

Ruptura de bazo por traumatismo no penetrante toracoabdominal producida por arma de caza * **

Dr. LUIS ALBERTO CAZABAN PEROSSIO

Si bien la lesión del bazo es frecuente en los traumatismos abdominales, debemos señalar algunos aspectos terapéuticos, patogénicos y evolutivos que plantea la observación clínica que hemos traído a la Sociedad de Cirugía.

OBSERVACIÓN CLÍNICA Nº 22.601.— D. S. de L. Enferma de 33 años, que ingresa al Servicio de Urgencia del Hospital Pasteur el día 3 de octubre de 1964. Una hora antes de su ingreso sufre una herida de arma de fuego (escopeta), efectuada a una distancia de 10 cm., con una trayectoria de afuera hacia adentro y de abajo hacia arriba. No experimenta ninguna sintomatología inmediata y únicamente presenta dolor a nivel de la herida.

Al *examen físico* se observa que la enferma está dolorida, pálida, sin signos de shock. Pulso de 100 por minuto, tenso; presión 11-7.

En el décimo espacio intercostal izquierdo, sobre la línea axilar posterior, presenta una herida desgarrante, contusa, de unos 6 cm. de diámetro, de bordes equimóticos, cuyo fondo está formado por restos musculares necrosados.

Desde la región de la herida se extiende una amplia zona cutánea equimótica hacia la derecha, pasando por detrás de las apófisis espinosas, palpándose un proyectil a la derecha de la línea media en la logia muscular espinal.

Del punto de vista respiratorio y cardiovascular, el examen clínico es normal.

En el abdomen existe un dolor discreto, a predominio en el hemiabdomen izquierdo, no existiendo signos de contractura, así como tampoco dolor en el Douglas.

En el *estudio radiológico*, efectuado de urgencia, se observa una movilidad diafragmática normal. No hay signos radiológicos de neumotórax ni de hemotórax. Se observan imágenes múltiples de proyectiles (chumbos) que se hallan situadas en los planos parietales musculares toracoabdominales (fig. 1).

Resumiendo, tenemos una enferma que presenta una herida toracoabdominal contusa, grave, con destrucción amplia y extensa muscular

y celular asociada a una posible lesión visceral abdominal. Frente a ella se decide realizar la intervención quirúrgica.

Operación (Dres. Cazabán y Bonilla; practicante Calvelo. Anestesia general, practicante Vázquez): Colocada la enferma de decúbito lateral derecho, se efectúa una incisión transversa en el hipocondrio izquierdo. Abierto el peritoneo se comprueba hemoperitoneo con ruptura del bazo en su cara anterosuperior, por lo cual se realiza la esplenectomía. No se observan soluciones de continuidad de las estructuras peritoneales diafragmáticas y abdominales. Cierre por planos.

En segundo término se realiza la limpieza quirúrgica de la herida, así como la exéresis de todos los tejidos necrosados, celulares y musculares, con extracción de proyectil y de gran cantidad de chumbos. Se deja todo ampliamente abierto.

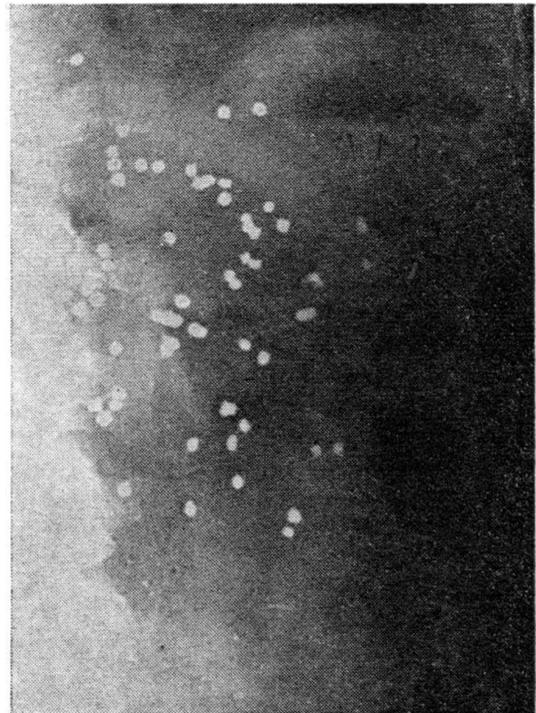


FIG. 1.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Walter Suiffet.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de junio de 1965.



