

CIRUGIA DE URGENCIA

Herida penetrante de abdomen, con orificio de entrada poco común

Dr. JAIME LUKSENBURG *

INTRODUCCION

Traemos a la media hora previa de la Sociedad de Cirugía una observación que creemos tiene características poco comunes; en mérito a ello la traemos aquí, y esperamos será de interés para todos los cirujanos, sobre todo los que actúan en la urgencia.

Veamos la historia. Se trata de una paciente de 73 años, (I. de Castro), Matr. 8213, obesa, con antecedentes de hipertensión arterial y cardioesclerosis, que una hora antes del ingreso al sanatorio de Uruguay España, mientras realizaba tareas en su jardín, cae desde un escalón de 30 centímetros hacia atrás sobre la región glútea. Es traída al sanatorio, luego de ser vista por médico de Salud Pública y el examen en el momento del ingreso era el siguiente: enferma obesa en grave estado shockada; su cara cubierta de sudor frío pálida, extremidades frías.

Del punto de vista circulatorio taquicardia de ciento treinta por minuto, presión arterial 6 centímetros de máxima. No contesta al interrogatorio; se queja de dolor abdominal.

Abdomen. — A la inspección está distendido, glubuloso; a la palpación despierta intenso dolor a la compresión y a la decompresión. No existe defensa ni contractura parietal. Pese a que no tenía cicatrices operatorias, nos parecía palpar un saco de una eventración en la línea media. Este dato semiológico, tuvo luego su explicación en la exploración quirúrgica.

Así fue vista por nosotros y nuestro primer diagnóstico en una enferma que estaba sana antes de su caída, con los elementos que aportaba el examen físico, fue el de traumatismo indirecto de abdomen, con lesión visceral (desinserción mesentérica, o ruptura de víscera hueca indirecta o por contragolpe).

Realizamos una descubierta de vena basilica de inmediato e introdujimos por ella un grueso catéter hasta la vena cava superior. Se le comenzó a pasar sangre y fuidos para reponer o mejorar rápidamente la volemia con vista al acto quirúrgico. Se trataba claramente de un shock hipovolémico grave con un síndrome peritoneal difuso en una enferma que había sufrido un traumatismo al caer sentada desde un desnivel de 30 centímetros.

Es en esos momento que llega un familiar a informar que la paciente había caído sobre una arilla de hierro que servía de tutor a una rosa. Se trataba de una clásica arilla de hierro de construcción de 50 centímetros de longitud.

De inmediato pusimos en decúbito lateral a la paciente, y observamos que la región anal, vulvar, perineal, y glútea no tenían signos de injuria traumática. Observamos sí una pequeña herida que apenas sangraba, en la parte alta de la cara posterior del muslo izquierdo (Fig. 1). El tacto rectal y genital no revelaron lesiones; tampoco venía sangre en el guante del examen. El diagnóstico ahora sí era claro; se trataba de una herida penetrante de abdomen, provocada al caer sobre una varilla de hierro, con orificio de entrada en la parte alta del muslo posterior. Posiblemente esto último, es decir la topografía del orificio de entrada, le da un carácter inusual a esta observación. Las heridas penetrantes de abdomen con orificio de entrada en el perine, ano (empalamiento) o los genitales es una situación que es mucho más frecuente observar en la práctica de la cirugía de urgencia.

Fue operada luego de una breve y enérgica reposición de la volemia con anestesia general. Se abordó el abdomen por una mediana infraumbilical, que luego se prolongó algo hacia el sector supraumbilical.

Al abrir el abdomen, enorme hemoperitoneo de un litro y medio de sangre oscura. Se aspira y se localiza el origen de la hemorragia: se trataba de una herida de la vena hipogástrica izquierda junto a una gruesa colateral que se liga con dos puntos en x con hilo de lino.

Resuelto el problema hemorrágico, se hace un rápido inventario lesional, y se comprueban cinco perforaciones de intestino delgado, que se suturan con lino en dos planos. Lavado peritoneal con suero; drenaje del Douglas con grueso tubo de goma. La enferma tenía una gran diastasis de los rectos, con una línea blanca de unos diez centímetros de ancho, hipotónica que se había llenado de sangre. Este hecho se había comportado semiológicamente como un saco de una eventración pese a que no había cicatrices operatorias, y que lo habíamos señalado al principio en el momento del examen físico.

Se introduce en el orificio de entrada una lámina de guante que se lleva hasta la fosa isquiorectal.

El post operatorio transcurrió sin ninguna incidencia y fue dada de alta a los diez días de operada en perfectas condiciones.

