

Herida de bala abdominal compleja, con heridas de cava inferior y aorta terminal

Dres. Franklin A. Aliano, Rogelio Belloso (h)
y José Alberto Soto *

Se reporta un caso de herida de bala abdominal compleja, con lesiones multiviscerales y heridas transfixiantes de cava inferior en su origen y de aorta terminal, que fue solucionado exitosamente ligando los elementos venosos lesionados y reparando los 2 orificios aórticos por sutura. Se insiste en el enorme riesgo vital inmediato que existe cuando son afectados los grandes vasos; en la vía de reposición, elegida según la topografía de la herida y en la premura con que debe realizarse el abordaje quirúrgico.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Abdominal injuries/surgery. Wounds, Gunshot, Aorta, Abdominal. Vena cava, Inferior.

Las heridas de bala de abdomen presentan dos problemas: las lesiones viscerales y las lesiones vasculares. Estas últimas crean, cuando afectan grandes vasos, la mayor urgencia inmediata por el riesgo vital que implican.

Creemos de interés el presente caso por tratarse de una herida que afecta simultáneamente los dos vasos de mayor gasto sanguíneo, situación que en general lleva a la muerte, antes de que pueda adoptarse cualquier medida terapéutica; salvo que medien circunstancias altamente favorables, que como veremos se dieron en este paciente.

OBSERVACION

S. C., sexo masculino, edad 45 años.

Intento de autoeliminación. Herida de bala con orificio de entrada en flanco der., inmediatamente por debajo del reborde costal, orificio de salida en flanco izq., a un nivel más inferior y posterior con respecto al orificio de entrada, lo que permite reconstruir un trayecto que ha sido transversal, con una inclinación de arriba abajo y de adelante atrás. Evolución aproximada de 30 minutos.

Examen: shock por anemia aguda grave.

Abdomen: cicatriz transversa de hipocondrio izq. (esplenectomía por herida de bala en intento de auto-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 8 de mayo de 1974.

Adjunto de Clínica Quirúrgica, Residentes de Cirugía.

Dirección: Ejido 926 ap. 002 Montevideo. (Dr. Aliano).

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. Dr. Walter Suiffet). Hospital Pasteur. Montevideo.

eliminación previo). Distendido, con dolor difuso a la palpación sin contractura.

Inmediatamente se practican dos descubiertas simultáneas en miembros superiores y se comienza la reposición con suero glucofisiológico, Hammaecel y posteriormente sangre. Entre 30 y 45 minutos después del ingreso, habiéndose logrado una mejoría muy relativa desde el punto de vista hemodinámico, se traslada a sala de operaciones.

Operación (Dres. Aliano, Soto y Belloso):

Anestesia general (Dr. Rodrigo).

Incisión mediana supra e infraumbilical. Moderado hemoperitoneo, gran hematoma retroperitoneal que levanta el mesocolon derecho y la raíz del mesenterio, que están tensos con zonas desgarradas por donde fluye sangre roja. Herida transfixiante de ángulo derecho del colon y de múltiples asas delgadas; herida de mesocolon sigmoide.

Se abre el peritoneo parietal posterior haciendo compresión sobre los grandes vasos que sangran, una vez retirados los coágulos se comprueba que el proyectil ha producido:

a) herida transfixiante de la vena cava inf., que se ha desgarrado longitudinalmente hasta la terminación de la vena iliaca der.

b) herida de la aorta abdominal, que penetra por su cara der., inmediatamente por encima de la bifurcación y sale en la cara izq. de la iliaca primitiva derecha.

Se aíslan cava y aorta por encima y arteria y vena iliaca por debajo y se intenta suturar primero la vena cava para detener la hemorragia pues ésta continúa a expensas del flujo proveniente de la iliaca izq. Dado que se trata de un desgarramiento extenso de ambas caras, no se puede suturar correctamente por lo que se liga la cava y la desembocadura de la vena iliaca.

