



Nota clínica

Hernia traumática aguda de la pared abdominal: reparación laparoscópica. Reporte de un caso y revisión bibliográfica



Acute traumatic abdominal wall hernia: laparoscopic repair. A case report and literature review

Salín Pereira Warr¹, Juan Camilo Correa Cote², David A. Mejía Toro³, Paula A. Jurado Muñoz⁴

Cirujano general, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín (Colombia); ² Cirujano, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín (Colombia), y Profesor de la Universidad de Antioquia de Medellín (Colombia); ³ Cirujano de trauma y emergencias, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín (Colombia); ⁴ Residente de cirugía general, Universidad De Antioquia, Medellín (Colombia)

Recibido: 17/03/2017
Aceptado: 22/06/2017

Palabras clave:

Hernia, trauma cerrado, cirugía laparoscópica

Resumen

Las hernias traumáticas aguda de la pared abdominal es un tipo raro de hernia y el tratamiento ha sido controversial. La vía de abordaje puede ser abierta o laparoscópica, la cual depende de las lesiones asociadas y el entrenamiento del cirujano. Los accidentes viales son la causa más común y su corrección puede ser un reto. Presentamos un caso de hernia traumática aguda de la pared abdominal con reparación exitosa vía laparoscópica y revisión de la literatura.

Abstract

Acute traumatic abdominal wall hernia is a rare type of hernia and treatment has been controversial. The repair can be open or laparoscopic, which depends on the associate injuries and the training of the surgeon. Traffic accident are the most common cause and treatment presents a challenge. Here we present the case of acute traumatic abdominal wall hernia successful laparoscopic repairs and literature review.

Key words:

Hernia, blunt trauma, laparoscopic surgery

* Autor para correspondencia. Salín Pereira Warr
Correo electrónico: salinpwpw@hotmail.com

2255-2677/© 2017 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Arán Ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.28>

Introducción

Las hernias traumáticas de la pared abdominal (HTPA) después de trauma cerrado son eventos poco comunes. La prevalencia en centros de trauma en algunas series es aproximadamente del 1 %. Con el uso de la tomografía computarizada de abdomen en trauma se ha incrementado en número de reportes de hernias traumáticas ocultas de la pared abdominal. Sin embargo, existe controversia acerca de su significado clínico y de la necesidad de intervención quirúrgica urgente o tardía¹.

Caso clínico

Varón de 49 años de edad que presenta accidente al colisionar su motocicleta contra otro vehículo. Manifiesta trauma en cabeza, cara y abdomen, y refiere que posteriormente al trauma inicia con masa dolorosa en región inguinal derecha e hipogastrio. Niega, también, antecedentes médicos o quirúrgicos previos.

Al ingreso al servicio de emergencias del hospital se encuentran los siguientes signos vitales: presión arterial (mmHg), 100/50; presión arterial media (mmHg), 66, y frecuencia cardíaca (LPM), 70.

Está consciente, orientado, con heridas en el labio inferior y en la región occipitotemporal derecha (que fueron suturadas). En cuello y tórax no se aprecian estigmas de trauma, y se muestra el abdomen blando sin signos de irritación peritoneal, dolor a la palpación con masa en hipogastrio y región inguinal derecha, que aumenta con el esfuerzo y reduce con maniobras digitales.

Se realiza tomografía contrastada de abdomen, que muestra el músculo recto anterior derecho con avulsión del pubis, un defecto herniario en la pared abdominal anterior de 4 cm de diámetro (figura 1). La pared anterior derecha de la vejiga protruye a través del defecto herniario (figura 2). Hay enfisema en tejidos blandos del hipogastrio, que se extiende a cavidad por el espacio extra peritoneal. Se confirma hernia traumática aguda de la pared abdominal, y se decide programar cirugía por vía laparoscópica.



Figura 1. Tomografía computarizada del abdomen. Corte axial que muestra defecto herniario.

