

COMUNICACIONES BREVES

Evisceración abdominal por mordedura de perro. A propósito de un caso

Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba. Hospital Provincial "Saturnino Lora Torres". Santiago de Cuba. Cuba

Dr. Erian Jesús Domínguez González

Especialista de Primer Grado en Cirugía General y Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Investigador Agregado.

RESUMEN

La evisceración abdominal es un suceso frecuente en los traumatismos abiertos, pero resulta algo insólito cuando la causa es por mordeduras de animales, representando un reto para el cirujano el tratamiento adecuado. Se presenta un caso de evisceración abdominal por mordedura de perro en una paciente femenina intervenida quirúrgicamente de extrema urgencia. Se confirmó pérdida de la pared abdominal a nivel de flanco y fosa iliaca izquierda con salida de asas delgadas a través de este defecto. En el acto operatorio se constató lesión del colon sigmoides de más de un 80% de su circunferencia sin otras lesiones intraabdominales. Se realizó colostomía tipo Hartman, lavado y drenaje de la cavidad. La paciente evolucionó satisfactoriamente, egresándose sin dificultad manteniendo seguimiento sistemático en consulta externa.

Palabras clave: Evisceración abdominal; mordedura; colostomía de Hartman.

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos en general, y los abdominales en particular, han aumentado en la vida civil de manera importante. Esto se debe al incremento de los accidentes de tránsito, laborales y domésticos, así como al aumento de la violencia en la sociedad actual (1).

Desde el punto de vista quirúrgico, los traumatismos abdominales se dividen en abiertos o heridas y cerrados o contusiones. Ambos pueden tener lesiones de las vísceras abdominopelvianas (huecas o sólidas) y asociadas o no. Los abiertos pueden ser penetrantes o no en la cavidad y los cerrados pueden comprometer o no la pared del abdomen (1-3).

La evisceración (del griego e por ex: fuera, fuera de, alejamiento y del latín viscera: víscera o entraña), por lo cual se define como la extracción de las vísceras o entrañas, especialmente las torácicas o abdominales (4).

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 o tiende a hacerlo, sino que, además, la pérdida de la continuidad anatómica de la pared con salida al exterior de estructuras adyacentes provoca alteraciones fisiopatológicas que requieren una atención

de urgencia en el período posoperatorio de estos intervenidos (4).

En este trabajo se reporta un caso de evisceración abdominal producto a una mordedura de perro, hecho este poco frecuente en la práctica habitual. La paciente fue sometida a tratamiento quirúrgico, presentando los resultados y evolución en el reporte.

Presentación del Caso

Paciente femenina de 37 años de edad con antecedentes de epilepsia y esquizofrenia paranoide. Es traída al Cuerpo de Guardia de Hospital Provincial Saturnino Lora por sus familiares refiriendo que había sido agredida por su perro doméstico (raza stanford) y fue encontrada en el suelo con el animal atacándola. Llega en estado de desorientación, que no coopera al interrogatorio por lo que se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos del Cuerpo de Guardia para estabilizarla.

Luego de tomar las medidas de apoyo vital y compensar la paciente, se procede a realizar examen físico donde se constata entre los datos positivos:

Mucosas: ligeramente hipocoloreadas y húmedas.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos (frecuencia 108 por minutos), tensión arte-

rial 85/55 mm/Hg.

Abdomen: Pérdida total de tejido de la pared abdominal de aproximadamente 8 cm de diámetro a nivel de flanco y fosa iliaca izquierda, con salida a través del mismo de asas intestinales delgadas de coloración normal. Salida moderada de sangre por el defecto de la pared. Figura 1

Se reciben complementarios indicados que informan: Hemograma completo: Hemoglobina: 90 g/l, leucocitos: 11,7/ 109.

Coagulograma mínimo: Tiempo de sangramiento: 1 minuto, Tiempo de coagulación: 6 minutos, conteo de plaquetas: 230x109/l.

Se decide tratamiento quirúrgico de extrema urgencia y es transportada al salón de operaciones. Comenzado el acto operatorio se realiza incisión paramedia izquierda supra e infraumbilical, al explorar la cavidad abdominal se constata lesión traumática del colon sigmoides que

afectaba aproximadamente el 80% de su circunferencia, con material fecaloidea localizado a ese nivel. Por el grado de contaminación se decide realizar colostomía de Hartman, lavado y drenaje de la cavidad. (Ver figura 2). Durante el transoperatorio la paciente se comportó estable hemodinámicamente.