Un aspecto un tanto oscuro de esta observación, es el que tiene que ver con el probable trayecto que siguió la varilla de hierro para penetrar en el abdomen. Existen comunicaciones normales entre la pelvis y la logia posterior del muslo (orificios sacrociáticos mayor y menor) pero parecería poco probable que el trayecto se hiciera a través de estos orificios,

* Ex-Adjunto Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Presentado el 1º de agosto de 1973.

pues existía indemnidad total del punto de vista neurológico. El examen realizado en el postoperatorio en ese sentido fue totalmente negativo y no existía ningún elemento de compromiso ciático. La radiografía de pelvis tomada en el postoperatorio fue normal. Parece más lógico pensar que el trayecto fue traumático, cruento, es decir se labró a través de las partes blandas (fascias, músculos, espacios). Teniendo en cuenta la anatomía de la región, la posibilidad más congruente con los hallazgos operatorios, sería que la varilla luego de un breve trayecto en la logia posterior de muslo, pasó junto a la parte interna de la tuberosidad isquiática, penetró al espacio isquiorectal junto a su pared externa; atraviesa luego el elevador junto a sus inserciones en la aponeurosis del obturador interno, penetra al espacio pelvisuperitoneal y luego perfora el peritoneo donde se verifica las lesiones vasculares y viscerales (Figs. 2 y 3).

Como pueden observar en las figuras, se trataría en última instancia de una herida perineal penetrante en el abdomen luego de un breve trayecto en la raíz del muslo posterior.

La lateralidad del trayecto junto a las paredes de la pelvis explicaría la indemnidad de lesión visceral pelviana (urogenital y digestiva). Otro aspecto de interés, es destacar la posible oblicuidad de la varilla en el momento del impacto, y la posibilidad de que algún obstáculo esquelético, hubiera hecho variar o rectificar el trayecto.

Finalmente un comentario de cierta hilaridad, que nos permitimos realizar sobre todo teniendo en cuenta el feliz desenlace que tuvo

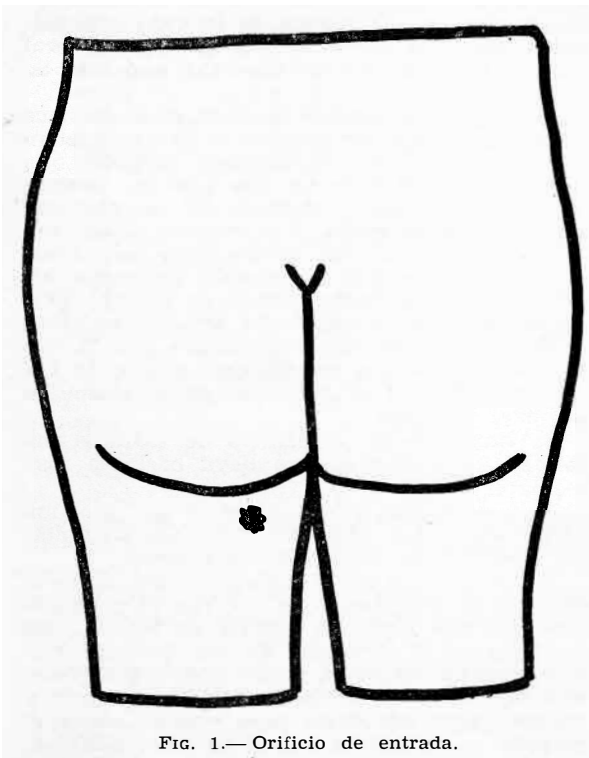


FIG. 1.—Orificio de entrada.

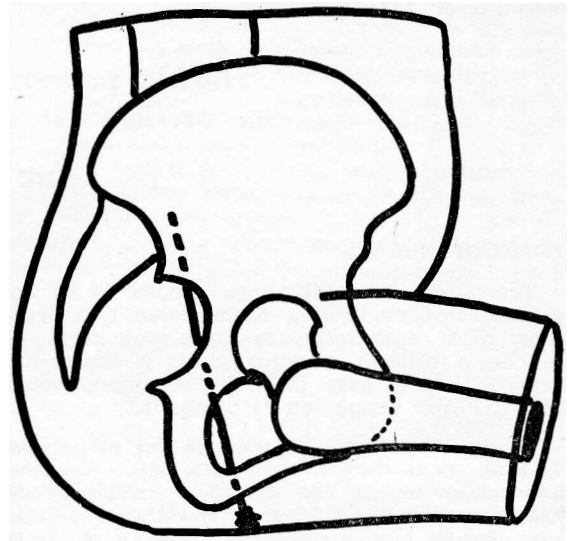


FIG. 2.—Trayecto. Vista lateral.

