



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-042 - HERIDA PENETRANTE ABDOMINAL POR ASTA DE TORO. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

Moreno Muzas, Celia; Utrillas Martínez, Ana Cristina; Sánchez Rodríguez, Juan José; Fernández Pera, Diego; Rodríguez Artigas, Juan; Minguillón Serrano, Antonio

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Resumen

Introducción: Los heridos por asta de toro (HAT) presentan características especiales, varios trayectos de lesión, grandes destrozos tisulares e inoculación masiva de gérmenes. La mayoría localizadas en extremidades y sin compromiso vital, pero otras según la región anatómica dónde se produzcan asocian lesiones internas graves que pueden pasar inicialmente desapercibidas.

Métodos: Estudio retrospectivo de 93 HAT intervenidos en un periodo de 12 años, 5 casos presentan penetración abdominal por asta objeto del estudio. Quedan fuera los fallecidos en el lugar de la cogida o durante su traslado. Se evalúan las variables edad, sexo, trayecto de entrada y tipo de lesiones, retraso diagnóstico, estancia en UCI y planta de hospitalización y complicaciones.

Resultados: 5 varones, edad media 40 años (21-47). 3 casos presentan evisceración y fueron intervenidos de forma inmediata, el resto tras TC por deformidad parietal, crepitación y enfisema subcutáneo y eco abdominal (normal) en cornada inguinal. En todos antibioterapia amplio espectro, limpieza y exploración del trayecto, Friedrich de tejidos desvitalizados y drenaje, precedido de laparotomía media, salvo caso 5 diferida por lesiones inadvertidas en la exploración inicial. Retraso diagnóstico de 36 horas en 1 caso (*shock séptico*). Lesiones encontradas, caso 1 evisceración intestinal sin lesiones, puerta de entrada en hipogastrio, destroz tisular, penetrando a distancia. Caso 2 salida de epiplón a través de herida inguinal, deserosamiento del ciego. Caso 3 evisceración íleon terminal a través de cornada inguinal, desgarr mesentérico íleo-cólico. Caso 4, trauma toraco-abdominal derecho con integridad cutánea, múltiples fracturas costales, desgarr muscular e incarceration de delgado entre los fragmentos costales (cornada envainada). Caso 5, cornada en pierna derecha de 8 cm y muslo izquierdo de 12 cm, ascendente hacia región inguinal penetrando en cavidad, perforación de sigma y meso de delgado, compromiso intestinal. Se practica exploración de cavidad, 1 resección de epiplón, 2 suturas deserosamiento colon, 2 resecciones intestinales y 1 Hartman. Lesiones asociadas además del destroz tisular, 2 casos fracturas costales múltiples, 1 contusión hepática. Estancia media en UCI de 20 días (3-37), en planta de hospitalización 18,2 (5-46). Complicaciones 2 infecciones profundas de herida traumática (1 precisa reintervención) y de laparotomía, 1 caso Insuficiencia renal aguda, distrés respiratorio y neumonía. No hubo mortalidad en nuestra serie. A largo plazo todos son intervenidos por eventración, en 1 asociada a reconstrucción del tránsito.

Conclusiones: El HAT debe ser considerado un politraumatizado. Las lesiones no se limitan al desgarr directo de los tejidos afectados por el cuerno, pudiendo existir a distancia del alcance del mismo. Importante el diagnóstico precoz, que será evidente ante grandes heridas con exposición de visceral, otros precisan un

alto índice de sospecha pues pueden entrar en cavidad abdominal, como son las heridas pequeñas con punto de entrada en región inguinal-muslo-glútea o pélvica, con varios trayectos y penetración peritoneal alejada del orificio de entrada, pueden pasar desapercibidas en la primera valoración. La integridad de la piel no descarta que pueda ser penetrante. El tratamiento requiere una exploración minuciosa y sistemática sin fiarse del aspecto externo, ante la duda la mejor prueba de imagen es el TC.