

Herida de vena mesentérica superior y de páncreas por arma blanca

Dres. URUGUAY LARRE BORGES, DANIEL CASSINELLI
y GUILLERMO MESA FIGUERAS *

INTRODUCCION

En las heridas penetrantes de abdomen, la posibilidad de lesión de los grandes vasos obliga al cirujano a estar preparado para reconocer su existencia, con el fin de adecuar las medidas terapéuticas correspondientes.

Tomados en general los traumatismos de abdomen (abiertos y cerrados) muestran actualmente mejores resultados, en lo que se refiere a morbilidad, que hace 10 años.

Ello estaría vinculado a:

- 1) Más correcto y rápido balance lesional.
- 2) Medidas de reposición completas (transfusiones, etc.).
- 3) Manejo anestésico menos agresivo.
- 4) Mayor experiencia en el tratamiento de las heridas pancreáticas y vasculares.
- 5) Cuidados postoperatorios.

En la primera guerra mundial la mortalidad era del 52 %. En la segunda guerra mundial, 23 %. En la guerra de Corea, 7 %. En la práctica civil varía entre el 3 y 5 %.

En nuestro medio, los casos publicados se refieren a heridas de grandes vasos por arrancamiento de colaterales (Larghero, Rubio, Camaño).

Este último (2), relata el caso de un paciente que por accidente de tránsito, presentaba una herida de vena cava inferior y doble herida de vena mesentérica su-

perior por desinserción de dos colaterales, que tratado con sutura de las brechas sobrevivió.

El porcentaje de lesiones vasculares en las heridas penetrantes de abdomen, varía en las distintas estadísticas.

Netterville, en 155 casos reporta 6 heridas de grandes vasos (2 de vena cava, 2 de aorta, 2 de vasos ilíacos) y 7 heridas de páncreas.

No hemos encontrado descrita, en la literatura nacional y extranjera, la herida del tronco de la vena mesentérica superior, directamente.

Por razones anatómicas, en caso de ser interesado el tronco venoso mesentérico superior, la lesión pancreática es obligatoria.

La mortalidad está dada por la herida vascular y la morbilidad por la injuria visceral.

El resultado final dependerá del tratamiento y evolución de ambas lesiones.

HISTORIA CLINICA

L. A. M., 18 años. Nº 280.986 del Hospital de Clínicas. Ingresó media hora después de recibir una herida por estilete en parte izquierda de epigastrio. Al examen: lúcido, polipneico, sudoroso. P.A.: 9-6. Pulso chico, incontable. Abdomen: herida de 1 cm. en parte izquierda de epigastrio. Vientre libre. Pleuro-pulmonar: la base pulmonar izquierda respira bien, con murmullo alveolovesicular conservado.

Se hace descubierta en miembro superior y se administra un volumen de sangre y un litro de suero glucofisiológico i/v. Se opera de inmediato.

Operación. Anestesia general. Incisión paramediana transrectal izquierda. Gran hemoperitoneo. Hematoma retroperitoneal. Mesenterio y mesocolon transversos infiltrados con grueso hematoma. Herida del borde izquierdo del hígado. Herida de pequeño epiplón y herida de páncreas, con sección parcial, de donde sangra profusamente.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "2" (Prof. R. Rubio), Facultad de Medicina. Presentado a la Sociedad de Angiología del Uruguay el 6 de junio de 1969.
* Docente Adscripto en Cirugía. Adjunto de Clínica Quirúrgica. Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

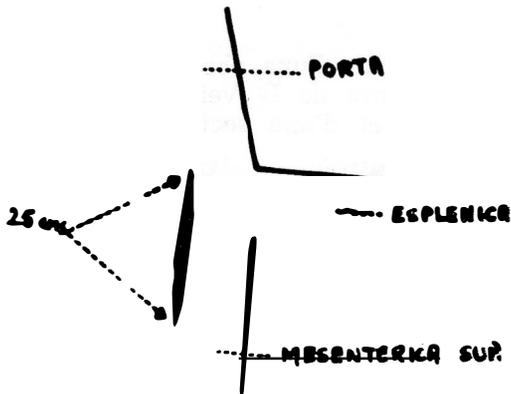


FIG. 1.— Topografía de la herida venosa.

