

**EVALUACIÓN Y MANEJO DE LOS TRAUMATISMOS  
ABDOMINALES POR ASTA DE TORO  
ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF ABDOMINAL INJURIES  
PRODUCED BY BULL HORN.**

José Rabadán Jiménez.

Académico de Número, Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid  
Jefe de Sección del Servicio de Cirugía General, Hospital Clínico Universitario  
de Valladolid.

Correspondencia: Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Avd. Ramón y Cajal, s/n,  
47005 Valladolid. [peperabadan@accirujanos.es](mailto:peperabadan@accirujanos.es)

Comunicación presentada el 16 de Octubre de 2014.

An Real Acad Med Cir Valladolid 2014; 52: 299-308

---

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia, Excmas. e Ilmas. Autoridades, Ilmo.  
Sr. Presidente de la Asociación Española de Cirugía Taurina, Ilmas. Sras. e Ilmos.  
Sres. Académicos, Señoras, Señores.

Queridos amigos.

## **INTRODUCCIÓN**

A lo largo y a lo ancho de toda la geografía española, desde Valdemorillos por la Candelaria y San Blas hasta Jaén por San Lucas, se lleva a cabo el rito ancestral del juego del hombre con el toro. Un rito cargado de riesgo y peligro donde se enfrentan el valor, la inteligencia y la majeza del hombre con la fuerza bruta del irracional.

Y en ese juego, en donde tanta belleza y disfrute se concitan, aparece también con frecuencia el rostro macabro y feo de la muerte y del dolor. Muerte y dolor que, en este mundo del toro, no son percibidos como algo inútil y repugnante, sino que más bien al contrario se consideran parte importante de la Fiesta.

En cierta ocasión preguntaron a Juan Belmonte la razón por la que había toreado tan poco en Portugal, y respondió así: “Porque no me gustaba. La poca sensación de riesgo que dan aquellos toros con sus “bolas” en los pitones, quita al toreo

el encanto irresistible de su dramatismo. Y sin muerte que se toque con la mano a mi no me divierte torear”.

El peligro y el dolor son componentes fundamentales del toreo pues, como ha asegurado el diestro Juan José Padilla, “el sufrimiento es parte de la gloria”. Por tanto, podemos afirmar con el Prof. Amorós, que el toreo es un “juego trágico en el que existe la verdad más auténtica”.



Afirmaba Ignacio Sánchez Mejías que, “el torero muere en casa, no en la plaza. Joselito está más vivo que Belmonte y que yo, que nos retiramos cobardemente a casa”.

Y yo, admirador empedernido de la época de José y Juan aunque por razones de edad obviamente no la pude vivir, siempre me he preguntado por las causas de la muerte del gran José.

Aquella aciaga tarde del 16 de mayo de 1920 en Talavera, “Bailaor” le infirió una tremenda cornada en el vientre produciéndole la evisceración de parte del paquete intestinal. Joselito, al verse en ese estado, musitó a las asistencias que le llevaban a la Enfermería “llamad a Mascarell”, a la sazón cirujano de la plaza de toros de Madrid, al tiempo que perdía la conciencia.

A pesar de haberlos buscado denodadamente no tengo ni parte facultativo ni datos de autopsia, por lo que me permito la licencia de elaborar esta hipótesis: Jose-lito “el Gallo” falleció de una hemorragia aguda a consecuencia de un traumatismo abdominal por rotura de uno de los grandes vasos.

¡Ya está el toro en suerte! Vamos pues a proceder a la lidia del tema que nos ocupa, que son los traumatismos abdominales por asta de toro.

## CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN

Definimos como traumatismos abdominales aquellos traumatismos que, producidos por diferentes causas, lesionan el continente y/o el contenido de la cavidad abdominal.

Desde un punto de vista conceptual, los traumatismos abdominales, independientemente de la causa que los produzcan, se clasifican en traumatismos abdominales cerrados o contusiones, y en traumatismos abdominales abiertos o heridas. Y a diferencia de lo que sucede en los traumatismos en general, aquí la estructura que marca la línea divisoria entre contusiones y heridas no es la piel, sino el peritoneo parietal.

No obstante lo anteriormente dicho, en muchas ocasiones se les clasifican en abiertos o cerrados en función de que exista o no solución de continuidad en la piel. A su vez los abiertos, se subdividen en penetrantes y no penetrantes, dependiendo de que el peritoneo parietal haya sido roto o no, por el agente agresor.

## ANATOMÍA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL

Antes de analizar estos traumatismos abdominales, se hace pues indispensable que hagamos un breve recordatorio de la anatomía de la región.

En primer lugar definamos sus límites:

*Límite superior:* Se sitúa en el IV espacio intercostal, a la altura de los complejos areola-pezones.

