

PRESENTACIÓN DE CASO

Evisceración abdominal postraumática en un niño

Post-traumatic abdominal evisceration in a child

Maritania Vizcaíno César¹

Edgar Elvis Craig Hall¹

Oscar Luis Jiménez Díaz¹

¹Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Se considera un paciente politraumatizado aquel que presenta dos o más lesiones, de las que al menos una puede comprometer su vida o vaya a originar secuelas invalidantes. Una conducta inicial adecuada puede reducir la mortalidad de pacientes como el que se presenta, pues la atención inicial debe ser ordenada y sistemática; siempre se deben identificar y tratar con prioridad, las lesiones que comprometen la vida del paciente.

Objetivo: Presentar un caso, que por su interés y singularidad en el mecanismo de acción, expone la secuencia de actuación que se llevó a cabo por cirujanos generales, fuera de un servicio de cirugía pediátrica.

Caso clínico: Se reporta el caso de un paciente masculino de 6 años de edad, que acude al cuerpo de guardia politraumatizado y presenta una avulsión músculo cutánea abdominal con evisceración intestinal, al sufrir caída en movimiento con traumatismo abdominal penetrante con biela de pedal de una bicicleta. A pesar de no contar en la institución de atención, con servicio de cirugía pediátrica, se impuso la cirugía de emergencia por las condiciones del paciente.

Conclusiones : Luego de laparotomía inicial con reconstrucción de la pared abdominal y cierre

primario con puntos de seguridad, el paciente evolucionó de forma estable. Fue remitido para un servicio de terapia intensiva pediátrica, donde y evolucionó sin complicaciones, hasta su egreso.

Palabras clave: Evisceración abdominal post-traumática; evisceración abdominal; reconstrucción de pared abdominal; puntos de seguridad; cirugía pediátrica.

ABSTRACT

Introduction: A polytraumatized patient is considered to be one who presents two or more injuries, of which at least one may compromise his life or cause disabling sequelae. An adequate initial behavior can reduce the mortality of patients such as the one that occurs, because the initial attention must be orderly and systematic, the lesions that compromise the patient's life must always be identified and treated with priority.

Objective: To present a case, which due to its interest and uniqueness in the mechanism of action, exposes the sequence of action that was carried out by general surgeons, outside of a pediatric surgery service.

Clinical case: We report the case of a 6-year-old male patient who came to emergency, polytraumatized and presenting an abdominal skin muscle avulsion with intestinal evisceration, he suffered a fall during movement with penetrating abdominal trauma with a bike pedal crank. Despite not having a pediatric surgery service in the attending institution, emergency surgery was imposed due to the patient's conditions.

Conclusions: After the initial laparotomy with reconstruction of the abdominal wall and primary closure with security points, the patients evolves in a stable way, he was referred to a pediatric intensive care service, where he evolved without complications until discharge.

Keywords: post-traumatic abdominal evisceration; abdominal evisceration; abdominal wall reconstruction; security points; pediatric surgery.

INTRODUCCIÓN

La evisceración se cataloga como un accidente precoz después de una laparotomía, provocada de forma frecuente, por alteración de alguna fase del proceso de cicatrización, con salida de las vísceras abdominales a través de los bordes de la incisión, tras una dehiscencia de todos los planos de la pared abdominal. La evisceración total ocurre básicamente por la desunión de la aponeurosis.^(1,2,3,4) También se ha descrito una evisceración parcial o subcutánea cuando no se abre la piel.

Cualquier herida (quirúrgica o accidental) puede experimentar este tipo de complicación, que es de carácter grave cuando ocurre en heridas abdominales o torácicas, pues no solo complica todo el cuadro clínico, sino que tiende a hacerlo, además de la pérdida de la continuidad anatómica de la

pared con salida al exterior de estructuras adyacentes, provoca alteraciones que requieren atención de urgencia en el período posoperatorio inmediato de estos intervenidos.

La laparotomía, con todas sus secuelas, no es la única causa de evisceración. En pacientes lesionados complejos, también puede ocurrir esta temible complicación, como consecuencia del mecanismo de producción del trauma. La evisceración abdominal traumática es una lesión poco frecuente, con una prevalencia de 1 de cada 40.000 pacientes politraumatizados.⁽¹⁾ El principal mecanismo de lesión es el traumatismo de alta energía contra una superficie aguda que produce una solución de continuidad de todos los planos músculos aponeuróticos y la exposición al exterior del contenido abdominal. Como consecuencia pueden desarrollarse defectos de la pared abdominal con afectación de todos los componentes de esta, lo que puede dificultar el proceso reconstructivo y requerirá de una intervención quirúrgica urgente para su tratamiento.

