

Hernia traumática de pared abdominal: localización, causas y signos.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Estibaliz Gomez Jimenez, Nerea Garcia Garai, Elena Langara Garcia-Echave, Elena Ingunza Loizaga, Gorka Del Cura Allende, Jose Javier Echevarria Uruga

Objetivos Docentes

- Revisar los principales hallazgos radiológicos, localización y etiología de las hernias traumáticas abdominales
- Recordar la anatomía normal de la pared abdominal y su correlación en diferentes técnicas de imagen.

Revisión del tema

La hernia traumática de pared abdominal se define como la rotura miofascial causada por un traumatismo directo, sin penetración de la piel y sin antecedente de lesión previa en dicho área.

Epidemiología:

Es una entidad poco frecuente, se estima que ocurre en el 1% de los traumatismos violentos. Su causa más habitual son los accidentes de circulación (78%) fundamentalmente por traumatismos con el manillar o con el cinturón de seguridad.

Anatomía:

La pared abdominal está compuesta por músculos y fascias que la dotan de una gran resistencia y elasticidad, que la protegen de gran parte de los traumatismos.

Los músculos del abdomen se distribuyen en tres grupos: anterior, lateral y posterior, que constituyen en gran parte las paredes abdominales, las cuales están recubiertas por la hoja parietal del peritoneo, cerrada superiormente por el diafragma e inferiormente limitada por la pelvis.

Musculatura anterior: recto del abdomen, músculo piramidal.

Musculatura lateral: músculos oblicuo externo, oblicuo interno y transversos del abdomen.

Musculatura posterior: músculo cuadrado lumbar y psoas en parte.

Mecanismo y localización:

Las hernias traumáticas se producen cuando existe un traumatismo agudo tangencial sobre la pared, con fuerza

suficiente para causar una elevación brusca de la presión intraabdominal y una rotura muscular, pero insuficiente para penetrar la piel.

La mayoría se localizan en las zonas débiles de la pared abdominal, no teniendo porque coincidir exactamente con el lugar donde se produjo el impacto. Las zonas débiles son: inguinal, Spiegel, lumbar, y en proximidad a los bordes óseos (costillas, iliaco y pubis).

Tipos:

Podemos clasificarlas según el intervalo entre el trauma y la aparición de la hernia en inmediatas o tardías. Existen múltiples casos de presentación incluso varios años después

También se pueden clasificar en función de si contienen o no saco herniario y asas intestinales.

Clínica:

Dolor que en ocasiones dificulta la exploración clínica. El dolor abdominal puede ser muy variable desde unas molestias superficiales inespecíficas o un dolor intenso más agudo y con defensa por afectación intraabdominal. También es posible que aparezca meses después tras la deambulación.

Tumefacción de la zona en función del tamaño del defecto de la pared y la hernia.

En los casos causados por golpe directo con el manillar de un vehículo, se suele visualizar en la piel inmediatamente superior a la tumefacción una abrasión equimótica circular causada por el manillar.

Diagnóstico:

En el 80 % de los casos, el diagnóstico se puede hacer con el examen físico, ya que el cuadro clínico es característico. Pero su presentación poco frecuente hace que se retrase el diagnóstico y sea necesaria la realización de pruebas de imagen para su correcto diagnóstico y plan terapéutico.

Tanto mediante TC como mediante ecografía objetivaremos un defecto en la musculatura abdominal. Además en los casos en los que exista saco herniario se visualizará como atraviesa el orificio herniario hacia el tejido celular subcutáneo.

Mediante el TC se obtiene mayor información, ya que identifica el contenido herniario y se podrá descartar la presencia de complicaciones como sufrimiento de asas, isquemia intestinal, líquido libre o la existencia de lesiones intraabdominales asociadas.

Tratamiento:

El manejo terapéutico final es la cirugía urgente, permitiendo resolver diferentes problemas en el mismo acto, tanto la reparación de la hernia de pared, como los daños intraabdominales asociados.

Imágenes en esta sección:

Líquido libre en Morrison en un varón de 14 años tras accidente de bicicleta.

