

HERIDA DE LA ARTERIA ILIACA PRIMITIVA IZQUIERDA (*)

Dr. José P. Otero

Presentamos este caso en la media hora previa porque lo consideramos de interés en cirugía de urgencia. Se trata de un paciente joven que recibe una herida del abdomen por estilete, penetrando algo por debajo del ombligo y teniendo unos 2 cm. transversalmente en la piel. Abierto el peritoneo, se encuentra sangre libre dentro de él y rápidamente se constata un hematoma grande situado sobre el trayecto de los vasos ilíacos izquierdos. El paciente no tenía un síndrome de hemorragia aguda fulminante clínicamente y nosotros no habíamos pensado en la herida de un grueso vaso. Se explica porque el hematoma a tensión había limitado la pérdida de sangre. A través de un orificio muy pequeño en el peritoneo posterior surgía, en surtidor un chorro fino de sangre.

Hicimos una incisión en el peritoneo posterior, sobre el hematoma, a lo largo de la dirección de los vasos ilíacos, e inmediatamente empezó a sangrar profusamente, intensamente, una herida de la vena ilíaca, que en el primer momento no podíamos dominar de una manera rápida. Colocamos una pinza, después otra, y por último pusimos una pinza de corazón como hacemos con mucha frecuencia cuando nos vemos en dificultades, en una situación apremiante. Entonces paró la hemorragia, y pudimos seguir sacando los coágulos que rodeaban los vasos, pero a pesar de que la pinza dominaba la hemorragia de la vena, todavía sangraba intensamente. Esa sangre que sangraba intensamente venía de la arteria ilíaca. Entonces descubrimos la arteria ilíaca primitiva, la arteria ilíaca externa, le pusimos un clamp de arteria por arriba a la ilíaca primitiva, y por abajo a la ilíaca externa. Igual seguía sangrando intensamente como si no le hubiéramos hecho ninguna hemostasis. Entonces nos dimos cuenta que la causa de la hemorragia residía en el hecho de que la arteria ilíaca interna, la hipogástrica, traía sangre abundantemente hacia el orificio que estaba situado más o menos en la confluencia del nacimiento de la ilíaca interna. En

(*) Trabajo presentado en la $\frac{1}{2}$ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 8 de mayo de 1963.

cambio, apretando el nacimiento de la íliaca interna, es decir, la otra rama de la orqueta arterial, la hemorragia paraba completamente. Yo no sabía, declaro sinceramente, que el aporte de sangre que trae la íliaca interna por anastomosis múltiples con la íliaca interna del otro lado, era tan intensa como para dar casi una hemorragia igual a la que había antes de hacer la hemostasis por arriba y por abajo. Entonces con la hemostasis hecha, dominando completamente el campo operatorio, con el campo operatorio completamente seco, pudimos ver que se trataba de un orificio de penetración antero-interna, de un tamaño menor de $\frac{1}{2}$ cm. y mayor de $\frac{1}{4}$ cm. digamos, por el cual salía un chorro de sangre del calibre de una radial como dije. Hicimos dos o tres puntos de sutura a ese nivel, y después vimos que tenía otro orificio de penetración del otro lado de la arteria, póstero-interno este último, y que haciendo rotar la arteria con los clamps pudimos también hacer la hemostasis por sutura. Terminada la hemostasis de la arteria, constatamos que la vena había sido dilacerada por las maniobras de hemostasis, habíamos abierto un poco más su herida con la tijera y por lo tanto decidimos ligar la vena por arriba y por abajo. Entonces, la hemostasis quedó hecha, terminada, definitiva. Después nos dimos cuenta que había una herida que había atravesado un ansa delgada que suturamos. Suturamos el peritoneo posterior y cerramos totalmente la herida. Y cerramos también la herida de arma blanca en la pared anterior.

El enfermo marchó perfectamente del punto de vista del pos-operatorio inmediato. Así que no tuvimos el menor incidente, el pulso de la arteria pedia y de la tibial posterior se sintió siempre perfectamente y no hubo el menor trastorno circulatorio. No tuvo ninguna complicación peritoneal y fue dado de alta a los 10 días más o menos.