Técnica quirúrgica

Incisión a través del ombligo; se inserta trocar de 12 mm, se establece neumoperitoneo mediante técnica abierta de Hasson, se



Figura 2. Tomografía computarizada del abdomen. Corte sagital que muestra el defecto herniario.

introducen dos trocares adicionales de 5 mm en cada uno de los flancos y se utiliza lente laparoscópica de 30 grados. Al inspeccionar la cavidad abdominal se encuentra una hernia traumática de la pared abdominal con avulsión del músculo recto anterior derecho del pubis (figura 3), con la vejiga parcialmente introducida en el defecto herniario. No se evidencian otras lesiones intraabdominales.

Se procede a la reparación de la hernia traumática aguda de la pared con técnica transabdominal preperitoneal. Se crea un colgajo peritoneal con tijeras curvas 3 cm más allá del defecto herniario, se reduce el contenido herniado (vejiga) y se procede a la identificación del tubérculo púbico y del ligamento de Cooper, además de a la separación de los elementos del cordón espermático y a la preservación e identificación de vasos epigástricos y vasos ilíacos. Se fija una malla de polipropileno de baja densidad (15 × 15 cm) al ligamento de Cooper y a la pared abdominal anterior con grapas (*tackers*) absorbibles (Ethicon Securestrap™). El colgajo peritoneal se cierra con grapas absorbibles. Se cierra la incisión del puerto mayor con sutura de poligluconato 0, y se sutura la piel con poliglecaprone 25. Se inicia la vía oral, y al día siguiente el paciente egresa de la institución sin complicaciones.

En la revisión posoperatoria al octavo día del procedimiento las heridas se presentan sin signos de infección. A los dos meses de seguimiento, el paciente se encuentra realizando sus actividades laborales sin complicación o recidiva de la hernia.

Discusión

La hernia traumática aguda de la pared abdominal es una forma extremadamente poco común de hernia causada por la disrupción de la musculatura y la fascia de la pared abdominal (mientras que la piel permanece intacta), seguida de la herniación del intestino

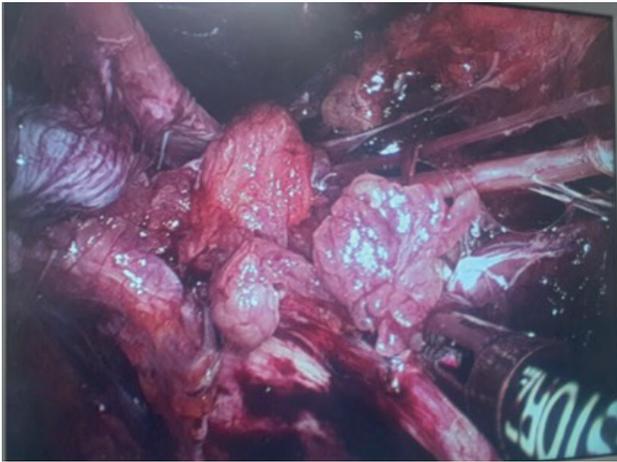


Figura 3. Avulsión del pubis del músculo recto anterior del abdomen.

y vehiculos), mientras que el resto de los agentes son raros y muy diversos, tales como patadas de animales, caídas desde cierta altura, traumas deportivos (golpes de pelota), utensilios profesionales (hachas, palas, carretillas, picos...), aplastamientos por barriles o árboles, etc.³.

Las lesiones asociadas a las hernias traumáticas de la pared abdominal son comunes, e incluyen lesiones intraabdominales (en un 53 % de los casos) y lesiones óseas (en un 33 %). De entre las lesiones óseas son frecuentes las fracturas pélvicas, las fracturas costales y las de la columna vertebral. Según la clasificación tomográfica de las HTPA realizada por Dennis *et al.*, la hernia de nuestro paciente se clasifica como una hernia de tipo III (disrupción de un músculo de la pared abdominal)⁴.