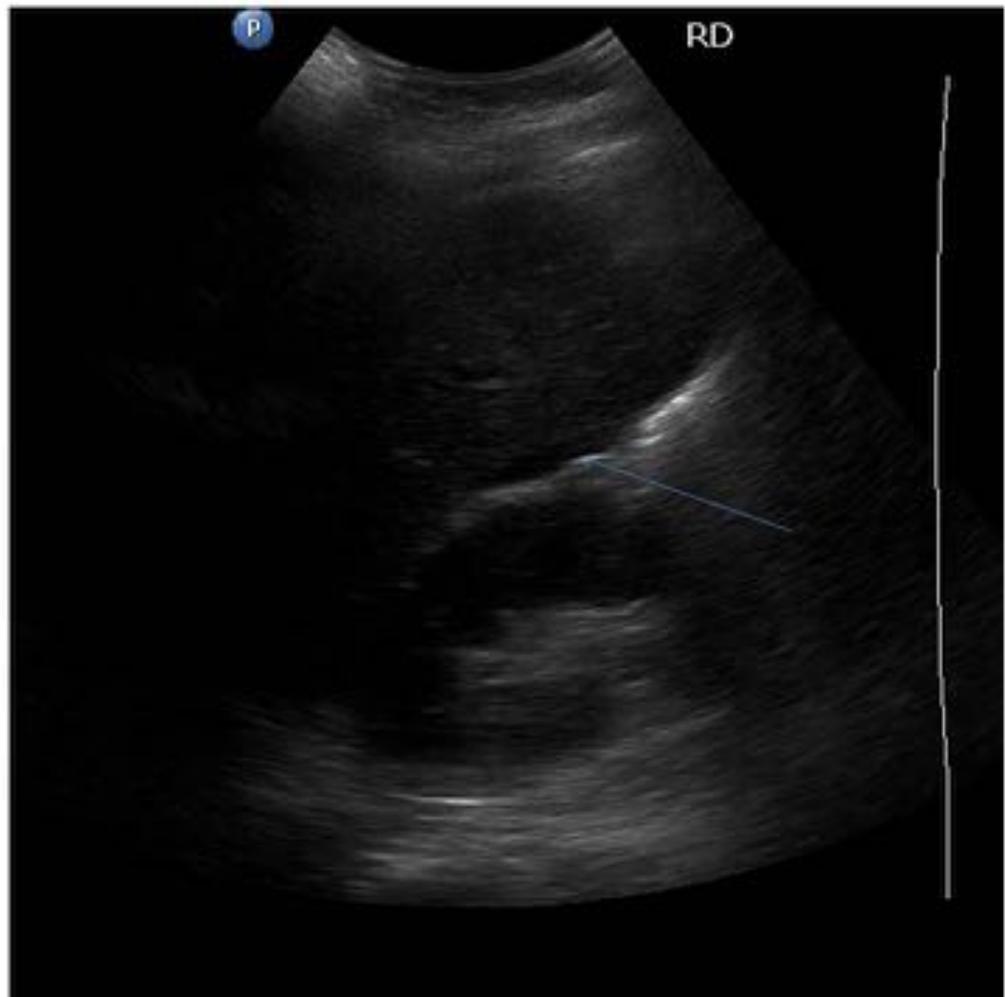


Fig. 1: Caso 1. Niño de 14 años con dolor abdominal intenso tras caída de bicicleta y golpe con manillar. Ecografía: líquido en morrison

Mismo paciente,
con liquido libre
tambien en pelvis.

Se decide TC
abdomino-pelvico

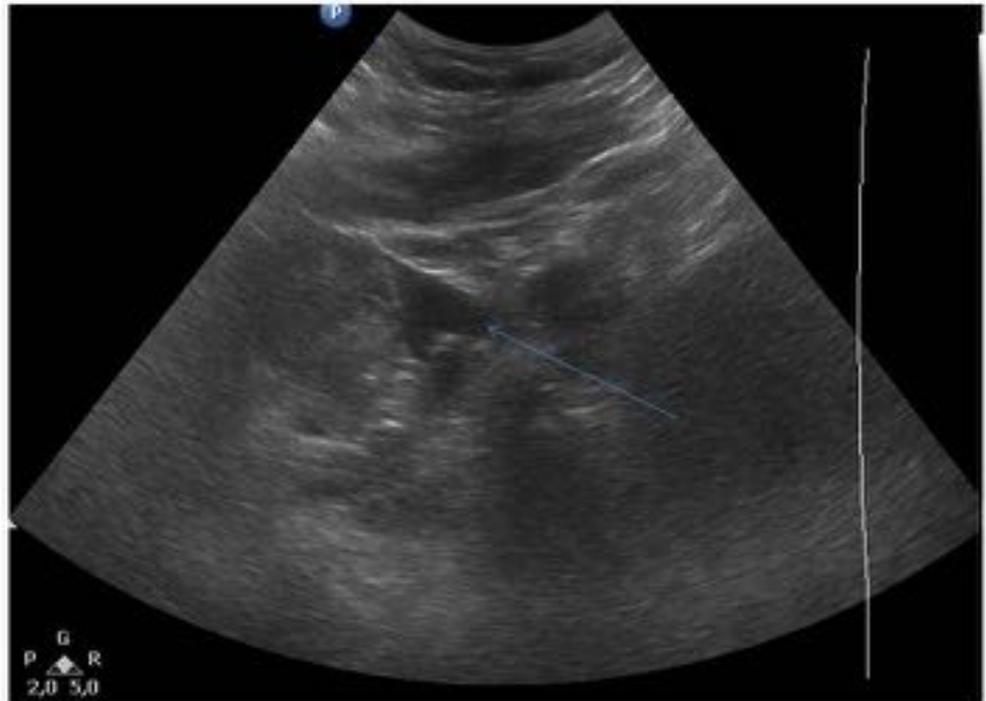


Fig. 2: Mismo caso 1, liquido libre en pelvis.