Este es el caso. Lo presento porque no es común, aún para un cirujano de mucha experiencia en cirugía de urgencia, encontrarse frente a heridas reparables de los grandes vasos retroperitoneales. Recuerdo que una vez hace muchos años tuve que operar un enfermo que tenía una herida de la vena cava cuya hemorragia no pude dominar. Este es el segundo caso de heridas de gruesos vasos retroperitoneales que yo tengo y que en este caso pude manejar perfectamente, suturar la herida conservando la luz vascular en forma perfecta, cosa fácil por el hecho de que se trataba de una herida pequeña, regular, pero que sin embargo daba lugar a una hemorragia intensa con todas estas pequeñas peripecias que acabo de mencionar.

Deseo agregar que para exponer el retroperitoneo en forma clara y accesible me fue muy útil exteriorizar todo el delgado hacia arriba y a la derecha, envolviéndolo en compresas y el sigmoide hacia abajo, evocando lo que realiza el Prof. del Campo cuando hace el vaciamiento ganglionar pre-cavo-aórtico.

Dr. Héctor Ardao: La Mesa agradece al Dr. Otero por la observación hecha y si quiere hacer algún comentario...

Dr. Alberto Valls: Tengo que felicitar al Dr. Otero por la actitud tomada frente a este enfermo de haberse decidido a hacer la sutura de la arteria iliaca. Ya pasó la época de las ligaduras para dominar las hemorragias de los grandes vasos, y aún con pérdida de sustancia grande debe intentar hacerse de urgencia la restitución de la luz del vaso arterial. Nosotros, dos veces o tres tuvimos que intervenir de urgencia enfermos con heridas arteriales. En uno era una puñalada en la arteria femoral, que había hecho una herida longitudinal de unos 4 o 5 cms., que le hicimos la sutura. Y para hacer la sutura, previamente hicimos taponamiento de la herida, la descubierta previa por arriba de los vasos ilíacos, haciendo la compresión provisoria con una sonda de Nelaton, y por debajo descubrimos la arteria femoral superficial y la femoral profunda, y las comprimimos, y después de haber hecho la hemostasis provisoria, nos dirigimos hacia la zona sangrante, que en ese momento ya estaba cohibida por ese motivo, y pudimos realizar perfectamente la sutura. En otra ocasión tuvimos un enfermo en la guardia que recibió un balazo a nivel de la arteria femoral, de la femoral superficial, que tuvo una pérdida de unos 3 cm. de arteria, con una hemorragia muy grande, tan grande que hubo que restituirle la sangre y aún darle sangre que no estaba clasificada, no se le había hecho el Wasserman. Eso es muy interesante para la evolución post-operatoria. A ese enfermo le hicimos, en colaboración con el Dr. Ormaechea la restitución de la luz arterial, con un injerto de vena safena interna. Ese enfermo tuvo la desgracia de hacer una sífilis transfusional por esa sangre que tuvo que ser dada de suma urgencia. Entonces ello dio motivo a que lo pudiéramos seguir durante largo tiempo al enfermo por su tratamiento antibiótico, y comprobar que conservaba sus pulsos. Bueno, yo lo felicito de nuevo al Dr. Otero por la observación.

Dr. José Pedro Otero: En primer lugar agradezco al Dr. Valls por la presentación de los casos tan interesantes que él tiene, que yo los conozco por otra parte por haberlos comentado juntos anteriormente, y estoy completamente de acuerdo con lo que él dice.

El comentario que quería agregar es el siguiente: Que a pesar de que era una herida parcial de la arteria, y que no era una hemorragia fulminante era sin embargo una hemorragia suficientemente dramática como para que yo, en determinado momento, pensara que el enfermo se podía morir en la mesa de operaciones. No había previsto en el primer momento de darle sangre, porque no tenía un cuadro de anemia aguda.

El herido no estaba por lo tanto con la sangre colocada, de lo cual deduzco, aunque es una cosa sabida por todo el mundo pero que a veces uno descuida en parte, que no se debe empezar a operar una herida aguda de vientre penetrante, sin tener una transfusión puesta, instalada.