Si el traumatismo cerrado produce una avulsión total de la pared muscular abdominal, la sutura simple del defecto no es posible y requiere la colocación de una prótesis de refuerzo.