

Evisceración traumática *

*Dra. ELIDA MURGUIA DE ROSO ***

Dentro de la patología traumática del abdomen en el niño, las heridas de cualquier tipo son poco frecuentes. En general debidas a accidentes con armas de fuego, arma blanca y más raramente del tipo de empalamiento.

La observación que hoy presentamos es debida a un tipo excepcional de accidente. Su evolución rápida y favorable, es tan solo un exponente más de los enormes beneficios logrados en la era de los antibióticos.

Mientras en la cirugía de urgencia del adulto, las heridas del abdomen son muy frecuentes, variadas y complejas, lo cual permite a los cirujanos una amplia experiencia, por el contrario los cirujanos de niños nos vemos sólo en contadas ocasiones frente a este tipo de pacientes.

Los traumatismos cerrados, tan frecuentes en el niño, plantean a menudo arduos problemas al cirujano de niños pero por su mayor frecuencia no se les da muchas veces su real importancia, ni motivan comunicaciones como la presente. Con estas palabras deseamos justificar esta presentación que quizás a los cirujanos de adultos no les parezca de la misma entidad que a nosotros.

De modo que la escasa casuística de este tipo de heridas en el niño es lo que nos ha hecho interesante esta observación.

El herido de cualquier región tiene la ventaja para el cirujano, la premisa de que debe ser siempre explorada; sin embargo, diversos factores hacen que a veces ciertas heridas pasen desapercibidas en la exploración quirúrgica y luego por complicaciones debidas a su evolución posterior sean encontradas en una reintervención posterior y a veces en la necropsia. Organos profundos o regiones accesibles sólo con una exploración específicamente diri-

gida a ellas, gravitan en ese porcentaje de lesiones viscerales desconocidas durante la exploración. El duodeno, páncreas, la cara posterior del estómago, el recto, o el sistema vascular retroperitoneal (aorta, cava inferior, ilíacas, etc.), cuyas lesiones no fueron tratadas correcta y oportunamente, son la causa de la mala evolución de muchos pacientes.

Además del tratamiento de la lesión en sí, otros errores de táctica quirúrgica pueden complicar la evolución del herido. En este niño se nos planteó, por ejemplo, la conducta a seguir con la retrocavidad de los epiplones, donde abundante contenido gástrico se había derramado.

Nos pareció que el drenaje de la misma, dejando una brecha que podía dar lugar a una hernia interna, era peligroso. El no drenarla también tenía sus riesgos; finalmente optamos por afrontar los bordes del epiplón gastrocólico y unirlos con puntos separados de catgut, de tal modo que si colectaba una supuración pudiera hacerse la dehiscencia de los mismos y de lo contrario la retrocavidad quedara bien cerrada. Hicimos pasar el tubo de drenaje de la logia subfrénica en la vecindad de la gran curva gástrica. Hicimos un minucioso lavado de la región y se dejó antibióticos.

Afortunadamente no existió supuración, en cuyo caso, además, en el postoperatorio se pudo haber sospechado y, de requerirlo, drenada en una reintervención.

Lo importante es —lo recalcamos— conocer la existencia de una lesión para prever su evolución y complicaciones posibles, a fin de sospecharlas en el postoperatorio en tiempo aún oportuno, reinterviniendo si fuera necesario.

Además, otras medidas paraquirúrgicas son de gran importancia. Dieta absoluta, sonda gástrica, sueros antitetánico y anti-gangrenoso, y especialmente el uso de antibióticos por vía intravenosa.

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 6 de julio de 1966.

** Cirujano de Guardia del Hospital Pereira Rossell. Larrañaga 2916, Montevideo.

L. E. R., 11 años; 13-II-1966. Ingresa a la hora 18 al Servicio de Urgencia del Hospital Pereira Rossel. Aproximadamente una hora antes sufrió el siguiente accidente: yendo en bicicleta se le trabó un pie en el pedal de la misma. Para no caerse se apoyó sobre una camioneta que estaba estacionada, pero el pestillo de una puerta estaba en malas condiciones, abierto hacia afuera (VW) y se lo incrustó en la región del hipocondrio izquierdo. Cuando pudo zafarse, notó que a través de un desgarramiento de la pared abdominal salían vísceras intestinales y las redujo con su mano. La evisceración se reprodujo casi en seguida, no siéndole ya posible reintegrarlas, siendo trasladado al hospital.