Existen una serie de factores desfavorables para lograr el cierre de la pared abdominal, como son la pérdida de soporte aponeurótico, la retracción y denervación muscular, la pérdida de superficie cutánea, la infección de la herida, la sepsis, la malnutrición, la anemia o el tratamiento con corticoides.^(5,6,7,8)

CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años de edad, trasladado a la sala de urgencia de cirugía, con el diagnóstico de evisceración y hemorragia abdominal masiva. En el momento de su llegada presentaba lesiones inciso contusas en abdomen producidas, de forma accidental, al caer de su bicicleta, la cual tenía el mecanismo del pedal roto (le faltaban las porciones laterales de goma del pedal, solo se encontraba el eje puntiagudo del centro de esta pieza, la biela). Al tropezar la bicicleta con un accidente en el terreno, donde se encontraba jugando el paciente, la biela, se introduce en el abdomen, produciéndole una solución de continuidad en la porción inferior derecha, con salida del contenido abdominal. ([Fig. 1](#) y [Fig. 2](#)).



Fig. 1 - Evisceración abdominal postraumática en un niño.



Fig. 2 - Véanse las contusiones del meso intestinal.

En la evaluación inicial, el paciente presentaba taquicardia de más de 100 pulsaciones por minuto, dolor abdominal y se observaba herida contusa, anfractuosa que interesaba fosa ilíaca derecha y región inguinal de ese lado, con salida de asas intestinales delgadas y de abundante líquido serohemático.

El paciente es trasladado al Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" y luego de su evaluación inicial, dada la gravedad y severidad de las lesiones, el peligro de perforación intestinal con riesgo de peritonitis fecaloidea grave, se decide intervención quirúrgica urgente, a pesar de no tener servicio de cirugía pediátrica, ni de terapia intensiva pediátrica.

Durante el acto quirúrgico se encontró un gran defecto de la pared abdominal, anfractuoso, sucio, a través de la cual se producía la evisceración del intestino delgado, con múltiples contusiones en el meso, sin desgarros ni laceraciones de este ni de las asas intestinales. Se procedió a reincorporar las asas a la cavidad, que se encontraban aprisionadas en el desgarró de la pared abdominal; se revisa la cavidad, no se encontraron otras lesiones viscerales y se realizó cierre de la herida laparotómica por planos, previa colocación de puntos de seguridad. En la herida contusa traumática, se cerró peritoneo y aponeurosis y se dejó drenaje músculo aponeurótico. Se coordinó el traslado

del paciente, después de recuperado de la anestesia general oro traqueal, para la sala de cuidados intensivos pediátricos en el Hospital Pediátrico de Centro Habana, donde se recuperó y evolucionó de forma satisfactoria hasta su egreso, sin complicaciones.

COMENTARIOS

La evisceración abdominal traumática es una lesión poco frecuente. El principal mecanismo de lesión es el traumatismo de alta energía contra una superficie aguda que produce una solución de continuidad, lo cual se comporta como un traumatismo penetrante y la evisceración del contenido abdominal.⁽⁹⁾

La evisceración abdominal traumática es una lesión poco frecuente que ocurre como consecuencia de un traumatismo penetrante de alta energía. El caso presentado es en extremo infrecuente. Su mecanismo de acción dificulta la toma de decisiones y se hace necesario seguir un protocolo de actuación sistemático y ordenado.^(10,11,12) El tiempo, desde el traumatismo hasta su intervención, es un factor muy importante, relacionado directamente con la mortalidad del paciente politraumatizado. En ese período, es la hemorragia la causa de mortalidad más frecuente. En este caso, se siguió el protocolo de atención al trauma, lo cual permitió disminuir, de forma considerable, el tiempo de actuación, desde el momento de la lesión hasta su tratamiento definitivo.

