



P-685 - TRAUMA PENETRANTE POR SIERRA RADIAL: RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL. CASO CLÍNICO

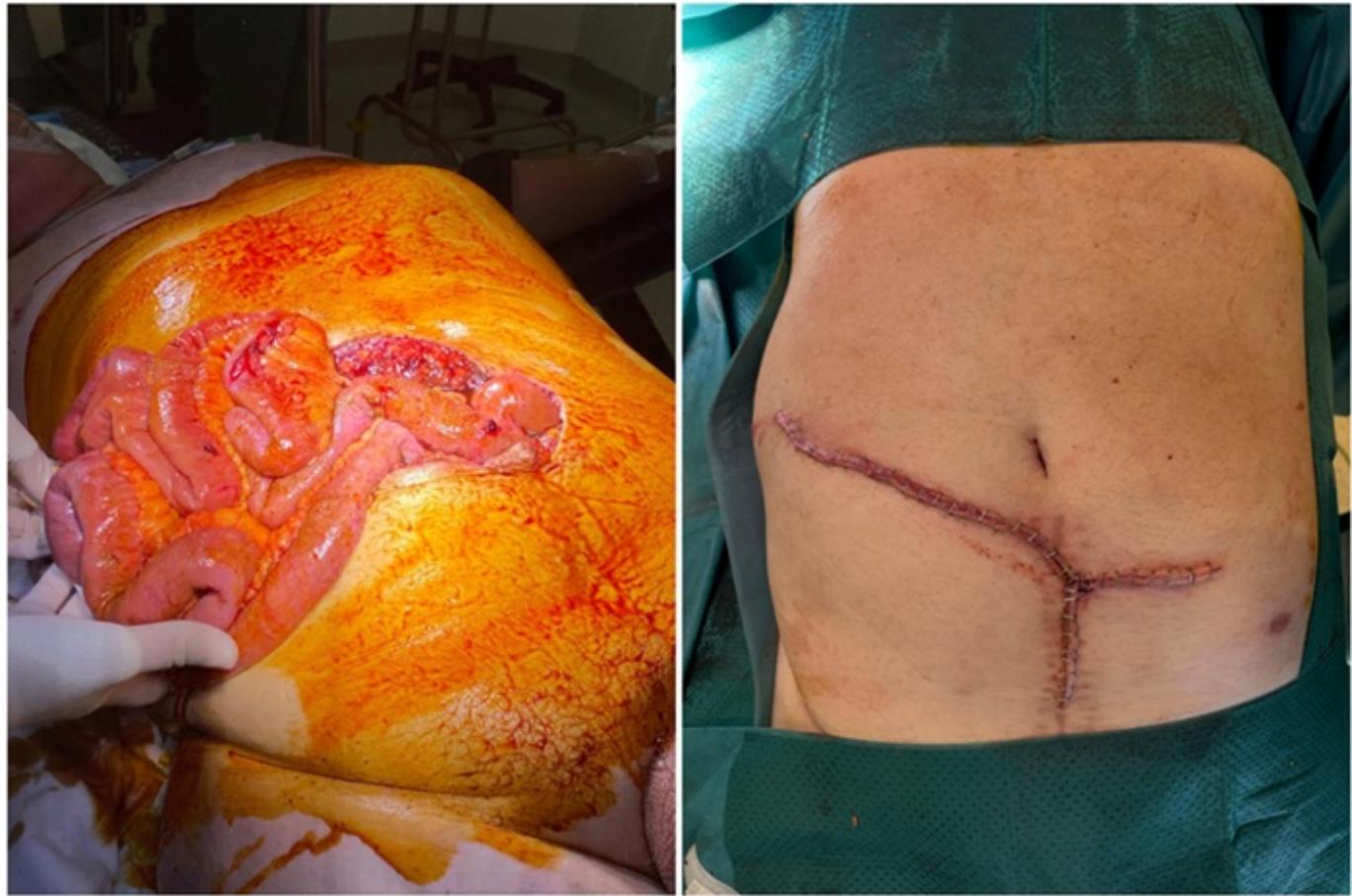
Moya Ferre, Antonio Miguel; Delgado Sánchez, Julia Amparo; Ortega Martínez, Almudena; Arrieta Martínez, Clara María; Vázquez Barros, Pablo

Hospital Santa Ana, Motril.

Resumen

Introducción: El traumatismo abdominal abierto con evisceración representa una urgencia quirúrgica de alto riesgo, debido a la posibilidad de lesión visceral y contaminación peritoneal. Estas lesiones, generalmente provocadas por objetos penetrantes o herramientas de alta energía como sierras radiales, comprometen la integridad de la cavidad abdominal y requieren intervención inmediata. La presencia de evisceración es un signo de violación completa de la pared abdominal y constituye una indicación formal de laparotomía exploradora, independientemente de la estabilidad hemodinámica del paciente. Desde el punto de vista fisiopatológico, este tipo de trauma compromete la integridad de la cavidad peritoneal, exponiendo las vísceras al riesgo de deshidratación, contaminación bacteriana y daño mecánico adicional. La evaluación sistemática según el protocolo ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) sigue siendo la piedra angular en el manejo inicial. En estos casos, el cierre anatómico adecuado de la pared abdominal, preferiblemente sin uso de mallas en contextos contaminados, es esencial para evitar complicaciones a corto y largo plazo.

Caso clínico: Se presenta el caso de un hombre de 70 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acudió a urgencias tras sufrir una lesión abdominal accidental con sierra radial en su domicilio. Al examen inicial presentaba una herida incisa extensa en flancos, mesogastrio e hipogastrio, con exteriorización de asas intestinales. Se encontraba hemodinámicamente estable y fue trasladado directamente a quirófano. Durante la laparotomía exploradora se evidenció una herida de aproximadamente 40 cm, tres perforaciones puntiformes en íleon, sección completa del músculo recto anterior derecho y lesión parcial del izquierdo. Se repararon las perforaciones con puntos sueltos de Vycril 3/0. Se realizó cierre de la fascia posterior con Vycril 0 en hemisuturas continuas, y de la aponeurosis anterior con Biosyn 1 en sutura continua. El posoperatorio cursó con íleo paralítico autolimitado en 72 horas e infección superficial de la herida, tratada con curas locales y antibióticos. No se observó dehiscencia ni hernia en el seguimiento.



Discusión: El abordaje del traumatismo abdominal abierto con evisceración debe ser sistemático, precoz y orientado al control de daños y a la restauración anatómica. La laparotomía es obligatoria, incluso en pacientes estables, dado el elevado riesgo de lesiones viscerales no evidentes inicialmente. Diversos estudios han demostrado que hasta un 70% de estos pacientes presentan lesiones intestinales que requieren tratamiento quirúrgico. El cierre primario de la pared abdominal es deseable cuando las condiciones locales lo permiten, y el uso de suturas absorbibles ofrece un equilibrio entre resistencia y reducción del riesgo infeccioso. En heridas contaminadas, se desaconseja el uso de mallas sintéticas por su asociación con infecciones y fistulas. Además, la profilaxis antibiótica y la protección cuidadosa de las vísceras expuestas desde el preoperatorio son fundamentales. La evolución favorable de este caso refleja la importancia de una actuación quirúrgica inmediata, con una estrategia individualizada que contemple no solo el control del daño agudo, sino también la prevención de complicaciones funcionales futuras.