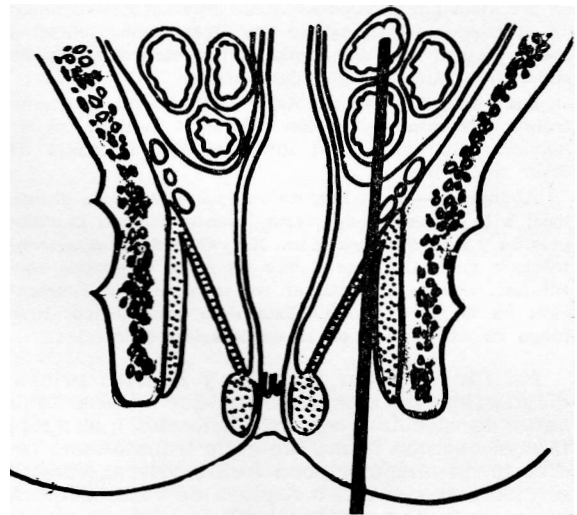


FIG. 3.—Vista frontal.

esta observación: varios días después de la operación, con la enferma totalmente recuperada nos relataba la caída así: "mientras regaba las flores perdí el pie y caí hacia atrás sentada; de inmediato sentí un dolor, quise pararme y no pude; estaba como clavada al suelo". Le dijimos que efectivamente lo estaba...

RESUMEN

Se presenta una observación de herida penetrante de abdomen por una varilla de hierro con orificio de entrada en la parte alta de la cara posterior de muslo.

Se describen las lesiones vasculares y viscerales que determinó.

Se especula en torno al posible trayecto de la varilla hasta su introducción en el abdomen y se destaca la extrema rareza del orificio de entrada en el muslo.

RÉSUMÉ

On présente une observation de blessure pénétrante d'abdomen causée par une barre de fer, avec orifice d'entrée dans la partie haute de la face postérieure de la cuisse.

On y décrit les lésions vasculaires et viscérales provoquées par cette blessure.

On fait des spéculations autour du possible trajet de la barre jusqu'à son introduction dans l'abdomen et on y remarque l'extrême rareté de l'orifice d'entrée dans la cuisse.

SUMMARY

A penetrating injury of abdomen by an iron spindle with entrance orifice in the high part of the posterior side of the thigh is observed.

The vascular and visceral lesions caused by the spindle are described.

The possible trajectory of the spindle until its introduction in the abdomen is ventured, and the extreme rareness of the entrance hole is pointed out.

DISCUSION

DR. MÉROLA.—Lo raro de la penetración en el caso que nos presenta el Dr. Luxemburg hace que ninguno tenga un caso exactamente igual; es prácticamente imposible que exista un caso igual.

Como lesiones de penetración atípica en el abdomen yo recuerdo un enfermo del Clínicas que fue de lo más curioso, porque hizo un empalamiento con una varilla de hierro por lumbar derecha cayendo de espaldas sobre los pinchos de una reja.

El primer hierro le transfirió el flanco, piel y subcutáneo; el segundo le entró por fosa lumbar, y le hizo un hematoma en la pared anterior del abdomen en el hipocondrio derecho; y el tercero, que correspondía exactamente a la columna vertebral, estaba doblado en la reja y amortiguó en parte el golpe. Ese hombre había caído hacia atrás, y tuvo que ser sacada por 4 personas de esa situación donde había quedado prácticamente clavada en la reja, y lo interesante es que la exploración abdominal demostró, aparte de un gran hematoma de la vaina del recto, ya que uno de los hierros había llegado a la pared anterior, que tenía una herida del meso-sigmoides. Era un sigmoide largo, de esos que dan una vuelta hacia el hipocondrio derecho, tipo casi mega, y se había salvado el delgado, se había salvado el colon transversal, se había salvado el riñón, se había salvado el hígado, es decir el hierro había pasado por fuera del riñón, por debajo del hígado, por debajo del mesocolon transversal, y había lesionado el meso sigmoide, lo que presentaba una discreta hemorragia.

Eso como empalamiento lumbar atípico, raro, que yo recuerde.

Y otro enfermo, como penetración también un poco curiosa, no ya de varilla de hierro sino de bala —el Dr. Vivas está acá presente y me ayudó en el Banco de Seguros—, fue uno de los heridos de una incidencia laboral penosa reciente, que recibió un balazo en la región sacra, y la bala salió junto al borde izquierdo del apéndice xifoides. Esa persona se había agachado a auxiliar a otro caído, herido de bala, y recibió un balazo en la región sacra, paramediana derecha. Tal es así que posteriormente desarrolló un

síndrome causálgico por lesión de una de las raíces del plexo sacro.