La paciente es trasladada a unidad de Cuidados Intermedios, donde se le aplicó suero antirrábico y reactivó toxoide tetánico. Evolucionó con terapia antimicrobiana de amplio espectro además de medidas terapéuticas propias del tipo de intervención. Fue dada de alta con una estancia de 8 días con seguimiento por consulta externa.

Fecha de ingreso: 12 de diciembre 2014

Fecha de alta: 20 de diciembre 2014

Estadía: 8 días.



Figura 1. Salida de asas intestinales delgadas a través del defecto de la pared.



Figura 2. Terminada la reconstrucción puede observarse la zona lesionada a nivel de flanco y fosa iliaca izquierda.

DISCUSIÓN

Los traumatismos abdominales provocan grandes dilemas diagnósticos y terapéuticos, generalmente se asocian con lesiones en otras regiones y en el caso del trauma cerrado el problema principal es determinar si se lesionó alguna víscera y si es necesario operar o no; por el contrario, en el trauma abdominal abierto casi siempre la lesión es obvia, el problema radica en determinar cuán seria es y si penetra o no la cavidad abdominal (5).

Por otra parte, pueden presentarse lesiones complejas que requieren ser atendidas por cirujanos experimentados; en estos casos el cirujano no experto debe saber que cuenta con procedimientos sencillos y rápidos que le permitirán manejar la urgencia para preservar la vida del paciente (5).

Solamente en los Estados Unidos más de una docena de víctimas mortales relacionados con las mordeduras de perro ocurren cada año en este país, la mayoría de estas víctimas son niños (6).

Todas las mordeduras deben lavarse profusamente con agua y jabón o detergente, dejando enjabonada la zona afectada durante cinco minutos y luego enjuagando con agua a chorro, repitiendo tres veces este procedimiento. Las soluciones de tipo amonio cuaternario, soluciones yodadas, alcohol o agua oxigenada suministradas tempranamente después de la mordedura, son de utilidad para disminuir el riesgo de infección por el virus de la rabia. Debe descartarse la presencia de piezas dentarias del animal alojadas en el sitio de la mordedura y, en caso tal, deben ser extraídas, pues aumentan el riesgo de infección. En lo posible, se debe intentar desbridar los tejidos necróticos o desvitalizados y la herida debe ser cubierta con un apósito estéril. Se recomienda un cierre primario con sutura, solamente, para las heridas por mordedura de perros, que no tengan más de ocho horas de evolución y que se localicen en la cara. Las heridas puntiformes, heridas con aspecto infeccioso y heridas con más de 24 horas de evolución, probablemente tendrán mejores resultados con un cierre primario tardío o cierre por segunda intención. Dependiendo del compromiso y sus características, algunas heridas se benefician de la revisión quirúrgica 24 a 48 horas después de la lesión (6).

El uso de antimicrobianos de amplio espectro es obligatorio. De igual manera, pese a que el riesgo de tétanos en las heridas por mordedura de perro es bajo, la mayo-

ría de las guías concuerdan en la administración de profilaxis con toxoide tetánico y gammaglobulina antitetánica, según el estado de vacunación del paciente. (6, 7) El riesgo de infección con el virus de la rabia del paciente debe ser abordado de inmediato, porque su mortalidad es casi 100%, es fundamental que el médico conozca las medidas que actualmente tiene a su alcance para manejar una potencial infección por el virus de la rabia (6,8).

En el caso que nos ocupa, la paciente presentó evisceración abdominal de asas delgadas y lesión del colon sigmoides del 80% de su circunferencia.

Cuando existen evisceraciones, signos peritoneales o el trauma concomita con inestabilidad hemodinámica, debe hacerse laparotomía exploratoria (1).

En la actualidad se expone con claridad que la pérdida de calor por evaporación desde una cavidad peritoneal abierta con intestino eviscerado, es un factor contribuyente de primera importancia a la hipotermia en el traumatizado con lesiones sumamente graves. Esta fuente de pérdida de calor se puede interrumpir de inmediato mediante el cierre de la cavidad abdominal sin dilación y, por tanto, es el fundamento fisiológico para la laparotomía abreviada (9).

Las lesiones del colon derecho se tratan con cierre primario; lo mismo sucede con las del lado izquierdo en casos de herida única, poca contaminación peritoneal, una sola lesión en otro órgano y un intervalo breve entre el trauma y la operación (1).

