

Heridas penetrantes del Abdomen

Las heridas penetrantes del abdomen que en nuestro medio son frecuentes, pueden considerarse en la Cirugía Nacional, como una cuestión de suma importancia, requiriendo un estudio minucioso y constante para resolver un problema en la profesión diaria.

Son varios los instrumentos vulnerantes empleados para causar estas heridas, presentando caracteres tan distintos las unas de las otras, que bien vale la pena de describir en términos generales, lo que la práctica diaria del Hospital nos muestra al respecto.

Armas de fuego. — Las heridas producidas por estos instrumentos generalmente muestran agujeros de entrada y de salida. Indistintamente pueden ocupar cualquier lugar del perímetro abdominal, a diversas alturas y de dirección infinitamente variable. Los agujeros nos pueden mostrar, con alguna exactitud, el trayecto del proyectil y, suponer qué órganos en la cavidad pueden estar interesados.

Instrumentos . . . cortantes . . . y punzo-cortantes. Las heridas que se infieren con estos instrumentos, generalmente sólo tienen agujero de entrada. El problema resulta más complicado. No siempre los heridos pueden relacionar los hechos con precisión y, en la contienda concurren tantas circunstancias que, resulta casi imposible de formar siquiera presunciones acerca de los órganos que pu-

dieran estar heridos. El que hiera es rápido en introducir el instrumento vulnerantes, que por lo demás, lo introduce de diversa manera, si se trata de puñal, tijeras, punzones o, espadas, floretes o bayoneta. El que recibe las heridas, movido por su instinto de conservación, defiende su cuerpo con actitudes rápidas, haciendo variar la dirección primitiva del instrumento. Así mismo al ser retirado, también, cambia de dirección y, el filo o el extremo agudo, pueden herir los órganos que encuentran en retroceso.

Hay casos en que los instrumentos indicados, sobre todo los flexibles, al chocar en un plano resistente, sobre los huesos, cambian bruscamente dirección, se deslizan por las regiones más elásticas y penetran a la cavidad del abdomen, lesionando órganos que nadie puede imaginarse. Ya se han presentado casos en los cuales el agujero de entrada se encontró en una zona muy lejos del abdomen. Al respecto recuerdo un caso tan típico, que no lo olvido. Se trata de un pesero que con su cuchillo de destazar agredió a su compañero de trabajo. El agujero de entrada se apreció debajo de la tetilla izquierda, en el quinto espacio intercostal. A primera vista se pensó en una herida del corazón, en pocas horas el sujeto había perdido la vida. La autopsia nos demostró que el cuchillo nada tuvo que hacer con aquella viscera. El instrumen-

to al chocar violentamente con la costilla superior entró en el espacio inmediato inferior, cambió de dirección, atravesó el diafragma, penetró en la cavidad abdominal; a su paso encontró el polo superior del bazo, lo hiere a buena profundidad, perfora por último la porción superior del colon descendente. La cavidad estaba inundada de sangre y de coágulo. El herido murió de una violenta hemorragia. Hay heridas por armas de fuego con agujero de entrada únicamente que ofrecen las mismas dificultades que las descritas en este párrafo.

Descritas las heridas penetrantes del abdomen en la forma que antecede, se presenta a nuestra consideración el diagnóstico clínico. El diagnóstico clínico en medicina como en numerosos casos de cirugía, con síntomas más o menos definidos, pueden establecer un tratamiento que no permite grandes dudas, con resultados que satisfacen. Pero no ocurre lo

mismo con las heridas penetrantes del abdomen. No siempre se encuentran síntomas de certeza o, mejor dicho, síntomas que no infundan duda alguna. Completar un diagnóstico clínico para estos heridos es bastante problemático

La exploración operatoria en toda herida penetrante del abdomen se impone siempre. La simple presunción de considerar una herida penetrante del abdomen, para los casos que solo nos presentan agujero de entrada, especialmente para las causadas por instrumentos punzo-cortantes, ahora que la investigación previa con la sonda acanalada o un instrumento semejante, ha sido abolida por inútil y peligrosa. La indicación de la Laparotomía no admite discusión, permanecer a la expectativa es un error imperdonable. Muy amenudo sí hacían intervenciones tardía! en heridos con cuadros sintomáticos dudosos o, se dejaba de intervenir para los que presen