*Límite inferior:* El borde inferior del abdomen se localiza posteriormente a nivel del ano, y por delante en los ligamentos inguinales.

*Límites laterales:* Vienen definidos por las líneas axilares posteriores.

*Flancos:* Son las áreas delimitadas entre las líneas axilares anteriores y posteriores a cada lado del abdomen.

El *área tóraco-abdominal* es la zona situada entre los complejos pezón-areola y los duodécimos arcos costales a cada lado.

La *espalda* es la región que se sitúa posteriormente a las líneas axilares posteriores, pero por debajo de la punta de la escápula.

Por tanto toda agresión que se produzca dentro de los límites que hemos establecido, deberá ser considerada como un traumatismo abdominal.

A su vez, dentro de la cavidad abdominal, podemos diferenciar tres regiones anatómicas:

- a) *La cavidad peritoneal* que, rodeada completamente por el peritoneo parietal, se subdivide en abdomen superior e inferior. En el abdomen superior ubicamos las siguientes vísceras: hígado, bazo, estómago, primera y segunda porción duodenal y colon transverso.  
El abdomen inferior contiene al intestino delgado, el colon derecho, parte del transverso, el colon izquierdo y sigma.
- b) *El retroperitoneo*, es el espacio en que se alojan la aorta abdominal, la vena cava inferior, el páncreas, los riñones y sus uréteres, la tercera y cuarta porción duodeno y las caras posteriores del colon ascendente y descendente.
- c) *La pelvis*, donde se contienen el recto, la vejiga, la próstata, los vasos ilíacos y los órganos genitales internos femeninos.

Por consiguiente cuando un traumatismo, abierto o cerrado, se produce dentro de los límites señalados, cualquiera de las vísceras que se encuentran alojadas dentro de la cavidad abdominal pueden verse afectadas.

## **FISIOPATOLOGÍA**

### ***Heridas abdominales o traumatismos abiertos***

Este tipo de traumatismos suponen, en nuestro medio, el 5% de todos los traumatismos. De entre ellos los producidos por arma blanca alcanzan la cifra del 80 %, frente al 17% de los causados por arma de fuego. El 3% restante se lo reparten las heridas por asta de toro, accidentes casuales producidos por cristales, empalamientos, etc. y accidentes laborales.

La fisiopatología de las lesiones producidas por el asta del toro cuando penetra en la cavidad abdominal, es comparable al de las lesiones producidas por arma blanca, es decir, que causan el daño a los tejidos por laceración o corte.

Estos traumatismos, al ceder muy poca energía, localizan el daño en la zona perilesional, afectando habitualmente a órganos adyacentes entre sí, siguiendo la trayectoria que ha llevado el objeto que penetra. Como es bien conocido, la herida que produce el asta del toro, no suele tener un solo trayecto sino varios, de ahí la necesidad de una cuidadosa exploración de cada uno de los mismos.

### ***Contusiones abdominales o traumatismos cerrados***

Este tipo de traumas abdominales son mucho más frecuentes que las heridas, tanto en la vida civil como en el mundo del toro, y en su fisiopatología se ven involucrados varios mecanismos:

- a) *Impacto directo.* Por este mecanismo la energía cinética del agente agresor se transmite de manera directa a los órganos adyacentes a la pared abdominal, pudiendo provocar lesiones.
- b) *Desaceleración.* Cuando el cuerpo es detenido bruscamente los órganos intra-abdominales, animados aún por su propia energía cinética, tienden a continuar su movimiento. El resultado es la producción en ellos de una sacudida, especialmente acusada a nivel de los puntos de anclaje, pudiéndose provocar desgarros parciales o totales, tanto en los vasos como en el mesenterio.
- c) *Compresión o aplastamiento* de los órganos entre dos estructuras rígidas. Como consecuencia de este mecanismo los órganos, sólidos o huecos, se deforman pudiendo producirse su ruptura o su
- d) *Estallido.* Este es el mecanismo típico de las lesiones de duodeno cuando, tras un impacto frontal del toro, el diestro es lanzado contra la barrera, o en el caso

de los encierros, el aficionado contra las tablas de las talanqueras, quedando el abdomen comprimido entre la cabeza del toro y las tablas.



## **VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CON UN TRAUMATISMO ABDOMINAL**

Ante un traumatismo abdominal de cierta entidad, la primera consideración a tener presente, es que nos podemos encontrar ante un problema que puede ser importante, habida cuenta del número de vísceras, macizas y huecas, y grandes vasos que pueden estar comprometidos. Por consiguiente, antes de proceder a su tratamiento es necesario realizar, sin prisas pero sin pausa, una adecuada evaluación.

