

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. A. Chifflet

## TRAUMATISMO TORACO-ABDOMINAL GRAVE EN EL PORTADOR DE UNA COLECISTITIS AGUDA (\*)

Dr. Raúl Praderi

Historia 162.646. — Hospital de Clínicas.

J. G. 62 años, sexo masculino.

Estaba internado en el Instituto de Traumatología donde se le había practicado una osteotomía de cadera izquierda. El foco operatorio supuró pero finalmente se le había retirado el yeso para darlo de alta. Al día siguiente 23-XII-61 el paciente comienza a sentir dolores abdominales y estado nauseoso, pasa así dos días al cabo de los cuales se cae de una terraza del primer piso a la calle.

Ingresó enseguida al Hospital de Clínicas con una presión arterial de 6 mx., constatándose **fractura** de:

**fémur** (en la osteotomía)

**pelvis** (techo de cotilo)

**puño**

**7 costillas izquierdas.**

Tiene además un **hemotórax izquierdo** y se queja de dolor en hipocondrio derecho con irradiaciones a ese lado del abdomen. Se le hace sangre y Levofed consiguiendo mejorar la presión. Se recupera lentamente. El derrame pleural no es muy grande, el dolor abdominal disminuye, evacúa el intestino, comienza a alimentarse.

Mantiene la presión pero el día 29 hace una hipotensión que se recupera con una transfusión de sangre. El día 31/XII/61 tenía un hematocrito bajo que sumado a sus hipotensiones anteriores y el tinte azulado de una pequeña hernia umbilical, permiten hacer el diagnóstico de ruptura de bazo.

**Primera operación** 1-1-62. — Anestesia gral. Dr. R. Praderi, Pte. Interno.

**Paramediana transrectal izquierda. Hemoperitoneo** importante, más de dos litros colectado en la pelvis y logia esplénica. **El bazo está hecho pedazos**, se practica esplenectomía, evacuación de coágulos de la cavidad y ligadura de arteria esplénica en la retrocavidad.

Al explorar el resto del vientre se encuentra un plastrón subhepático por lo cual se practica una transversa de Hipocondrio derecho.

Se trataba de una **colecistitis aguda supurada**, con necrosis parietal, alitiásica. Se hace colecistostomía sobre sonda Pezzer. Existe un **Quiste Hidático calcificado** de hígado por fuera de la vesícula. La bilis vesicular tenía fermentos pancreáticos 2.000 Unidades W.

**Post-operatorio** accidentado con **hipotensión** que obliga a colocar nuevamente Levofed, **anuria de 24 horas**, **ictericia**, que ceden paulatinamente.

(\*) Trabajo presentado en la  $\frac{1}{2}$  hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 3 de abril de 1963.

Se inmovilizan los focos de fractura con un yeso de antebrazo y un Tillaux en el miembro inferior izquierdo.

**Supuran y se abren las dos incisiones abdominales** y también su antiguo foco operatorio de cadera izquierda. Se contienen con compresas y vendajes, mejora el estado general. Elimina junto con la sonda Pezzer el saco mucoso vesicular. A través de la incisión transversa dehiscente le abrimos y evacuamos el quiste hidático de hígado (19-2-62). Mejora la supuración de las heridas.

**Segunda operación 14-3-62.** — Anestesia local. Dr. Cáceres.

Injerto de piel libre sobre el epiplón en la incisión de hipocondrio izquierdo transformando la dehiscencia en una eventración. Queda una fístula biliar en su antigua colecistostomía.

El 7-4-62 vuelve al Instituto de Traumatología donde se inicia la movilización, vuelve a caminar una vez consolidadas sus fracturas.

Reingresa a la Clínica Quirúrgica en el mes de junio con expectoración hemoptoica. Estudiado clínica y radiológicamente (tomografías y broncografías) por la Dra. Muras se comprueba la existencia de una fístula bronco-pleural y cavidad empiemática postero-inferior izquierda.

**Tercera operación.** — Anestesia local. Dr. R. Praderi.

Toracotomía mínima posterior con resección de un fragmento de 9a. costilla. Se evacúa abundante cantidad de pus sanguinolento que cultiva esta-filococo dorado primero y después piocianico. Mejora rápidamente, se hacen lavados pleurales y la fístula bronquial cierra, definitivamente, persiste la fístula biliar.