La incidencia de evisceración abdominal postraumática es muy baja, el impacto con una superficie cortante, es un mecanismo de lesión poco común. En este tipo de traumatismos se suele crear un defecto en la pared abdominal, que de forma habitual imposibilita el cierre primario y su reconstrucción precisa de un abordaje multidisciplinario.⁽¹²⁾

En las eventraciones traumáticas, el cierre primario de la pared abdominal no siempre es posible pues, en muchas ocasiones, no se dispone de un tejido adecuado para llevarlo a cabo. El cierre primario en estas situaciones, en las que casi siempre existe una pérdida de los componentes de la pared, a menudo da lugar a una excesiva tensión en el lugar del cierre con la consecuente isquemia y fracaso en la reparación. En esta ocasión, al ser una herida contusa anfractuosa con predominio del plano longitudinal, sin pérdida extensa de tejidos, permitió realizar desbridamientos y cierres primarios de las heridas: laparotómica y de planos peritoneo aponeuróticos de la contusa, con mediano grado de dificultad técnica, sin necesidad de realizar otras técnicas complejas.⁽¹²⁾ No se encontraron lesiones viscerales internas, lo cual mejoró aún más el pronóstico y la evolución postoperatoria del paciente.

Aunque en el momento actual existen algunos trabajos que recomiendan la realización de tomografía axial computarizada, incluso en situaciones de inestabilidad, en la secuencia de decisiones pareció razonable, al tener en cuenta la experiencia y la infraestructura de los servicios que se brindan en el hospital.

Tras la laparotomía inicial con reconstrucción de la pared abdominal y cierre primario con puntos de seguridad, el paciente evolucionó de forma estable. Fue remitido para un servicio de terapia intensiva pediátrica, donde y evolucionó sin complicaciones, hasta su egreso.

Conflictos de interés

Los autores plantean que no existen conflictos de interés en relación con el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hardcastle TC, Coetzee GJN, Wasserman L. Evisceration from blunt trauma in adults: An unusual injury pattern: 3 cases and a literature review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2005;13:234-5.
2. Carlson MA. Acute wound failure. *Surg Clin North Am.* 1997;77(3):607-36.
3. Álvarez J. Evisceración. En: Álvarez J, Porrero JL, Dávila D. *Cirugía de la pared abdominal.* Madrid: Arán Ediciones; 2003. p.55-60.
4. Eke N, Jebbin NJ. Abdominal wound dehiscence. A review 2006; 91(5):276-87.
5. Caviggioli F, Klinger FM, Lisa A, Maione L, Forcellini D, Vinci V, et al. Matching biological mesh and negative pressure wound therapy in reconstructing an open abdomen defect. *Case Rep Med.* 2014 Mar 19; 2014: 235930.[Aprox. 13 scr.]. Access: 04/06/2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3977490/>
6. McDaniel E, Stawicki SPA, Bahner DP. Blunt traumatic abdominal wall disruption with evisceration. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2011;1(2):164-6.
7. Chavarriaga LF, Lin E, Losken A, Cook MW, Jeansonne LO, WhiteBC, et al. Management of complex abdominal Wall defects using acellular porcine dermal collagen. *Am Surg.* 2010;76(1):96-100.
8. Lida T, Mihara M, Narushima M, Todokoro T, Hara H, Yoshimatuh, et al. Dynamic reconstruccion of full-thickness abdominal wall defects using free inervated vastus lateralis muscle flap combined with free anterolateral thigh flap. *Ann plast surg.* 2013;70(3):331-4.
9. Jiménez Gómez M, Betancor Rivera N, Lima Sánchez J, Hernández Hernández J. Evisceración abdominal traumática: reconstrucción de pared abdominal con malla biológica y terapia de presión negativa. *Cir Pediatr.* 2016;29(2):89-92.
10. Chuo CB, Thomas SS. Absorbable mesh and topical negative pressure therapy for closure of abdominal dehiscence with exposed bowel. *J Pplast Reconstr Aesthet Surg.* 2008;61(11):1378-81.
11. Iida T, Mihara M, Narushima M, Todokoro T, Hara H, Yoshimatu H, et al. Dynamic reconstruccion of full-thickness abdominal wall defects using free inervated vastus lateralis muscle flap combined with free anterolateral thigh flap. *Ann plast surg.* 2013;70:331-4.

12. Breuning K, Butler CE, Charles E, et al. Incisional ventral hernias: review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair. *Surgery*. 2010;148(3):544-58.

Recibido: 11/07/2018

Aprobado: 20/11/2018

Maritania Vizcaíno César. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.
Correo electrónico: mvizcainoc@infomed.sld.cu