taban una tranquilidad asombrosa, no obstante de tener lesiones graves y profundas de cualquiera de los órganos viscerales huecos o sólidos. La organización de salas de operaciones; debidamente equipadas, con una rigurosa asepsia y con una técnica operatoria tan perfeccionada como la cirugía del presente, han hecho desaparecer todos los temores de la exploración operatoria de la mente de los profesionales miedosos. Creo que se conduce mejor, el que interviene con prontitud, aún cuando no haya formulado un buen diagnóstico. Para mayor seguridad y con el objeto de hacer una operación adecuada, es preferible a un diagnóstico incierto, un interrogatorio bien conducido, con lujo de detalles y, emplear todas aquellas exploraciones previas que no vayan a causar fatales consecuencias y que sean de indiscutible necesidad. Hay casos que si permiten una exploración preoperatoria. Es oportuno que me refiera al siguiente caso. Un herido se presenta al Hospital del Norte el 25 de agosto del año recién pasado, como a la una de la mañana. Dos horas antes un individuo lo hiere con una pistola, el agujero de entrada se encontró al nivel del trocánter mayor izquierdo, no hay agujero de salida y el cuadro sintomático, quizá por ser reciente el suceso, no muestra gravedad alguna. Las ropas que llevaba no están muy manchadas de sangre. Es verdad que el pulso está acelerado, pero no es hemorrágico, abdomen casi

indoloro. La interrogación resultó escasa en datos de importancia. Estuve a punto de abandonar al herido, después de ordenar una simple curación para el agujero de entrada, pero recapacité y pude considerarle direcciones inclinadas hacia arriba al proyectil.- Pensé que la vejiga urinaria, por ser la viscera más inferior podría estar herida, para lo cual pregunté al herido si había orinado sangre, contestándome que si pero que no se dio cuenta por que el lugar donde ocurrió el suceso se encontraba en la oscuridad. Introduje por la uretra una sonda de Nélaton hasta conducirla a la vejiga y obtuve una regular cantidad de sangre. Practiqué la laparotomía infraumbilical y encuentro la vejiga urinaria con dos perforaciones, una al borde izquierdo y otra en el borde derecho, un tanto más alta ésta. Los intestinos no estaban perforados. La operación tuvo el éxito deseado.

Incluyo en el presente trabajo unas observaciones de heridas penetrantes del abdomen. La intervención operatoria en los casos de referencia casi todos fueron verificados dentro de las primeras veinticuatro horas. Dentro de este término de tiempo los resultados favorables en la mayoría de los casos no se hace esperar.

CONCLUSIONES

1°—Toda herida penetrante del abdomen debe de ser opera-

da tan pronto como lo permitan las circunstancias.

29—En la imposibilidad de establecer un diagnóstico en las heridas penetrantes del abdomen, un interrogatorio minucioso y detallado orientan mejor el criterio del Cirujano.

30—se puede emplear una misma conducta para todas las heridas penetrantes del abdomen. El procedimiento operatorio tendrá que ser para cada caso. Los intestinos son vísceras extensas, móviles y se pueden desplazar para cualquier punto del abdomen y, permiten una exploración completa. Pero aquellas vísceras sólidas, casi fijas, como el hígado, bazo y riñones, el mismo estómago no es tan desplazable que se diga, requieren una conducta diferente, siempre segura y eficaz.

Número 1

El 25 de agosto de 1935, a la una de la mañana, ingresó al

Hospital del Norte el individuo A. F., de 28 años de edad, vecino de esta ciudad. Presenta una herida por arma de fuego, cuyo agujero de entrada se localiza al nivel del trocánter mayor izquierdo, sin agujero de salida. El herido es un hombre joven, bien constituido.

Los datos que resultan del interrogatorio no aclaran el situación del herido. El aspecto general es bueno, síntomas abdominales alarmantes no presentan ninguno, dolor a la presión manual, de poca intensidad., pulso acelerado, que atribuyo a la emoción, no es hemorrágico. No me puede informar si orinó sangre, porque el lugar donde ocurrió el suceso era oscuro, pero la exploración con la sonda ele Nélaton demostró que la vejiga urinaria se encontraba lesionada. La exploración previa resolvió el problema en este caso, cuyo cuadro sintomático era tan apacible que, estuve a punto de ordenar una simple

curación del agujero de entrada.

