

# El toro: el gran peligro de las fiestas de verano

**Laura Comín Novella, José María del Val Gil, Celia Moreno Muzas y Mónica Oset García**  
Hospital General de Teruel Obispo Polanco. Teruel. España.

En nuestra geografía, los festejos taurinos en período veraniego son frecuentes, y las heridas por asta de toro son habituales; sus características son heridas de varios trayectos, grandes destrozos tisulares, cuerpos extraños e inoculación de gérmenes<sup>1</sup>, pero lo que no es tan común es que originen una hernia traumática, ocasionada tras un traumatismo romo sobre la pared abdominal, con disrupción de la musculatura y la fascia, pero con la piel íntegra<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 47 años que muestra una herida incisocontusa en la pared torácica inferior derecha tras cogida por asta de toro. A su vez, presenta un bultoma en el hipocondrio derecho y enfisema subcutáneo en la encrucijada toracoabdominal derecha. Se realiza tomografía computarizada toracoabdominal, que informa de fracturas costales en la región inferior de hemotorax derecho con solución de pared lateral del hemiabdomen derecho y herniación de asas intestinales y grasa mesentérica (fig. 1). Se interviene de urgencia mediante Friedrich y lavado de la herida y laparotomía media desde la que se observa la herniación del ángulo hepático del colon y varias asas del intestino delgado indemnes. Se reduce la hernia, se explora todo el abdomen para descartar otra afección abdominal y se accede a la hernia mediante una incisión sobre el defecto. Se repara mediante la colocación de una malla de PPL supraponeurótica fijada con puntos y se repara la musculatura. El paciente evolucionó favorablemente y se le dio el alta a los 12 días del ingreso.

La hernia de pared abdominal es una complicación rara tras un traumatismo, como puede ser un accidente de tráfico o una herida por asta de toro, como nuestro caso.

Pueden clasificarse en focales (hernias pequeñas y sin asociar otras lesiones intraabdominales) y difusas (hernias más extensas, que en un 60% de los casos asocian lesiones viscerales<sup>2-4</sup>). Otro subtipo dentro de las focales son las producidas tras la fractura de costillas inferiores, éstas, desde el interior, producirían la rotura de los músculos y la fascia abdominal sin llegar a lesionar la piel, como ocurrió con nuestro paciente.

El diagnóstico debe ser clínico, y se debe emplear la tomografía computarizada para visualizar el orificio her-



Fig. 1. Tomografía computarizada donde se observa solución de pared lateral del hemiabdomen derecho y herniación de asas intestinales y grasa mesentérica.

nario con la herniación o no intestinal<sup>3</sup> y diagnosticar lesiones concomitantes de otros órganos<sup>4</sup>.

El tratamiento quirúrgico se deberá efectuar siempre, pero dependiendo del tipo de defecto y el estado del paciente, se realizará en el momento del traumatismo o se diferirá de forma programada.

Se deberá desbridar el tejido necrótico para apreciar el verdadero defecto<sup>1,2</sup>, es preferible cerrarlo y, si es demasiado extenso, colocar una malla de Goretex para que no quede a tensión. Se prefiere la hernioplastia a la herniorrafia, pero ésta será obligada si hay perforación visceral y/o peritonitis<sup>5</sup>, por el riesgo de contaminación e infección.

## Bibliografía

1. Martínez Ramos D, Miralles Tena JM, Escrig Sos J, Traver Martínez G, Cisneros Reig I, Salvador Sanchos JL. Heridas por asta de toro en el Hospital General de Castellón. Estudio de 387 pacientes. Cir Esp. 2006;80:16-22.
2. Singh R, Kaushik R, Attri AK. Traumatic abdominal wall hernia. Yonsei Medical Journal. 2004;45:552-4.
3. Linuma Y, Yamazaki Y, Hirose Y, Kinoshita H, Kumagai K, Tanaka T, et al. A case of traumatic abdominal wall hernia that could not be identified until exploratory laparoscopy was performed. Pediatr Surg Int. 2005;21:54-7.
4. Chimento Herrero CP, Pinto Pabón I. Hernia de pared abdominal traumática. Emergencias. 1998;10(5).
5. Lane CT, Cohen AJ, Cinat ME. Management of traumatic abdominal wall hernia. Am Surg. 2004;70:94-5.

Correspondencia: Dra. L. Comín Novella.  
Miguel Ibáñez, 29, 4.<sup>o</sup>. 44003 Teruel. España.  
Correo electrónico: lcomin@salud.aragon.es

Manuscrito recibido el 30-3-2007 y aceptado el 6-11-2007.