**Cuarta operación 10-X-62.** — Anestesia gral. Dr. R. Praderi, Dr. Fregeiro.

Se reabre la incisión de hipocondrio derecho, vesícula alargada permeable. Colédoco fino, sin obstáculos, colangiografía intraoperatoria normal, se hace colecistectomía.

En el post-operatorio **hemiplejía derecha con afasia** de pocas horas de duración. Se recupera progresivamente, poco después hace una **orquiepididimitis** aguda con gran tumefacción que mejora con antibióticos. Finalmente es dado de alta en buenas condiciones.

Se saca más tarde el tubo de drenaje pleural. El pulmón se expandió totalmente y queda solo una pequeña cáscara en el fondo de saco posterior. Después del alta ha aumentado 12 kilos de peso y Uds. lo pueden ver aquí. Le han quedado como secuelas la rigidez de la cadera y su eventración de paramediana.

## COMENTARIO

Creímos de interés traer aquí esta observación por la curiosa asociación lesional y feliz evolución.

Un paciente portador de un cuadro agudo de vientre puede sufrir un traumatismo que complique la situación y haga el diagnóstico difícil o imposible. En este caso creemos que existía una colecistitis aguda por reflujo pancreático cuando el enfermo se accidentó.

Hemos operado otros dos pacientes en situaciones similares. Un joven internado en Traumatología con fracturas de ala ilíaca derecha y de pierna que databan de tres días y estaba en tracción. Tenía una apendicitis aguda que por su etapa evolutiva era por lo menos contemporánea al accidente.

El año pasado un paciente era traído a Montevideo en una ambulancia para ser operado por una ictericia obstructiva. El vehículo chocó produciéndole una ruptura de hígado y de ampolla rectal, fue operado de urgencia por el Dr. Parodi que derivó el colon y trató las lesiones hepática y rectal. Posteriormente intervinimos tratando sucesivamente un absceso subfrénico, su litiasis coledociana y cerrando la colostomía. Pese a una evolución accidentada se recuperó finalmente sin secuelas.

**Dr. Rafael García Capurro:** Hablo en nombre del Dr. Ugon, del Dr. Miqueo y mío. Felicitamos al cirujano, pero también felicitamos y creemos que un poco más, al enfermo. Porque es un caso de resistencia record.

**Dr. Domingo Prat:** Creo que en este caso el Dr. Praderi se ha quedado corto, porque la lesión de la vesícula parece más importante que lo que se consideró, es decir no era una simple colecistitis supurada sino una colecistitis disecante o exfoliatriz por lo que él dice, que al sacar la sonda se vino con la mucosa, la submucosa mortificadas o gangrenadas, lo que quiere decir que había una complicación seria, severa, de estas paredes, y que era ya una complicación posiblemente de origen pancreático, como se ha admitido, que muchas veces el jugo pancreático, que se ha deslizado por la vía biliar, llega a la vesícula y mortifica todos esos elementos y se explica así que haya tenido una evolución de esa clase. Pero me parece que fue una lástima no haber estudiado histológicamente, la parte esa de las paredes eliminadas, que posiblemente se trataba de esas lesiones bien estudiadas ya en la patología biliar, producidas por el líquido pancreático que invade la vesícula. Nada más.

**El Dr. Raúl Praderi:** Lo que nos preguntamos muchas veces es si este enfermo hizo la colecistitis a consecuencia de su traumatismo o si la tenía antes. Finalmente, después de haberle dado muchas vueltas al asunto, he llegado a la conclusión, que tenía la colecistitis aguda bajo el yeso, cuando sufrió su traumatismo. El enfermo cuando ingresó al Clínicas, al poco rato del accidente, tenía dolor intenso en el hipocondrio derecho, y una discreta reacción peritoneal en el hipocondrio derecho. Es difícil que una colecistitis hubiera evolucionado, incluso siendo por reflujo, en tan poco tiempo. Es uno de los raros casos de colecistitis aguda alitiásica, que certifica el diagnóstico de reflujo pancreático por el estudio de la amilasa en el contenido, e incluso el hecho, de que haya eliminado el saco fibromucoso con la sonda Petzer, nos habla de que posiblemente se tratara de una colecistitis disecante y exfoliativa, por ser ésta la patogenia en que ha insistido sobre todo el Prof. Del Campo. Desgraciadamente no estudiamos histológicamente el saco que salió con la sonda, y el estudio histológico de la biopsia de vesícula que hicimos con la colecistostomía, hecha por el Dr. Casinelli, habla de una colecistitis gangrenosa por necrosis de todos los planos. Era una vesícula que estaba a punto de perforarse.