Practico la Laparotomía infra-umbilical, hay abundante sangre y coágulos y la esponja no limpia el campo operatorio porque continúa la hemorragia. Una exploración paciente descubre un agujero en el borde izquierdo de la vejiga y, a continuación el segundo agujero en el borde derecho, más alto que el primero. Sutura inmediata de ambos agujeros, la hemorragia se controla. No se encuentra ningún otro órgano próximo ni lejano con lesiones. El proyectil perforó la rama izquierda del puvís. Cerré el abdomen, dejando un drenaje y una sonda en permanencia en el conducto uretral. Ambos fueron retirados al cuarto día. Pocos días después el herido cura satisfactoriamente, sin presentar síntomas de infección peritoneal ni ningún otro accidente.

Número 2

R. A. de 48 años de edad, soltero, jornalero, vecino de Chamelecón, ingresó al Hospital del Norte, el día 15 de diciembre, como a las 2 de la tarde, presentando 3 heridas causadas por arma de fuego, todas penetrantes del abdomen. Los agujeros de entrada se encuentran casi a la misma altura, a poca distancia y por sobre el pliegue del glúteo con el muslo derechos. El sujeto fue agredido por detrás, mientras reposaba en su cama en decúbito abdominal. Los proyectiles entraron a corta distancia el uno del otro y, siguieron una dirección casi pa-

ralela, de derecha a izquierda, de atrás adelante y de abajo arriba, habiendo penetrado todos ellos a la cavidad abdominal; los agujeros de salida se aprecian en la región umbilical, más o menos a la misma altura, distantes el uno del otro a corta distancia.

El estado general del individuo es bueno, la zona abdominal herida poco dolorosa, sin tensión apreciable, percusión mate, la hemorragia representaba el síntoma más interesante, por la cantidad de líquido que fluía los agujeros, especialmente del medio.

Trasladado a la sala de Operaciones, verifiqué la Laparotomía media infra-umbilical. La cavidad se encuentra inundada de sangre y gran cantidad de coágulos. Es evacuado todo el contenido, la exploración minuciosa demuestra, en primer término, la cara anterior de la vejiga urinaria equimótica y, herida la serosa es una extensión de 2 centímetros de longitud del lado derecho, marca la dirección de uno de los proyectiles, comenzando en el borde derecho; el epiplón mayor desgarrado en una extensión de 2 a 3 centímetros de longitud. Este órgano fuertemente vascularizado ofrecía la hemorragia más abundante de todas las heridas.

Ligué los vasos del epiplón y recequé la porción inferior de la desgarradura en la extensión conveniente, por no presentar una garantía para la sutura de seguridad; suturé la desgarradura de la serosa. Evacuación de la sangre y coágulos, sutura de las paredes abdominales,

previa aplicación del Mikculicz fuertemente en contacto con los agujeros de los proyectiles en el momento de entrar a la cavidad, a fin de controlar la hemorragia que dichos agujeros producían. El sitio que ocupaban no permitían una ligadura o sutura. La operación fue aplicada unas veces 4 horas después del suceso.

Después de la intervención se aplicó suero fisiológico, tónico cardíacos. El drenaje fue retirado a las 72 horas y la curación siguió su curso satisfactoriamente.

Numero 3

J. M. H. ingresa al Hospital del Norte el día 4 de marzo de 1935, como a las 12 y media de la noche. Presenta varias heridas hechas con arma cortante; 6 del cuero cabelludo, en distintas direcciones, variables en longitud, entre 2 y 3 centímetros; en cada mano, en la región palmar, existen heridas, de dirección transversal; en la

pierna derecha otra, hacia la cara posterior y, últimamente ofrece la más importante, por encontrarse en la región epigástrica, penetrante, un poco inclinada sobre la línea media esternal, del lado derecho, más separada en su extremidad inferior. Hay hernia del epiplón mayor, la herida no sangra. El estado general del herido al ingresar al Hospital es halagador; abdomen poco doloroso, pulso débil pero no hemorrágico. Se aplica suero fisiológico por la vía hipodérmica.

En la Sala de Operaciones, prolongo la herida hacia abajo, unos cinco centímetros, midiendo ahora una longitud total de diez centímetros. Reseco la hernia epiploica; evacúo la cavidad de la sangre y los coágulos que contiene. En la exploración solamente se encuentra, el hígado interesado, sobre la cara superior, más o menos en la porción media del lóbulo izquierdo, hay una insición que marca la dirección de herida de la pared abdominal, de una

longitud aproximada de 3 centímetros, seccionó totalmente la glándula en todo su espesor. Suturo la glándula, lavo la cavidad con solución salina normal y cierro la pared, dejando en su extremo inferior un Mikulicz, el epiplón permaneció expuesto a la contaminación microbiana durante unas 12 o 14 horas hasta la intervención operatoria. Retiro el Mikulicz a las 72 horas. No hubo reacción peritoneal, el abdomen completamente blando e indoloro a la presión. El estado general del herido es bueno, la curación se realiza sin alteraciones alarmantes.