Lo interesante es que esa bala atravesó exclusivamente la pelvis, entró en la vaina del recto por debajo de la arcada de Douglas y recorrió toda la vaina del recto anterior al abdomen desde la arcada de Douglas en infraumbilical hasta el xifoides, y en el xifoides le dio por transfixiar la piel y salir hacia afuera.

De manera que tenía 9 perforaciones de la masa delgada en la pelvis y 2 perforaciones de sigmoides. El enfermo marchó también muy bien.

De manera que se trató de una penetración sacra de bala, de lo más curiosa, que evidentemente tomó al enfermo como comentábamos recién, en una posición también curiosa que explica el recorrido enorme.

Observaciones como la del Dr. Luxemburg yo no conozco, no he oído relatadas pero es lógico que todo lo que penetra cerca del abdomen pueda terminar recorrido, sea bala o sea varilla, dentro del abdomen. Es un caso seguramente muy bien tratado y de una evolución muy feliz.

DR. VALLS.—Nosotros hemos tenido heridos de bala, con entrada en muslo y albergadas en el abdomen. Tuvimos también un cuerpo extraño —un trozo de madera que entró en posterior de muslo, y se metió por el periné y decoló el recto hacia adelante, lo separó del espacio de la cincha de los elevadores, y del espacio pre-sacro, sin tocar nada, así que esas heridas pueden no llegar al plano peritoneal.

Otra cosa que habíamos visto es una situación completamente a la inversa: que el enfermo tenga una herida de bala en el abdomen, y que la bala se vaya a alojar al muslo, y que la gravedad esté dada por la lesión en el muslo, y no por la lesión abdominal. Nosotros tuvimos un enfermo que recibió un balazo en el abdomen, vino gravísimo, tenía un hemoperitoneo importantísimo, lo que tenía era seccionada la arteria femoral a nivel del triángulo de Scarpa, es decir exactamente a la inversa. Lo grave estaba entonces en el muslo.

DR. ANAVITARTE.—El niño es una de las más frecuentes víctimas de empalamientos de este tipo, por varillas de hierro, porque se suben a los muros de los jardines y caen sobre los tutores de las plantas que están en los canteros que están al lado de los muros, y yo he visto varios casos de este tipo, como también he visto este tipo de empalamientos por sillas dadas vuelta con las patas hacia arriba.

Lo común es que la lesión sea de recto, de vejiga y de uretra, eso es lo común; lo extraordinario del caso es que haya pasado por el estrecho inferior de la pelvis, que haya atravesado el elevado del ano y que haya penetrado en la cavidad abdominal, pero es un trayecto que se puede ver. Yo he visto cantidad de este tipo de empalamientos sobre todo con heridas combinadas recto-vesicales o uretro-recto-vesicales y vaginales, y en ese caso las derivaciones intestinales, es decir, el ano iliaco excluyendo el recto en su funcionalidad, es una de las maniobras que creo que se debe hacer, como sostenía justamente en uno de los trabajos que hizo sobre estos casos el Profesor Larghero.

Nada más, felicito al comunicante por el caso presentado.

DR. SUIFFET.—Es muy interesante la observación presentada. Aunque el agente causal fue distinto, hemos tratado dos casos de herida de bala de cara posterior de muslo, con penetración a través de las estructuras perineo-glúteas. En uno de ellos el paciente estaba agachado recogiendo un objeto del suelo y la bala, con un trayecto casi horizontal, penetró en el abdomen y produjo una herida mixta de recto y vejiga. En el otro caso con las mismas características de la herida y del trayecto, la bala quedó detenida por la espina ciática, la cual fracturó. Esto evitó su penetración en el abdomen. Desde luego que es muy conocida la importancia de la posición del herido y del heridor en lo que respecta a las posibilidades le-

sionales; estas observaciones lo confirman y el caso presentado es muy interesante porque vuelve a llamar a la consideración de este punto.

DR. LUKSENBURG.—Al Dr. Anavitarte le señalo que el empalamiento con entrada en muslo es muy raro y de ahí el interés del caso presentado. La entrada perineal sí es frecuente.

Por otra parte el término empalamiento en sentido estricto designa a los traumatismos que hacen penetración por orificio anal o genital. En consecuencia al hablar del empalamiento lumbar el Dr. Mérola extiende generosamente la acepción del vocablo.

Agradezco el interés concedido a la presentación.