Fig. 3: TC abdomino-pelvico del caso 1. Defecto en la musculatura lateral del abdomen.



Fig. 4: Herniación de asas de intestino delgado a través del defecto muscular

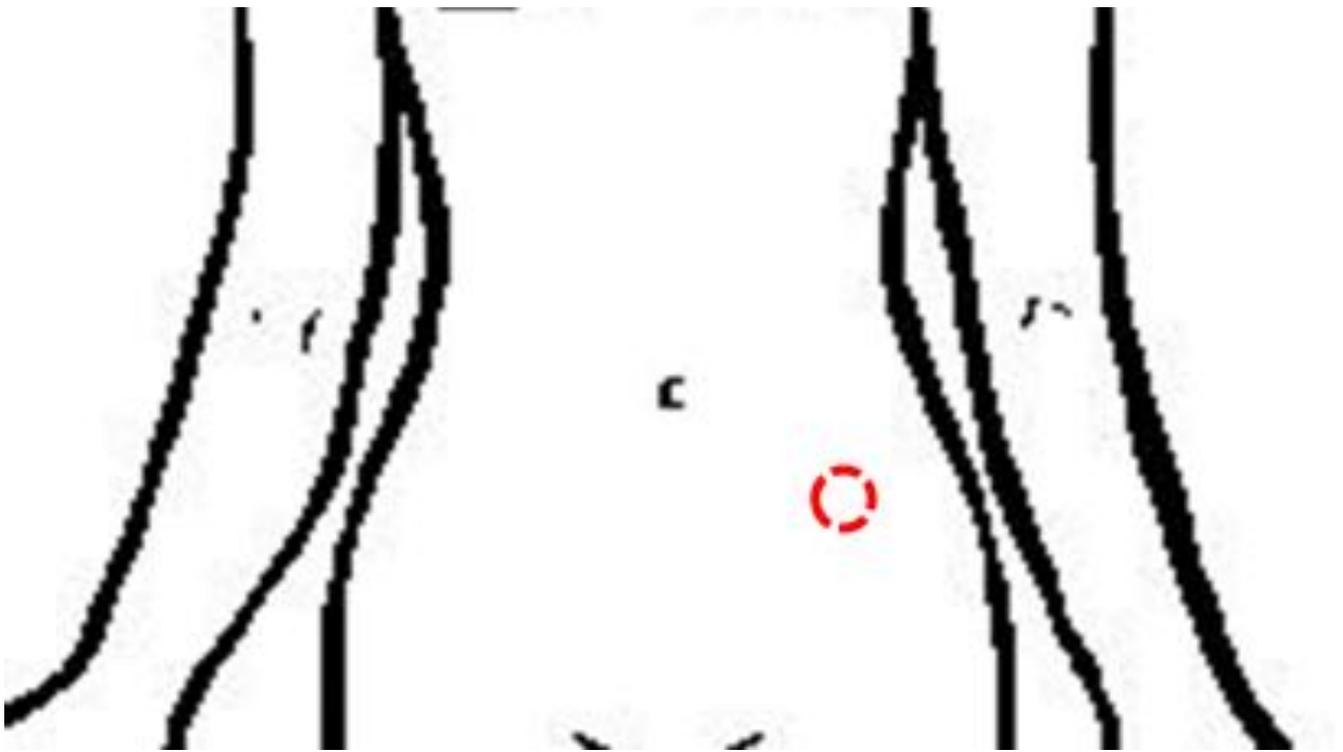
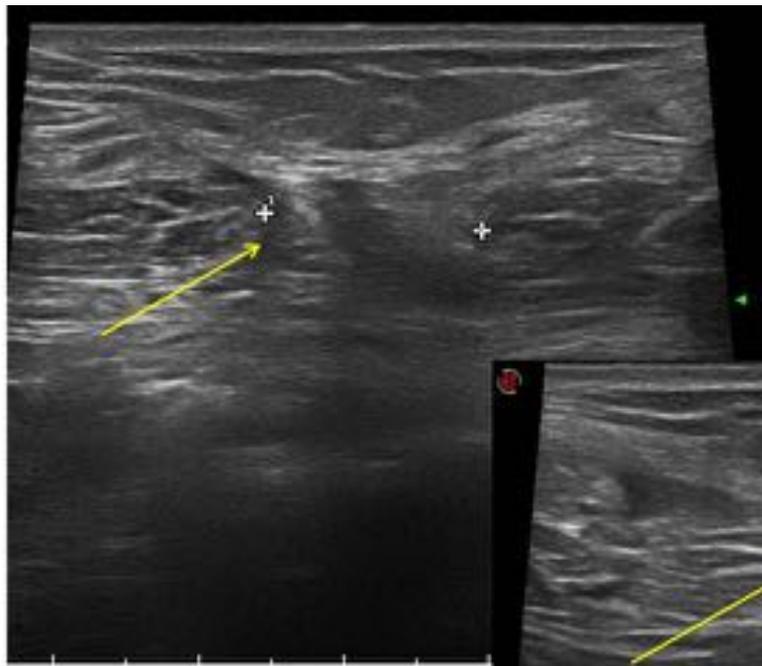