El tiempo óptimo para la reparación de las hernias traumáticas de la pared abdominal es un punto de controversia. Mientras que algunos autores defienden la exploración y reparación temprana, esta es generalmente aceptada dependiendo de la extensión y lesiones asociadas. Los pacientes que necesitan intervención quirúrgica ante cualquier sospecha de lesión intestinal pueden requerir exploración inmediata y reparación temprana de la hernia. En otros pacientes que no tienen signos obvios de lesión intestinal se puede realizar la reparación de forma tardía, en la misma hospitalización o posteriormente⁴.

La exploración y el diagnóstico tardío pueden conducir algunos problemas como estrangulación intestinal u obstrucción. El riesgo de incarceration y estrangulación en algunos reportes varía desde bajas tasas del 10 % hasta altas tasas mayor del 25 %⁵.

Los factores que afectan al tiempo de la reparación (temprana o tardía) y al tipo de la reparación (primaria o protésica, abierta o laparoscópica) incluyen los siguientes:

1. Tamaño del defecto en la pared abdominal.
2. Tiempo del diagnóstico.
3. Presencia de lesiones intraabdominales asociadas.
4. Experiencia del cirujano en cirugía laparoscópica⁶.

La cirugía laparoscópica en trauma ha tenido mucha acepta-

ción en los últimos años. Las publicaciones indican que la reparación laparoscópica de la hernia ventral es un método seguro en manos experimentadas, con baja morbilidad perioperatorias. La reparación laparoscópica de la hernia ventral incluye hernias traumáticas sin lesión visceral, ofrece ventajas sobre la reparación abierta convencional y puede disminuir la tasa de recurrencia de la hernia ventral entre un 10 % y 15 %. La reparación laparoscópica de la hernia traumática durante admisión disminuye la estancia hospitalaria sin incrementar la morbilidad; además, permite una inspección razonable de los órganos intraabdominales⁷.

El fundamento de una reparación efectiva de la hernia son los límites anatómicos y la fijación de la malla. Se acepta generalmente que la malla se debe extender 3-5 cm más allá del defecto. El abordaje laparoscópico y la reparación con malla libre de tensión de una hernia traumática de la pared abdominal puede tener un éxito similar al de la reparación laparoscópica de la hernia inguinal⁸.

Conclusiones

Las hernias traumáticas agudas de la pared abdominal son eventos poco frecuentes. Existe controversia en cuanto al tiempo de la reparación y al tipo de abordaje. El abordaje laparoscópico es una opción razonable y segura en algunos casos, con bajas tasas de complicaciones en cirujanos con entrenamiento.

Bibliografía

1. Netto FA, Hamilton P, Rizoli SB, Nascimento B Jr, Breneman FD, Tien H, et al. Traumatic abdominal wall hernia: epidemiology and clinical implications. *J Trauma*. 2006;61:1058-1061.
2. Hamidian Jahromi A, Skweres J, Sangster G, Johnson L, Samra N. What We Know About Management of Traumatic Abdominal Wall Hernia: Review of the Literature and Case Report. *Int Surg*. 2015;100:233-239.
3. Moreno-Egea A, Girela E, Parlorio E, Aguayo-Albasini JL. Controversias en el manejo actual de las hernias traumáticas de pared abdominal. *Cir Esp*. 2007;82:260-7.
4. Pardhan A, Mazahir S, Rao S, Weber D. Blunt Traumatic Abdominal Wall Hernias: A Surgeon's Dilemma. *World J Surg*. 2016;40:231-5.
5. Akbaba S, Gündoğdu RH, Temel H, Oduncu M. Traumatic Abdominal Wall Hernia: Early or Delayed Repair? *Indian J Surg*. 2015;77:963-966.
6. Al Beteddini OS, Abdulla S, Omari O. Traumatic abdominal wall hernia: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2016;24:57-59.
7. Aucar JA, Biggers B, Silliman WR, Losanoff JE. Traumatic abdominal wall hernia: same-admission laparoscopic repair. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2004;14:98-100.
8. Wilson KL, Davis MK, Rosser JC Jr. A Traumatic Abdominal Wall Hernia Repair: A Laparoscopic Approach. *JLSLS*. 2012;16:287-291.