Examen. Niño shockado, se queja intensamente. Al descubrir el abdomen se comprueba la evisceración del intestino grueso, en este momento no hay salida de contenido intestinal, pero en el momento del ingreso el practicante de guardia comprobó la salida de un líquido oscuro, maloliente. No hay hemorragia. Se prepara para intervenir.

Operación (Dra. Murguía de Roso, Ptes. Giorgi y Sarroca). Anestesia general, intubado (Pte. Luna). Sangre I.O. 500 c.c. Se ve una herida sobre la parrilla costal, donde están desinsertados los músculos anchos. A través de la brecha, que es de unos 10 cm. paralela al reborde costal, sale el epiplón y el colon transversado en unos 20 cm.; se hace un cuidadoso lavado con suero fisiológico, y se revisa minuciosamente no comprobándose ninguna herida.

Como existía la certeza de que había salido un líquido fétido, se amplía la herida con sección del músculo recto anterior.

Se reintegra el colon y se explora el estómago. En este momento comienza a salir gran cantidad de líquido espeso, oscuro, fétido, que se aspira.

Se comprueba que en la cara anterior del estómago hay una herida desgarrante de unos 2 cm. por donde sale el líquido mencionado; éste, que es muy abundante, ocupa también la logia subfrénica izquierda, de donde sale abundante contenido gástrico.

Herida de la cara posterior del estómago con los mismos caracteres, aunque más pequeña, que la de la cara anterior. Hay contenido estomacal en la retrocavidad de los epiplones.

Herida del mesocolon transversado, que lo atraviesa en ambas caras, aunque sin lesionar ningún vaso importante.

El resto del inventario permite comprobar la integridad del bazo, del hígado, y del resto de las vísceras abdominales.

Una vez hecha la toilette de las zonas contaminadas con abundante lavado con suero fisiológico y aspiración, se procede a la reparación de las lesiones. El desgarramiento de la cara posterior del estómago se cierra con doble jareta invaginante de catgut cromado 00.

En la cara anterior se hace una sutura en dos planos (total con catgut cromado y seroso con hilo de lion, puntos separados).

Se cierra la brecha del mesocolon.

Cierre de la retrocavidad de los epiplones, sin drenaje.

Drenaje de la logia subfrénica con tubo que se saca por contraabertura en el flanco izquierdo, por debajo de la incisión.

Drenaje suprapúbico del Douglas. Se deja penicilina y estreptomycin en la cavidad abdominal.

Cierre de la pared por planos, procediéndose a la reinserción de los músculos anchos. Drenaje del tejido celular subcutáneo con goma de guante.

Como medicación complementaria se hizo suero antitetánico y antigangrenoso. Vacuna antitetánica.

Al despertar se colocó sonda gástrica durante cuatro días.

Se mantiene la venoclisis permanente con suero glucofisiológico con terramicina.

Al segundo día se comenzó con prostigmine y bepanthene I.M. alternando cada 12 horas.

Dieta absoluta durante 24 horas y luego gelal por cucharaditas, y agua.

Al tercer día de operado movilizó el intestino con un supositorio de Dulcolax.

Al cuarto día se retiró la venoclisis, la sonda gástrica y los drenajes, y pasó a asistirse al sanatorio N° 2 del C.A.S.M.U.

En la evolución posterior no hubieron incidentes.

La herida supuró en poca cantidad y solamente en la parte anterior, el resto cicatrizó en perfectas condiciones.

Alta en buenas condiciones a los diez días del accidente.

CONCLUSIONES

Se presenta el caso de un niño de 11 años, que al incrustarse un pestillo de camioneta VW en el hipocondrio izquierdo, se produce una herida penetrante de abdomen, por la cual salen unos 20 cm. de colon transversado, epiplón y líquido maloliente. La exploración muestra una herida de la cara anterior y otra de la cara posterior del estómago, y una brecha en el mesocolon. Gran cantidad de contenido gástrico ocupa el hipocondrio izquierdo y la retrocavidad de los epiplones. Se suturan las lesiones. Se lava y aspira las zonas contaminadas. Se drena la logia subfrénica izquierda sacándose por contraabertura. Drenaje suprapúbico del Douglas. Sueros antitetánico y antigangrenoso, venoclisis con antibióticos durante cuatro días. Excelente evolución.