

TRAUMATISMOS DEL HIPOCONDRIO IZQUIERDO

Dr. C. Silveira Barcellos

(Melo)

Una prueba de que los problemas que tiene que resolver la cirugía que se dirige a las estructuras situadas alto en el abdomen superior izquierdo, cerca de las láminas del diafragma, aún plantean serios interrogantes, la tiene uno leyendo los distintos trabajos que se van publicando, tendientes a corregir, unos, defectos de abordaje, o a adaptar otros, la técnica a propósito de cada caso especial; otros que atañen a la organización, al equipo, a la anestesia, a la colaboración de la radiología, a la transfusión y plasma, etc.

El abordaje del hipocondrio izquierdo, para el tratamiento de los elementos allí contenidos: bazo, sector esplénico del colon con sus segmentos correspondientes de transverso y descendente, el estómago, asas delgadas que se ubican muy arriba y más profundamente la cola del páncreas y los vasos esplénicos, y aún topográficamente fuera de la región por ser retroperitoneal, pero panorámicamente formando parte de este segmento del abdomen, el riñón y las cápsulas suprarrenales, varía desde las incisiones corrientes verticales, oblicuas o transversas; medianas o paramedianas, transrectales o pararectales, hasta la utilización de la incisión tóracoabdominal combinada que vienen preconizando los cirujanos americanos de Cincinnati (Ohio) con B. Noland Carter a la cabeza.

La baronarcosis ha venido a cambiar fundamentalmente el problema de abordaje de estos distintos órganos; antes de esta adquisición los cirujanos se esforzaban para hallar una vía de acceso que sorteara los escollos que representa la pleura costal.

Antes del año 1888 los cirujanos sólo disponían de la vía transpleural de Israel. En 1888 Lannelongue expone su método de la resección extrapleural del reborde costal.

En 1898 Navarro describe su técnica prescindiendo de la pleura, despegándola después de desinsertar el diafragma y resecando el reborde costal después.

En el año 1916 Mérola presenta al congreso médico nacional su trabajo sobre la tóracolaparotomía, que abre el camino de acceso a las estructuras altas situadas en las concavidades diafragmáticas y tórax bajo. Una incisión costal, que arranca de la línea escapular, proyectándose sobre la 10ª costilla, se dirige hacia el abdomen y se hace abdominal seccionando los músculos abdominales en su parte alta transversalmente (puede terminar como una transversa), oblicuamente o con un agregado vertical. Presenta esta incisión un sector torácico posterior y otro abdominal anterior. El sector torácico tiene dos zonas: posterior pleural y anterior diafragmática. La zona pleural se incide practicando una línea de puntos de sutura pleural en forma de U con las ramas hacia el borde pleural de reflexión, el diafragma se disocia.

Frecuentemente hemos podido desempeñarnos bien con las incisiones empleadas entrando por vía abdominal: la paramediana transrectal en los dos primeros casos en que hemos tenido que intervenir sobre logia esplénica y la incisión de Del Campo que utilizamos en el último caso. Esta incisión del profesor Del Campo se la vimos emplear bastantes veces en el hipocondrio derecho.

Cuando nosotros abordamos un hipocondrio izquierdo no sabemos a ciencia cierta si las estructuras afectadas pertenecen al hipocondrio o a la base del hemitórax, o a la parte alta del flanco o a la parte externa del epigastrio o a la región lumbar. Es decir, que tenemos que pensar de entrada en un abordaje amplio del hipocondrio que nos ha de dar la luz necesaria para la perfecta reparación. Es por esta razón que en el caso N° 3 de nuestra experiencia (herida tóracoabdominal del 9º espacio con exteriorización del epiplón y cuadro alarmante de anemia aguda por hemorragia, motivado por herida de arma blanca en un sujeto obeso) y suponiendo que las lesiones rebasarían los límites