El objetivo principal de esta evaluación es demostrar o descartar la presencia de lesiones de riesgo vital e instaurar las medidas necesarias de soporte para preservar la vida del paciente.

La tradicional clasificación de los pacientes en estables o inestables es muy útil, tanto a la hora de hacer una evaluación como a la hora de tomar decisiones.

La inestabilidad, con mucha frecuencia, nos indica la presencia de una lesión, en una de las diferentes estructuras, que conviene valorar.

A su vez los pacientes estables, pueden ser clasificados como sintomáticos o asintomáticos. Los pacientes asintomáticos pueden o no tener lesiones, o bien estas no haberse manifestado todavía. En cualquier caso este tipo de lesionados deben ser evaluados teniendo en cuenta las características del traumatismo sufrido.

Los pacientes estables pero sintomáticos son aquellos que, sin tener un compromiso vital, presentan síntomas que indican la presencia de una lesión que para solucionarse, va a requerir un tratamiento quirúrgico.



### **MANEJO DEL PACIENTE TRAS LA VALORACIÓN INICIAL**

En todas las circunstancias un paciente, con un traumatismo abdominal, debe ser considerado como un traumatizado grave o potencialmente grave, y por lo tanto el manejo de estos pacientes se debe ajustar a las recomendaciones del Colegio Americano de Cirujanos, siguiendo el método del ABC:

- a) Asegurar la permeabilidad de la vía aérea, con control cervical.
- b) Asegurar una correcta ventilación y oxigenación.
- c) Control hemodinámico:
  - Detener una hemorragia externa, si la hubiera.
  - Identificación y tratamiento del shock.
  - Identificación de una hemorragia interna.
  - Monitorización Electrocardiográfica.
- d) Breve valoración neurológica y
- e) Desnudar completamente al paciente.

Asegurada la vía aérea y la correcta ventilación, dos son las circunstancias que deben ser analizadas con prioridad sobre las demás: la valoración clínica del estado de shock y el discernir si la herida es penetrante ó no en el abdomen.

En efecto, tras un traumatismo abdominal es bastante frecuente que el paciente pueda sufrir un cuadro de shock.

Por eso se hace necesario que, ya desde el primer momento, podamos establecer si ese cuadro tiene su origen en una contusión del plexo solar, o por el contrario se trata de un shock hipovolémico fruto de una hemorragia intraabdominal.

En este segundo supuesto, la presencia del shock se pone de manifiesto a través de los signos clínicos que lo definen: taquicardia e hipotensión, pulso débil y filiforme, piel pálida, fría y sudorosa, disminución de la presión del pulso, retardo en el relleno capilar, alteración de la conciencia, taquipnea, y oligoanuria.

La segunda circunstancia a priorizar, es diagnosticar si la herida es penetrante o no. Con frecuencia la salida por la herida del contenido abdominal, epiplón o intestino, deja resuelta la cuestión. Pero otras veces el diagnóstico no resulta tan fácil.

La presencia de dolor abdominal acompañado de signos de irritación peritoneal, con ausencia de peristaltismo, ha de ponernos en guardia ante la posible existencia de una perforación de viscera hueca.

### **Traumatismo abdominal cerrado**

*1. Hemodinámicamente inestable:*(imposibilidad de mantener una TA sistólica por encima de 90 mm Hg, frecuencia cardiaca superior a 100 lpm o diuresis de 50 ml/h).

Ante un lesionado en estado de shock, se impone la perfusión inicial de 1-2 litros de suero fisiológico o de Ringer lactato con la finalidad de estabilizarlo, a través de vías venosas periféricas con catéteres de gran calibre.

Si el paciente se estabiliza, se establece la indicación de evacuarlo a un Hospital de referencia, para continuar el estudio diagnóstico mediante pruebas complementarias.

Si por el contrario el shock es refractario a la infusión rápida de cristaloides, muy probablemente sea signo de la presencia de un sangrado activo. Y este sangrado, casi con toda seguridad, nos va a obligar a practicar una laparotomía de urgencia para solucionarlo, tal y como nos ocurrió con un corredor de un encierro de Mojados.

Por supuesto que antes de proceder a la exploración quirúrgica del abdomen, se hace necesario que diagnostiquemos la gravedad del shock, de acuerdo con lo establecido por el Comité de Traumatismos del Colegio Americano de Cirujanos. Dicho Comité establece la gravedad del shock en razón de diferentes parámetros.

No obstante conviene no olvidar que el retraso del procedimiento quirúrgico en un paciente con shock hipovolémico, solo conducirá al fallo multiorgánico irreversible y a un desenlace fatal.

## 2. Hemodinámicamente estable.

Ante un traumatismo abdominal cerrado hemodinámicamente estable conviene tener en cuenta las siguientes premisas:

- Las vísceras macizas se lesionan con más frecuencia que las huecas.
- Un paciente está estable hasta que deja de estarlo y se convierte en un paciente inestable.