Fig. 5: Morfología típica de lesión cutánea asociada a golpe con manillar.



Mujer de 43 años, accidente de bicicleta 6 días antes

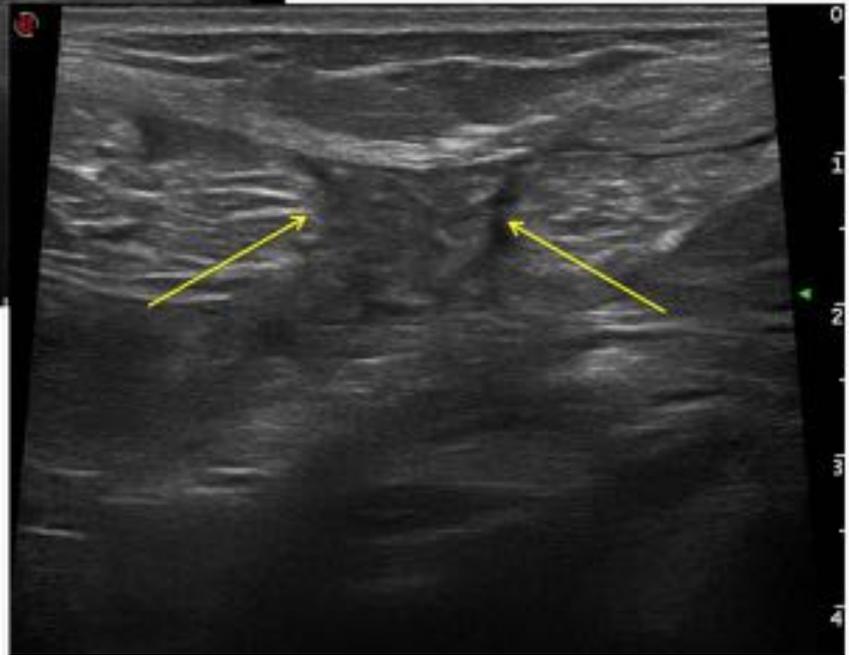


Fig. 6: Mujer de 43 años que acude por dolor en flanco izquierdo tras traumatismo con bicicleta 6 días antes. Ecografía: defecto en la pared abdominal lateral izquierda, área de Spiegel



Fig. 7: Mismo caso anterior. Herniación de asa de intestino delgado a través del defecto de pared visualizado en la figura anterior. Pequeña lengüeta de líquido libre.

Conclusiones

La hernia traumática abdominal es una entidad poco frecuente pero grave que requiere de un diagnóstico y tratamiento urgentes. Por ello resulta esencial e imprescindible su conocimiento y así poder realizar un diagnóstico precoz evitando muchas complicaciones.

Bibliografía / Referencias

- Chimeno Herrero, Pinto Pabón: Traumatic abdominal wall hernia. Emergencias. Vol. 10, Nº 5, Sep-Oct 1998.
- Moreno-Egea A, Girela E. Controversias en el manejo actual de las hernias traumáticas de pared abdominal. Cir Esp. 2007;82:260-7
- Aguirre D.A., Santosa A., Casola G.: Abdominal wall hernias: Imaging features, complications, and diagnostic pitfalls at multi-detector row CT.
- Rikki Singal, Usha Dalal, Ashwani Kumar Dalal, Ashok Kumar Attri. Traumatic anterior

abdominal wall hernia: A report of three rare cases. *J Emerg Trauma Shock*. 2011 Jan-Mar; 4(1): 142–145.

- Rikki Singal, Raman Gupta, Amit Mittal, Anupama Gupta. Delayed Presentation of the Traumatic Abdominal Wall Hernia; Dilemma in the Management – Review of Literature. *Indian J Surg*. 2012 April; 74(2): 149–156.
- Damschen DD, Landercasper J, Cogbill TH, Stolee RT. Acute traumatic abdominal hernia: Case reports. *J Trauma*. 1994;36:273–6.