Tradicionalmente, el empleo de las colostomías se ha fundamentado en los altos índices de dehiscencias de la anastomosis en pacientes operados de urgencia por enfermedades del colon izquierdo no preparado en los que se realiza sutura primaria, sin embargo la tendencia mundial actual va cambiando y cada vez más se realizan suturas primarias en el colon izquierdo con o sin preparación mecánica del mismo (10).

Es necesario señalar que por las condiciones locales, y más aun por el tipo de trauma que presentaba la paciente, la sutura primaria del colon no es una opción a considerar, realizándose la colostomía tipo Hartman.

La evisceración abdominal por mordedura de animales es una lesión traumática poco frecuente. El tratamiento es multidisciplinario y eminentemente quirúrgico, donde la técnica a usar depende de las lesiones encontradas, siempre realizando un adecuado lavado de la cavidad y drenaje, apoyado en terapias antimicrobianas de amplio espectro y otras medidas profilácticas específicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Merilien F, Cisneros Domínguez CM, Escalona Cartaya JA, Rodríguez Fernández Z, Romero García LI; *Morbilidad y mortalidad por trauma abdominal durante el cuatrienio 2007-2010. MEDISAN vol.17 no.3 Santiago de Cuba mar. 2013. (Consultado diciembre 2014). disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300003*
- 2- García Gutiérrez A. *Traumatismos del abdomen. En: García Gutiérrez A, Pardo Gómez G, Abraham Arap JF, Adefna Pérez RI,*

- Arce Bustabad S, Barrero Soto R, et al. *Cirugía. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 648-77.*
- 3- Soler Vaillant R, Pérez Cardenas JC. *Lesiones traumáticas abdominales. En: Soler Vaillant R, Pérez Cardenas JC. Cirugía del abdomen. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 155-230.*
- 4- Guasch Arias PA, Rodríguez Fernández Z, Cabrera Salazar J, Blanco Milá A. *Evisceración tras laparotomía en adultos: consideraciones sobre su diagnóstico [artículo en línea]. MEDISAN 2008;12(2). (Consultado diciembre 2014). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san06208.htm*
- 5- Gallego Díaz B, Gómez Triana JM, Hivilikwa Francisco E, Suárez López MJ. *Traumatismo abdominal quirúrgico. Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(1). (Consultado diciembre 2014). Disponible en:*
- 6- Liu-Wu Y, Orozco-Cárdenas A. *Tratamiento de las mordeduras de perro. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. LXXI (610) 289 - 292, 2014. (Consultado diciembre 2014). Disponible en: <http://www.binass.sa.cr/revistas/rmcc/610/art23.pdf>*
- 7- Morgan M, Palmer J. *Dog bites. BMJ. 2007;334:413-7*
- 8- Rupprecht CE, Hanlon CA, Hemachuda T. *Rabies re-examined. Lancet Infect Dis. 2002;2:327-43.*
- 9- Noda Sardiñas CL, Hernández Solar A, Grass Baldoquín J, Valentín Arbona FL. *Trauma colorrectal y su relación con los índices predictivos. Rev Cub Med Mil v.31 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2002. (Consultado diciembre 2014). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000300001*
- 10- Valdés Ferro J, Díaz Díaz JD, López Hernández JC, Bonet Espinosa JF, Salazar Morejón L. *Sutura primaria e ileostomía transcecal en urgencias quirúrgicas del colon izquierdo. Rev. Ciencias Médicas. Abril-jun. 2011; 15(2):13-33. (Consultado diciembre 2014). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200003*

Abdominal evisceration due to a dog bite. About a case

SUMMARY

The abdominal evisceration is a frequent event in the open traumatism, but it is unusual when being caused by animal bites, therefore, the suitable treatment represents a challenge for the surgeon. A case of abdominal evisceration due to a dog bite in a female patient who was urgently operated on is presented. Loss of the abdominal wall to the level of the left side and the iliac fossa with protrusion of thin intestine through this defect was confirmed. A lesion of the sigmoid colon higher than 80% of its circumference was found when being operated on without further intra-abdominal lesions. Hartman colostomy, lavage and cavity drainage were performed. The patient's evolution was satisfactory, with no difficulty at discharge, keeping a systematic follow up in external consultation.

Key words: Abdominal evisceration; bite; Hartman's colostomy.

Dirección para la correspondencia: Edificio 1, Escalera C, Apartamento 10, El Modelo, Caney, Santiago de Cuba) Santiago de Cuba, 20 de diciembre del 2014.

Correo electrónico: edominguez@ucilora.scu.sld.cu