del hipocondrio, nos decidimos por la incisión de Del Campo. Esta incisión que es oblicua hacia abajo y afuera, y describe un arco a concavidad súpero-externa, parte de la línea media o más allá, de un punto próximo al apéndice xifoides, se dirige hacia abajo, para luego horizontalizarse hacia la parte media del flanco correspondiente, apartándose más o menos de la línea media, según las necesidades del momento. A golpes de tijera se disocian los planos así como el recto de la hoja anterior de su vaina. Esta disociación del recto permite llevarlo muy fácilmente hacia la línea media. Por fuera del borde externo del recto hay que seccionar la hoja anterior de bifurcación del pequeño oblicuo; de lo contrario no se podría movilizar los colgajos que resultan de la sección de la hoja anterior de la vaina del recto. Esta incisión que hemos practicado en heridas del hipocondrio da una buena luz en las heridas bajas del hemitórax como así también en las heridas altas del flanco. Nos ha permitido con holgura una esplenectomía; muestra muy bien el sector esplénico del colon; da un abordaje fácil a la cola del páncreas y también a los vasos esplénicos; el cuerpo del estómago se maneja con facilidad, y el acceso al riñón, previo decolamiento coloparietal. La sección del músculo recto si hubiera dificultad, transversalmente, a nivel de una intersección, o en plena masa muscular da acceso franco a las profundidades del hipocondrio.

Con este criterio de la incisión amplia por disociación, de Del Campo, abordamos las heridas altas de flanco, del hipocondrio izquierdo y bajas del hemitórax. Abordamos también por esta técnica las heridas tóracoabdominales anteriores (por delante de la línea axilar posterior). Si la herida es cercana al reborde es prácticamente una herida abdominal y no hay ninguna dificultad. Si es altamente situada, la herida del diafragma será profunda, y mejor accesible por la herida torácica ampliada convenientemente. Si la herida es francamente posterior su abordaje debe hacerse por vía torácica, resecaando la 9ª costilla para suturar las heridas del diafragma o tratar, mediante pasaje transdiafragmático las estructuras infradiafragmáticas altas y profundamente situadas.

El caso N° 3 de nuestra observación particular se trataba de una herida por arma blanca con entrada en el 9º espacio in-

tercostal izquierdo, al nivel de la línea axilar media con exteriorización de epiplón y traumatopnea, estado general muy grave, gran desequilibrio cardiorrespiratorio y cuadro de anemia aguda por profusa hemorragia externa e interna. Apósito oclusivo con gasa vaselinada, y transfusión de un litro de sangre ya sobre la mesa de operaciones mientras se ponía en marcha el equipo que había de intervenir. Como el pulso y P. A. se mantenían, aunque bajos (p. 140 y P. A. 5 de Mx.) resolvimos intervenir primero sobre la herida de tórax. Desinfección y debridamiento con resección de trozo de epiplón exteriorizado. Sutura de la pleura parietal y de los planos costales.

Luego, mediante la incisión por disociación que acabamos de describir, abordaje del hipocondrio izquierdo y exteriorización del bazo, hundiendo la mano en un inmenso hematoma que llenaba la logia esplénica; el bazo presentaba una herida con entrada en su cara externa y salida al nivel del hilio seccionando algunas ramas de bifurcación de los vasos del hilio. Mientras se procede a la ligadura de los elementos del pedículo, para no mantener en tensión el pedículo (trabajo de Stajano) es conveniente colocar una o más compresas en el logia esplénico, en el sitio que ocupaba el bazo antes de la exteriorización; éste descansa sobre las compresas permaneciendo a la vista sin necesidad de tracción sobre los mesos (evitar el shock) y reflejo pulmo-intersticial.

En los Archivos Uruguayos de Cirugía, Medicina y Especialidades, de marzo de 1951, leemos un trabajo del profesor Carlos Stajano en colaboración con el doctor Juan J. Scandroglio, que se titula "El choque evitable en el curso de las esplenectomías". La enseñanza que se saca de los hechos apuntados por el profesor Stajano, de observación en la clínica y experimentales (perros cloralizados) que se exterioriza el bazo y se tracciona sus mesos observando pulso y presión arterial, es la nocividad inmediata o retardada de la tracción no controlada del meso gastroesplénico en el curso de la exteriorización del bazo. Evitando la tracción del meso se evita el choque postoperatorio con sus manifestaciones sobre la fibra lisa gastrointestinal (dilatación gástrica, ileo intestinal) así como la fluxión refleja en el tejido intersticial del pulmón dando las determinaciones de la

base correspondiente con oscuridad respiratoria por simple fenómeno de atelectasia o la existencia de derrames sero-hemáticos.

Las lesiones del intestino grueso complican indiscutiblemente la solución de los problemas que plantean los traumatismos del hipocondrio izquierdo. Las cifras que la literatura mundial apunta tanto de la práctica civil como la de guerra señalan un alto porcentaje de mortalidad que oscila entre el 50, 70 o aún mismo el 80 % de mortalidad.

