

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F" — Servicio del Prof. Héctor Ardao

## HERIDA DE BALA DE ABDOMEN A PENETRACION LUMBAR DERECHA, HERIDA RETROPERITONEAL DE DUODENO Y LESIONES MULTIVISCERALES (\*)

Dres. Boris Asiner y Victoriano Rodríguez De Vecchi

Presentamos un herido de abdomen de bala, a penetración lumbar derecha, que ingresó en una de nuestras guardias, y cuya táctica quirúrgica y solución, queremos poner a consideración de los consocios.

23 años. Herido hace aproximadamente 1 hora por revólver calibre 38, con orificio de entrada en región lumbar derecha, palpándose en epigastrio (subcutánea,) la bala. Presenta cuadro de shock, anemia y síndrome peritoneal. Intenso dolor. Sed. Piel y mucosas pálidas. Existe disminución de la movilidad respiratoria abdominal y contractura. Neumoperitoneo clínico. Última ingesta de alimentos, hace más de 3 horas. Se instala tratamiento antishock, transfusión, etc. y se coloca sonda nasogástrica, aspirándose escasos centímetros de líquido sanguinolento. Es intervenido una vez preparado, bajo anestesia general, con intubación:

**Incisión:** transversa supraumbilical, con sección del recto derecho y parcial del izquierdo, y disociación de los músculos anchos derechos (Gurd).

**Exploración:** Neumoperitoneo. Hemoperitoneo de grado leve. Herida transfixiante de lóbulo derecho de hígado que gotea escasamente: hemostasis (compresión con compresa caliente). Toilette peritoneal. Herida en zona antropilórica gástrica sobre curvatura mayor y menor, ubicada en la primera, algo posterior, a unos 2 cms. del píloro. Cierre en dos planos de cada una; gastergut total y seroseroso con lino. Orificio en cara anterior de duodeno. 2ª porción, subpilórico. Cierre en igual forma. Existe hematoma e infiltración heinática yuxtaduodenal en 2ª porción. Se completa exploración realizando descenso del ángulo colónico derecho y decolamiento duodenopancreático. Colon indemne. Existe una herida desgarrante de cara posterior de duodeno en 2ª porción, que deja libre algo más de 1 cm. del borde duodeno pancreático. Cierre de la herida en dos planos. Exploración del trayecto retroperitoneal, comprobando que la bala ha pasado rasando el borde inferior del pedículo renal y riñón derecho. Ha atravesado, por lo tanto, el retroperitoneo y luego una herida posterior y anterior del duodeno y póstero inferior y ánterosuperior del antro pilórico gástrico, y luego una transfixión hepática, alojándose en el subcutáneo del epigastrio, sin orificio de salida. La exploración del resto de la cavidad supra e inframesocolónica, así como las asas delgadas, s/p.

(\*) Trabajo presentado en la ½ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 12 de junio de 1963.

Se deja dren cigarette en el subperitoneo, cercano a la zona lesional que se exterioriza en el flanco. La herida hepática no sangra.

Cierre de la pared por planos, lino y catgut. Hilo en piel. Operación bien tolerada. Pulsó de 100 y presión 13-8. Se instaló en el post operatorio inmediato, succión nasogástrica, reposición hidrosalina controlada, antibioterapia, suero y vacuna antitetánica.

Evolución inmediata buena, aunque el enfermo en los primeros días tuvo retención gástrica, que luego cedió; recuperó el tránsito intestinal, y el estudio por ingestión de barita, de contralor, mostró pasaje duodeno pilórico, aunque enlentecido. Por el drenaje, en los primeros días, dio escasos centímetros, pero al retirarlo en el día inmediato posterior (6º y 7º) mojó la curacion, pero posteriormente y rápidamente evolucionó sin incidencias. Salió del Hospital el 12º día.

### COMENTARIO

La orientación quirúrgica seguida en este caso, creemos que es de interés por los problemas planteados en la exploración quirúrgica, y el hecho especial de agregar a la casuística nacional, iniciada en el trabajo del Dr. Musso y uno de nosotros (B. A.), de herida retroperitoneal de duodeno. No sólo por el hecho de la dificultad en el diagnóstico clínico de las lesiones retroperitoneales de este órgano, sino que también a la posibilidad de desconocerla en el acto operatorio. Basta una infiltración hemática o hematobiliar retroperitoneal, para indicación de exploración de la zona retroduodenopancreática, exponiendo ampliamente la cara posterior del duodeno, y por tanto, investigando la existencia de una lesión retroperitoneal. Por lo tanto, esta conducta fue seguida en el caso del agente vulnerante a penetración lumbar, posterior, y sobre todo teniendo en cuenta que el trayecto posible reconstruido, posibilita la sospecha de lesión duodenal posterior. En este caso, además, se descartó la lesión del confluente biliopancreático, porque la herida estaba alejada de dicha zona. Por otra parte, la sutura de la lesión se hizo evitando la cercanía coledoco wirsugniana. En el post operatorio el enfermo fue tratado como un perforado gástrico. Operativamente se verificó la permeabilidad gastro duodenal que permitió el pasaje del dedo sin dificultad.