Se suturan ambas perforaciones arteriales, obteniéndose la hemostasis definitiva. Sutura de ambas heridas colónicas y de las perforaciones del delgado. Detenida la hemorragia una nueva exploración nos muestra que hay una herida de la vena ileocecoapendicular muy próxima a la desembocadura en la mesentérica sup., ligadura de dicha vena. Cierre por planos.

Postoperatorio: Recuperación desde el punto de vista hemodinámico, con buena evolución en los primeros días. Progresivamente se instala un gran edema de miembros inferiores y hemiabdomen inferior, que llega a ser de gran magnitud acompañándose de oli-

geanuria. Este mejora progresivamente con tratamiento médico y postural (diuréticos y elevación de miembros inf.) restableciéndose la diuresis.

Evolución final buena. En un control posterior al mes y medio del alta, el paciente solo presenta moderados edemas de ambos miembros inf., pulsos normales bilateralmente. No ha podido ser estudiado flebo-gráficamente, como fue nuestro deseo, por no haber concurrido más.

COMENTARIO

Del estudio de la bibliografía surge:

—el poco número de casos operados, sobre todo con sobrevida;

—en nuestro medio (1) el de Quintero (2) es el único publicado en que hubo sobrevida. Se trataba de una lesión aórtica aislada.

—que para que pueda actuarse con éxito o al menos con posibilidades, deben darse determinadas condicionantes, a las que hacen referencia Richards (3) y que retoma Quintero (2):

a) rapidez en el traslado;

b) enérgico tratamiento de reposición de la volemia instituido con la mayor premura. Cabe reafirmar un hecho que es norma general, en caso de lesiones infradiafragmáticas: la vía de reposición debe ser en los miembros superiores o subclavia. En este caso de no haberse seguido esta regla, la reposición hubiera sido de efectos nulos;

c) efecto contensivo sobre los vasos sangrantes, ejercido por el peritoneo parietal posterior más o menos íntegro;

d) rápida solución quirúrgica.

Como comentario final hacemos referencia a la importancia de los trastornos consecutivos a la ligadura venosa, que en este caso evolucionaron finalmente en forma favorable.

RÉSUMÉ

Blessure de balle abdominale complexe avec blessure de la veine cave inférieure et de l'aorte terminale.

Mention est faite d'un cas de blessure de balle abdominale complexe avec lésions multiviscérales et blessures transfixiantes de la veine cave inférieure à son origine et de l'aorte terminale, qui fut traité avec succès par ligature des éléments veineux lésionnés et réparation des deux orifices aortiques par suture. Il faut souligner l'énorme risque vital immédiat qui existe quand les grands vaisseaux sont atteints, et l'importance du choix de la voie à suivre dans la restauration du volume de sang perdu qui doit dépendre de la topographie de la blessure et de l'urgence avec laquelle doit être pratiqué l'abord chirurgical.

SUMMARY

Complex abdominal bullet wound with lesions of inferior vena cava and terminal aorta.

A case is reported of a complex abdominal bullet wound, with multivisceral lesions and transfixion wounds of inferior vena cava and terminal aorta. It was successfully managed by ligation of the wounded venous elements and by repairing the two aortic orifices by suture.

Attention is called to the enormous immediate vital risk involved when the large vessels are affected; to the way for blood volume replacement which should be chosen according to the topography of the wound, and to the celerity with which surgical approach must be carried no.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ORMAECHEA C y PRADERI R. Tratamiento de los traumatismos de los grandes troncos arteriales y venosos. *Bol Soc Cir Urug*, 33: 303, 1962.
2. QUINTERO A. Herida de bala de aorta. *Cir Urug*, 3: 331, 1971.
3. RICHARDS A, LEWIS P, ROGERS J and BRADHAM G. Laceration of abdominal aorta and study of intrabdominal wall as taponade. *Ann Surg*, 164: 321, 1966.