Los casos de nuestra observación personal los hemos tratado siguiendo las directivas apuntadas por el Prof. Larghero en su trabajo "Heridas de abdomen con lesión de intestino grueso" del año 1944.

Hemos realizado la sutura y extraperitonización con resultado variable. Ob. N° 5. A este propósito recordamos un herido, con múltiples heridas de abdomen por arma blanca, con heridas del delgado que fueron suturadas con las técnicas corrientes y con dos heridas del segmento descendente del ángulo esplénico que suturamos y extraperitonizamos, dejando la piel abierta. Este paciente fistulizó. Fué tratado de su fístula por el doctor Nin y Silva, volvió al pago y no tardó en fistulizarse. La fístula posteriormente cerró, era pequeña.

Pero cuando la herida del intestino grueso es grande se impone la exteriorización, convirtiendo la herida en un ano contra natura; aplicar drenaje peritoneal amplio, sulfamida local, dejando la piel abierta y antibióticos en el postoperatorio. El profesor Stajano insiste en la sección del esfínter en su comisura posterior para evitar la distensión del colon.

Abordaje de riñón. — Al referirnos a la incisión por disociación del profesor Del Campo, vimos cómo es posible por este abordaje llegar al riñón mediante decolamiento colo-parietal.

Cuando se ha podido llegar a un diagnóstico certero de lesión renal aislada, la clásica lumbotomía con resección de la 12ª ó también de la 12ª y la 11ª, ofrece una vía de abordaje más que satisfactoria. Pero en las heridas tóracoabdominales posteriores con lesión del riñón y de las estructuras adyacentes (bazo, herida gástrica, grandes vasos, cava); en éstas el abordaje transtorácico del riñón va entrando en la práctica corriente. El último trabajo del doctor Frank A. Hughes, presentado a la Sociedad

de Cirugía, Tomo XXII, N° 1, habla de 15 casos de abordaje por esta vía sobre ambos riñones, y por distintas causas (nefrectomías, nefrectomías subcapsulares, pielotomías).

Parece que Marshall, en el año 1946, utilizó por primera vez esta vía y abordando el riñón al nivel de la 10ª costilla y del diafragma pudo practicar la nefrectomía asociada a una esplenectomía y pudo reparar al mismo tiempo una herida del estómago. Es indiscutible que un riñón que sangra abundantemente por herida sería debe ser abordado con ventajas por esta vía que permite llegar primero al pedículo y ligarlo antes de llegar al riñón y manipularlo. (1) La técnica de esta vía parece ser sencilla, pero necesita anestesia general con intubación traqueal. Se reseca la 10ª o la 11ª costilla. El campo y la luz obtenidas parecen ser semejantes. La incisión va hasta el recto anterior del abdomen; siendo desde luego una incisión tóracoabdominal.

Nuestra experiencia personal carece de casos de herida de hipocondrio izquierdo con herida renal. Tenemos el concepto de que las indicaciones para poner rápidamente al descubierto el riñón son: el desgarrar del pedículo vascular —el destrozo de más de un tercio del riñón con el hematoma que aumenta rápidamente de dimensiones— la hematuria, aunque a intensidad moderada, no se cohibe.

Heridas del estómago. — En lo que nos ha sido dable observar este órgano puede ser alcanzado por la violencia externa, ya sea de cuerpos agudos (punción, sección, heridas por armas de fuego) o por cuerpos obtusos (choques, golpes, contusiones) en traumatismos del hipocondrio izquierdo. Hemos suturado heridas de la gran curvatura del estómago, fácilmente reconocibles en la exploración. Más difícil es, en casos de heridas transfixiantes del órgano, el tratamiento de las lesiones de la cara posterior. Hay que exponer ampliamente la retrocavidad de los epiplones, mediante una liberación bien extensa de la gran curva, seccionando y hemostasiando el epiplón gastrocólico, desde el polo inferior del bazo hasta el duodeno. Las heridas altas de pequeña curva presentan también dificultad y a veces es nece-

(1) Y a este respecto comenta el Prof. Chifflet: "Esta vía le da al urólogo la seguridad, le da la posibilidad de intervenir el riñón sin interferir el riñón, sin interferir con estructuras importantes de vecindad".