FIG. 2.



FIG. 3.

La evolución postoperatoria de la enferma es satisfactoria, pero al sexto día (postoperatorio) inicia una curva febril, llegando a 40 grados rectal el día 10 de octubre, con dolor a nivel de la región toracoabdominal irradiado al hombro. Frente a ello se plantea la posibilidad de un absceso subfrénico postesplenectomía.

Se realiza el estudio radiológico correspondiente, simple y contrastado gastroduodenal, observándose una imagen hidroaérea subfrénica izquierda que permite confirmar el diagnóstico de absceso subfrénico (fig. 2).

Se decide, entonces, reintervenir, el 28 de octubre, es decir, 24 días después de la primera intervención, no comprobándose en la laparotomía exploradora efectuada ninguna anomalía en el sector subfrénico izquierdo, el cual está ocupado por epiplón mayor, fundamentalmente en el ángulo cólico izquierdo.

La evolución postoperatoria de la enferma fue normal, siendo dada de alta al mes de su ingreso.

DISCUSION

Esta comunicacion plantea múltiples puntos de interés. Un primer problema es el referente a la conducta terapéutica de urgencia. Si bien el tratamiento de la herida contusa torácica, no ofrece dudas acerca de su sanción quirúrgica, la realización

de una laparotomía exploradora ofrecía reparos, dada la ausencia de penetración del proyectil en la cavidad peritoneal y la falta de elementos clínicos que hicieran sospechar una lesión visceral. A pesar de ello, la imposibilidad de descartar la penetración de algún proyectil, la existencia de una fractura costal (10ª costilla) en la zona de impacto del proyectil, determinó la necesidad de realizar la laparotomía.

Un segundo problema a discutir es el referente al mecanismo de producción de la ruptura del bazo. La ausencia de penetración de los proyectiles en la cavidad peritoneal (comprobación operatoria), la falta de imágenes radioopacas en la radiografía del bazo una vez estirpado, revela la necesidad de admitir un mecanismo de contragolpe en la producción de la lesión esplénica; es decir, un mecanismo de lesión poco frecuente, mecanismo lesional por contusión producida por herida de arma de caza, no penetrante en la cavidad abdominal.

El tercer problema importante es el evolutivo. Debe admitirse el error cometido en el diagnóstico de absceso subfrénico izquierdo, basado en elementos clínicos

(fiebre prolongada postoperatoria, dolor frénico) y por la radiografía. La falta de un estudio radiológico completo, y fundamentalmente la no realización del estudio del colon por enema baritado, impidió efectuar el diagnóstico exacto de nuestra paciente (fig. 3).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1) Observación clínica que muestra un mecanismo poco frecuente de producción de lesión visceral por contusión, producida por herida de arma de fuego no penetrante.

2) Destacar una vez más la necesidad de efectuar la laparotomía exploradora en caso de duda en cuanto a lesiones viscerales, aunque el mecanismo lesional pueda no aparecer claro.

3) La obligatoriedad de un estudio radiológico completo (gástrico y de colon) para afirmar el diagnóstico de absceso subfrénico izquierdo, después de la esplenectomía.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1) Il s'agit d'une observation clinique qui montre un mécanisme peu fréquent

de production de lésion viscérale, par contusion, produite par une blessure d'arme à feu non pénétrante.

2) On détache une fois de plus la nécessité d'effectuer, en cas de doute (quant aux lésions viscérales) la laparotomie exploratrice même si le mécanisme lésionnel puisse ne pas apparaître très clairement.

3) On a l'obligation de faire une étude radiologique complète (gastrique et du côlon) pour affirmer le diagnostic d'abcès sous-phrénique gauche après l'esplénectomie.

SUMMARY AND CONCLUSION

1) A case of a visceral lesion from contusion as a result of a non-penetrating gunshot wound, of an infrequent production mechanism, is reported upon.

2) Emphasis is laid on the need for exploratory laparotomy when there is doubt as to the visceral lesions, even though, the lesional mechanism may not appear clear-cut.

3) A complete X-ray study (stomach and colon) is mandatory in order to establish the diagnosis of left subphrenic abscess, following laparotomy.