

HEMATOMA AGUDO DE LA LOGIA DEL CUADRICEPS FEMORAL (*)

Dr. Alberto Valls

D. T. 50 años, S. Masculino, H. C. H. Pasteur. — Ingresó el 8-8-959 a la hora 21 por heridas de arma blanca que datan de media hora, 2 en abdomen y una en cara externa de músculo izquierdo.

EXAMEN: estado de shock, pulso de 140, P. A. Mx. 5. Se queja de dolor intenso en el muslo izquierdo. Presenta dos heridas penetrantes en ambos hipocondrios por donde sale epiplón. Abdomen depresible. Muslo tumefacto en la logia del cuádriceps, presentando los vasos femorales superficializados, por lo que se palpan bien en toda su extensión, pulso pedio y tibial posterior s/p.

Se le hace transfusión de 1 litro de sangre y se espera 1 hora. El enfermo no mejora, se decide operarlo porque el estado de shock persiste y se hace necesario tratar su causa.

OPERACION: Anestesia general. Dr. Valls, Dr. Acosta, Pte. Ferreiro. Incisión mediana supraumbilical. No se comprueban lesiones. Se reseca el epiplón exteriorizado y se cierra el abdomen por planos.

Incisión longitudinal de 20 cms. sobre cara antero externa de muslo, se abre la aponeurosis delante de la cintilla de Maissiat. Sale bruscamente el recto anterior a presión hacia afuera, edematoso congestivo estado en el cual se encuentran los demás fascículos del cuádriceps. En ese momento, la presión arterial que estaba en 5, controlada continuamente por anestesista, sube bruscamente a 9 cms. Se separa el vasto interno del crural y se llega a la cara interna del fémur, a ese nivel se retira unos 100 cc. de sangre negra. Ningún vaso sangra en la actualidad. Los vasos femorales están levantados con su vaina intacta. Por detrás de ellos hay una pequeña perforación que conduce a la logia de los adductores de la que viene pocos cms. más de sangre.

El edema y congestión muscular desaparecen. Se sutura con puntos separados la aponeurosis; lino en la piel.

Salió de Sala de Operación con 12 cms. de presión. Evolución excelente. Alta el 15 de agosto.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 4 de mayo de 1960.

Este caso muy interesante por dos hechos:

1) Por el hematoma en una logia muscular e inextensible, de aponeurosis potente lo que provoca un aumento de presión en ella, que trae como consecuencia un trastorno de la circulación venosa de retorno, con circulación arterial conservada. Se produce un aumento de la presión hidrostática en los capilares y como consecuencia un edema muscular. Ese edema agrava aún más la hipertensión, lo que cierra el círculo vicioso. Se produce además compresión y edema de los elementos nerviosos de la logia del cuádriceps, ramas del crural muy abundantes.

2) Por el estado del shock intenso que presentaba el enfermo y que cedió bruscamente al ceder la hipertensión en la logia del cuádriceps cuando se hizo la sección amplia de la aponeurosis del cuádriceps, con salida brusca de masas musculares edematosas lo que pone en evidencia que este shock era secundario a la compresión aguda de los elementos nerviosos que a la vez se presentaban distendidos. Esa agresión nerviosa intensa es la responsable del dolor de los trastornos vasomotores que en este enfermo conducían al shock.

Constituye un capítulo de la injuria distensiva que describiera Stajano ⁽¹⁾ en el embarazo ectópico por distensión aguda de la trompa y en otras distensiones agudas de cavidades viscerales. Es este, pues, un caso típico de shock neurogénico como lo describiera Crile en 1899 ⁽²⁾.

Al ceder la hipertensión y desaparecer el hematoma, cedió el edema muscular y permitió cerrar la logia.

Tenemos otro enfermo, H. C. operado el 15-7-957, 1½ hora después de una contusión de muslo derecho con gran tensión de la logia del cuádriceps y dolor, pero sin shock, que fue operado de urgencia con anestesia local, haciéndose una incisión de la aponeurosis y entrando entre los fascículos del cuádriceps. Evacuamos un hematoma y comprobamos el mismo edema congestivo, que se resolvió durante la operación y permitió la sutura de la aponeurosis.

Los hematomas de la logia del cuádriceps, pueden, por desarrollarse en una logia inextensible, conducir a lesiones agudas de edema y congestión muscular, ya destacados por el Prof. Palma ⁽³⁾ en 1952 y para evitar las lesiones que describiera en su presentación a la Soc. de Cirugía (Organización conjuntiva, cal-

cificaciones, atrofas musculares) se debe recurrir a la evacuación precoz, de urgencia, que en el caso principal nuestro, llevó, en forma dramática, a la desaparición del shock.

Debemos destacar que la actitud terapéutica nuestra fue ir primero al abdomen, porque era lo más probable que allí radicara la causa persistente del shock. Una vez demostrado que allí no había lesiones, investigamos la otra zona traumatizada, que demostró ampliamente ser el origen de la situación dramática en que estaba el enfermo.