Se hace hemostasis digital, identificándose una herida longitudinal de cara anterior de vena mesentérica superior, de 2,5 cm. de longitud.

Se colocan clamps vasculares. Primero con clampeo total de las venas mesentérica superior, esplénica y porta, realizándose una exploración endovenosa de la pared posterior. Al no comprobarse lesión, se realiza un clampeo lateral con clamps de Satinsky, para mantener el flujo venoso. Se sutura la herida venosa con se-

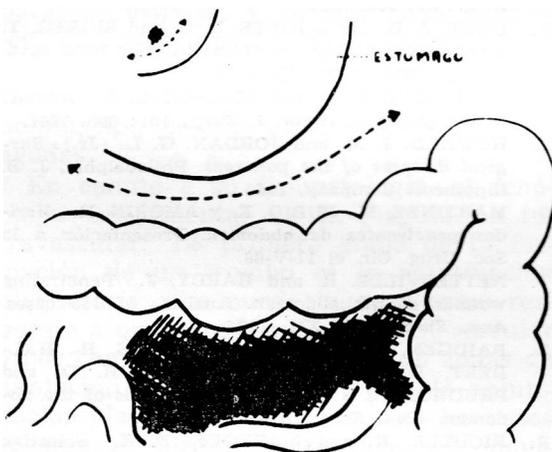


FIG. 2.— Esquematación del abordaje de las heridas venosa y visceral.

da 0000. Tiempo total de clampeo, 25 minutos. Las condiciones vitales del intestino delgado fueron siempre buenas. Sutura del borde de sección del páncreas, previa ligadura de un conducto pancreático con lino. Control de hemostasis. Sutura de la herida del hígado. Doble drenaje: cigarrillo con tubo y tubo simple en lecho del páncreas. Cierre parietal por planos.

Postoperatorio. Antibióticos, vagolíticos. Trasylol. Al 5º día moja la curación con jugo pancreático; se analiza y tiene 4.000 U. Wolgemuth de Amilasa. Se establece aspiración continua, oscilando lo obtenido entre 150 y 350 c.c. por día, con hasta 8.000 U.W. Las U.W. en sangre y orina eran normales. Al 5º día se comienza a aplicar Trasylol en forma de instilación local por el tubo. De inmediato bajan las U.W. en el líquido de drenaje, a niveles normales. Se mantuvieron siempre normales en sangre y orina. En forma precoz se retiraron los tubos de drenaje. Se formó un pseudoquistes, que fue tratado luego con quistogastrotomía, curando definitivamente.

COMENTARIO

La conducta quirúrgica inmediata en este caso era indiscutible, porque: el enfermo ingresó en shock; se repuso (sangre, sueros, analépticos), mejorando pero manteniendo condiciones circulatorias inestables, pese a ser un atleta joven. Ello era índice de lesión visceral importante, indicando la intervención. En ella, la infiltración hemorrágica del mesocolon transversal y de la raíz del mesenterio, junto con el trayecto lesional (herida del pequeño epipión), llevó al abordaje de la retrocavidad, que se realizó por sección del ligamento gastrocólico, como se esquematiza en la figura 2.

La urgencia de esta maniobra puede ser tal, que hay autores que preconizan la sección total del estómago, bajo clamps.

La visualización de la fuente de la hemorragia a nivel del cuerpo del páncreas, precedida por hemostasis temporal digital, que luego fue sustituida por clamps vasculares, permiten realizar un correcto balance lesional.

Dentro de las lesiones asociadas, pancreática y de vena mesentérica, la prioridad de la herida venosa es indiscutible.

Como enfatizan Paidgen y col., la pared posterior de la vena debe ser examinada; en caso de no ser posible dar vuelta el vaso, se puede agrandar la herida anterior y a través de ella se sutura la pared posterior.

Todo ello bajo clampeo total temporario, que debe ser siempre preferido en estas circunstancias, al clampeo lateral, reservando éste para el momento de la sutura. Con ello, en caso de que ésta se prolongue, se previenen los fenómenos de congestión venosa en el intestino delgado.

Por lo demás, la inevitable necrosis del delgado en caso de que se ligue el tronco venoso mesentérico superior, es el más poderoso argumento para que se sea conservador y cuidadoso al máximo en el tratamiento de la vena y para que estos enfermos sean operados por cirujanos con entrenamiento en cirugía vascular.