Número 4

M. P. de 25 años de edad, ingresó al Hospital del Norte el día 5 de marzo, como a las 3 de la tarde. Presenta una herida producida por arma de fuego, de dirección posterior anterior, casi horizontal y ligeramente desviada de dentro afuera. El agujero de entrada se encuentra como a 3 centímetros por fuera de la columna vertebral, lado izquierdo y entre el reborde costal y la cresta ilíaca. El agujero de salida está por delante, región umbilical, a 2 centímetros por fuera del ombligo y un poco por debajo, lado izquierdo. La ropa manchada en sangre, demuestra que la hemorragia no fue abundante; dolor abdominal, fuerte a la presión y, más intenso al rededor del agujero de la herida de salida, las paredes están tensas, no hay timpanismo. El herido es un hombre joven, bien cons-

tituido, estado general, bueno. Tiene aproximadamente seis horas de haber sido agredido.

Laparotomía lateral, incisión sobre el agujero de salida, la cavidad contiene poca sangre y pocos coágulos; cuatro perforaciones a la vista en una porción del intestino delgado, las perforaciones se encuentran a pocos centímetros uno de otro, pero a diferente nivel. Sutura de los agujeros, exploración del resto de la masa intestinal en la ruta del proyectil, no hay más perforaciones, ni siquiera simples desgarraduras de la serosa intestinal. Lavado con suero fisiológico. Aplicación de Mikulicz. Cuadro sintomático post-operatorio magnífico, no hay reacción peritoneal, abdomen completamente blando, indoloro, respiración reposada. A las 72 horas se retira el Mikulicz y, el herido obtiene pronto su completa curación.

Número 5

R. R. de 23 años de edad, ingresó al servicio de Cirugía de Mujeres, presentando una herida causada por instrumento punzo-cortante y penetrante del abdomen. Fue agredida el día 21 de junio en Puerto Cortés, después de medio día y, conducida al Hospital del Norte el día siguiente en el tren de la mañana.

Presenta el cuadro sintomático siguiente: pulso débil y acelerado, abdomen muy doloroso, tenso, hiperestesia, facies pálida, ansiosa. La herida es transversal de 2 centímetros de longitud, por fuera de la línea me-

dio-esternal, hacia la derecha, en la región epigástrica, los bordes de la herida están perfectamente coaptados. Se prepara la enferma, se aplica suero fisiológico.

Laparotomía media, la incisión la trasé desde el extremo inferior del esternón hasta un centímetro por sobre el ombligo. Sangre y coágulos en la cavidad del abdomen. A primera vista se encuentra en la cara superior del lóbulo izquierdo del hígado una herida que se prolonga hasta el borde interno del mismo, tiene una longitud de 3 centímetros, el filo del cuchillo lo corta en todo su espesor y, el extremo agudo del mismo instrumento perfora la cara anterior del estómago. Ambos órganos se suturan inmediatamente, se lava la cavidad con solución salina normal. Después, sutura de los diferentes planos del abdomen, dejando en el extremo inferior el Mikulicz. El cuadro sintomático mejora después de la operación; pulso fuerte, lleno, la rigidez de la pared desaparece, ahora se deprime perfectamente bien. Se aplica más suero, se retira el drenaje a las 72 horas y la enferma salió curada el día 9 de julio.

Existen tres casos más que no tuvieron el éxito que tuvieron los descritos, porque los heridos ingresaron demasiado tarde, después de las veinticuatro horas, con la infección peritoneal ya instalada. Me abstengo de hacer la historia de ellos. El tiempo en que se ha de intervenir en las heridas penetrantes del abdomen es un factor que contribuye para el éxito en las operaciones de esta categoría.

La autopsia practicada en otro caso presentó las siguientes lesiones. Herida por arma de fuego, el proyectil penetró por el lado derecho, a tres centímetros por debajo del reborde costal, entre las líneas axilar y mamilar, se dirigió hacia arriba, atrás y a la izquierda, encontrándose su agujero de salida sobre la línea axilar izquierda, en el sexto espacio intercostal. En su trayecto interesó, el extremo superior del colon ascendente, muy cerca del ángulo, la vecícula biliar, lóbulo izquierdo del hígado, atravesando de lado a lado y, últimamente el estómago y el pulmón izquierdo.

Dr. Miguel A. Sánchez.