Estos pacientes pueden ser estudiados mediante pruebas diagnósticas que los pacientes inestables, por sus condiciones clínicas, no permiten, siendo posible además tratarles de una manera conservadora. Lógicamente este estudio habrá que llevarse a cabo en un Centro Hospitalario de referencia.

La secuencia de las pruebas complementarias a realizar es la siguiente:

- Ecografía abdominal. Si no se encuentran hallazgos significativos y el paciente no presenta otras lesiones extra-abdominales, debe quedar en observación, realizándosele un control del recuento de hematíes, hematocrito, hemoglobina, recuento y fórmula leucocitaria y proteínas de fase aguda cada 6 horas. Si el estudio analítico presentara alteraciones se deberá practicar una nueva ecografía, o mejor realizar un TAC.

- TAC. Es la prueba principal en el estudio de estos pacientes, pues permite un diagnóstico precoz de las lesiones. No obstante conviene recordar que si se realiza al poco tiempo de producirse el traumatismo, pueden no detectarse lesiones pancreáticas.

Por tanto resulta evidente que esta exploración adquiere especial protagonismo en el seguimiento de los pacientes que son manejados de forma conservadora.

- Punción lavado peritoneal, aunque cada vez se utiliza menos.

## Traumatismo abdominal abierto

- Si el paciente está inestable, está eviscerado, o presenta signos evidentes de irritación peritoneal, deberá ser sometido a una laparotomía urgente.

- Por el contrario, si está estable hemodinámicamente y no presenta signos de irritación peritoneal ni de evisceración, la primera maniobra que se debe realizar es la exploración del orificio de entrada, comprobando si la herida es penetrante o no.

Esta exploración debe ser realizada por un cirujano experimentado, quien bajo condiciones estériles y bajo anestesia al menos local, hará una exploración digital de la herida, siguiendo sus trayectos a través de las capas de la pared.

- Si la herida no penetra en la cavidad abdominal, se procederá a dejar a plano todos los trayectos que hubiere, drenarlos y suturarlos. Es obvio que la vacunación antitetánica y la profilaxis antibiótica son imprescindibles.



- Si la herida es penetrante, el paciente deberá ser sometido a una laparotomía de urgencia, con la finalidad de explorar exhaustivamente, todas las vísceras abdominales, macizas y huecas, así como los grandes vasos.

Obviamente todo esto se podrá llevar a cabo siempre que se den las circunstancias adecuadas de personal, infraestructuras, etc.

### **Indicaciones de laparotomía**

En definitiva, y a modo de resumen, podemos concluir que la laparotomía de urgencia está indicada en los siguientes supuestos:

1. Traumatismo cerrado con pruebas complementarias positivas.
2. Traumatismo cerrado con hipotensión persistente a pesar de un adecuado tratamiento.
3. Datos tempranos de peritonitis.
4. Traumatismo penetrante con hipotensión.
5. Traumatismo penetrante con sangrado de estómago, recto o tracto genitourinario y
6. Evisceración.

### **EPÍLOGO**

He de terminar, hace rato que consumí mi tiempo, y temo haberles cansado. Pero permítanme que antes haga una reflexión que llevo muy dentro de mí.

Los aficionados estamos viviendo una época muy difícil. A la Fiesta se la está atacando desde muchos frentes y con una virulencia que jamás anteriormente habíamos conocido.

Los medios de comunicación la ignoran de una manera casi sistemática y los poderes públicos, salvo en muy contadas excepciones, no tienen interés alguno en defenderla, ni en promocionarla.

El tan traído y llevado tema del respeto a las minorías aquí brilla por su ausencia, al igual que la salvaguarda de los innegables valores, culturales y morales, que la Fiesta tiene en sus mismas entrañas.

Los aficionados estamos cansados de que unos individuos, a los cuales prefiero no calificar, nos insulten de manera violenta y con total impunidad, cada vez que acudimos a una corrida de toros.

Duele, y duele mucho, oír hablar de maltrato animal ¡cuánta ignorancia y falsía encierran esas palabras!, a aquellos mismos que luego hacen almoneda de la defensa de la vida humana desde su concepción hasta su ocaso natural. ¡Basta ya de hipocresía!

Y parafraseando al doctor Rutkow, profesor de Historia de la Medicina de la Universidad de New Jersey cuando hablaba de la Cirugía en general, nosotros también podemos hoy afirmar: “La Tauromaquia posee una herencia distinguida que corre el peligro de caer en el olvido. Aunque desconozcamos el futuro del arte, el oficio y la ciencia de la Tauromaquia, es innegable que se apoya sobre un pasado glorioso”.