En cuanto al tratamiento de la herida pancreática, resultó del balance de: estado general del enfermo (paciente multi-transfundido), tipo de herida (sección no total) y condiciones anatómicas locales (adherencias periesplénicas firmes y extendidas).

Ante ello se optó por el cierre simple de la brecha y el drenaje bifocal con doble tubo, dejando de lado otros procedimientos preconizados, como la pancreatocotomía distal o el drenaje interno con asa en Y de Roux o pancreatogastrostomía.

El inconveniente del procedimiento usado es su morbilidad, dada por fístulas, abscesos, pancreatitis o, como ocurrió en este enfermo, la formación de un pseudoquistes.

La preferencia del empleo de dos tubos de drenaje está basada en asegurar un correcto drenaje de la zona, posibilitando el libre corrimiento de las secreciones pancreáticas hacia el exterior. En particular, cuando se aplica aspiración continua.

En suma, ante una herida pancreática, el objetivo primario es el de mantener la vida del enfermo, lo que está guiado por las condiciones generales, en particular por la repercusión de la hemorragia.

En segundo lugar, los tubos permiten la instilación local de antifermentos (Trasylol) que lleva a una disminución de la actividad del jugo pancreático (hecho muy evidente en nuestro caso) con la consiguiente protección de la sutura.

RESUMEN

Se presenta una observación clínica de herida de vena mesentérica superior y sección parcial del páncreas.

Se estudian algunas directivas terapéuticas de urgencia en este tipo de heridas; se muestra la evolución favorable del caso.

RÉSUMÉ

Présentation d'une observation clinique d'une blessure de la veine mésentérique supérieure et d'une section partielle du pancréas.

Examen de quelques normes thérapeutiques d'application urgente pour de telles blessures; en montrant l'évolution favorable du cas.

SUMMARY

The paper gives an account of a clinical observation of a wound in the superior mesenteric vein accompanied by partial section of the pancreas.

Some urgent therapeutic guidelines for this type of wound are studied and the favourable evolution of the case is shown.

BIBLIOGRAFIA

- BARNETT, W., HARDY, J. and YELBERTON, W. Pancreatic trauma. Review of 23 cases. *Ann. Surg.*, 163: 892, 1966.
- CAMANO, M. Contusión de abdomen. Doble desgarró de vena mesentérica. Desgarro de vena cava inferior. Tratamiento. Resultado. *Rev. Cir. Urug.*, 37: 180, 1967.
- DUKE, J. H. (Jr.), JONES, R. C. and SHIRER, T. Management of injuries of the inferior vena cava. *Am. J. Surg.*, 110: 759, 1965.
- FOGELMAN, M. J. and ROBISON, L. J. Wounds of the pancreas. *Amer. J. Surg.*, 101: 698, 1961.
- HOWARD, J. M. and JORDAN, G. L. (Jr.). *Surgical diseases of the pancreas*. Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1960.
- MARTINEZ, M., RUBIO, R. y AMORIN, R. *Heridas penetrantes de abdomen*. Presentación a la Soc. Urug. Cir. el 11-V-66.
- NETTERVILLE, R. and HARDY, J. Penetrating wounds of the abdomen. Analysis of 155 cases. *Ann. Surg.*, 166: 232, 1966.
- PAIDGEN, J., HERFF, A., WATKINS, H., HALBERT, D., D'AVILA, R., CROU, CH. D. and PRUDHOMME, J. Penetrating wounds of the abdomen. *Ann. Surg.*, 165: 901, 1967.
- RICHTER, R. and MAHFOUZ, Z. H. Selective conservative management of penetrating abdominal wounds. *Ann. Surg.*, 166: 238, 1966.
- STONE, H. H., STOWERS, K. B. and SHIPPEY, S. H. Injuries to the pancreas. *Arch. Surg.*, 85: 525, 1962.
- STARZL, T. E., KAUPP, H. A. and BEHELER, E. W. Penetrating injuries of the inferior vena cava. *S. Clin. North America*, 48: 387, 1963.
- STURIM, H. Surgical management of traumatic transection of the pancreas. *Ann. Surg.*, 163: 399, 1966.