sario ir a la ligadura de la coronaria, como preconiza el doctor Otero, para liberar la pequeña curva en la extensión que sea necesaria. Entre las observaciones de B. Noland Carter y sus colaboradores, publicadas en los Anales de Cirugía del mes de mayo de 1950, relata un caso de herida de la parte baja del tórax, por arma de fuego, y se comprobó una perforación del esófago inmediatamente por encima del diafragma. Esta lesión sólo pudo ser alcanzada por la incisión que preconiza Carter: incisión transversal, con iniciación en la línea media, entre el xifoides y el ombligo, y extendiéndose a través del borde costal, a lo largo del 8º espacio intercostal hacia la línea axilar posterior. En los pacientes de tórax estrecho se puede completar con la sección del recto izquierdo del abdomen. La incisión del diafragma se hace justo al nivel de la incisión cutánea. Generalmente no hay necesidad de reseca costilla, contando con un buen separador de costillas como el de Finochietto.

Hay que tener en cuenta, por último, que estas heridas transfixiantes del estómago pueden ir más allá y afectar los órganos retrogástricos y fundamentalmente el páncreas, cuyas heridas deben ser suturadas y hemostasiadas con cuidado.

OBS. N° 1. — M. H. de S. Edad ... Al volcar un ómnibus que la conducía y a causa de las maniobras efectuadas para sacarla del vehículo a través de una ventanilla, sufre una contusión del hipocondrio izquierdo y es traída a la ciudad con un cuadro de dolores abdominales difusos y es observada por un colega que prescribe reposo en cama, bolsa de hielo y expectativa. A las cuarenta y ocho horas hace un cuadro de dolor de todo su flanco izquierdo, que luego difunde al resto del vientre con irradiación al hombro izquierdo. La veo en esas circunstancias con una presión arterial de 8 de mx., pulso fino y rápido y una defensa de hipocondrio izquierdo. Hacemos diagnóstico de ruptura en dos tiempos del bazo y proponemos la intervención.

Intervención. — Dr. Silveira, Dr. Gutiérrez Díaz, Dr. B. Basil. Anestesia general éter CO₂. Incisión transrectal izquierda. Gran cantidad de sangre en el vientre. Extraemos algunos coágulos y rápidamente insinuamos nuestra mano en la logia esplénica encontrando un bazo estallado; al exteriorizarlo parte de la pulpa queda en nuestras manos. Ligadura del pedículo con catgut cromado; extirpación del bazo. En la mesa operatoria se inicia un plasma y luego, ya en su lecho, se pasan 600 grs. de sangre total: sueros, algunos tónicos difusibles. La P. A. empieza a elevarse en las horas que siguen a la intervención. La enferma mejora día a día y es dada de alta en perfectas condiciones a los 10 días.

OBS. N° 2. — J. L. E. Edad 11 años. Experimenta una caída de un caballo y es traído a la ciudad con un cuadro de dolores de su flanco izquierdo y vómitos. Visto por nosotros a las 24 horas de la caída, presentaba un vientre peritoneal pero plano, con presión y pulso normales; subfebril. Había dolor del hemitórax izquierdo irradiado al hombro izquierdo. El cuadro hacía pensar un poco de lesión de víscera hueca (buena presión y pulso, contracturas), pero para esto debiera haber más distensión abdominal dado el tiempo transcurrido y nos inclinamos hacia la ruptura subcapsular del bazo y fuimos a la intervención con ese diagnóstico. Este caso tenía una leucocitosis de 18.000.

Intervención. — Dr. Silveira, Dr. L. F. Gamio. Anestesia General Eter CO₂. Incisión transrectal izquierda. Vientre lleno de sangre. Explorada la región del hipocondrio izquierdo, vemos que viene mucha sangre de la logia esplénica; insinuamos nuestra mano en esta logia y luxamos el bazo con varios trazos de desgarrar de curso profundo que dividen al órgano en fragmentos, algunos de los cuales casi se desprenden con la maniobra de exteriorización. Una compresa en el lecho del órgano facilita las maniobras no siendo necesario traccionar tanto de los mesos. Esta maniobra es facilitada por la tracción ejercida sobre la curvatura mayor del estómago. Ligadura del meso gastroesplénico. Ligadura del meso pancreático esplénico lo más cerca posible del hilo del órgano; limpieza de la logia de los coágulos, cierre por planos. Durante el acto operatorio se pasan 500 grs. de sangre total. Termina la operación con una presión de 8 de mx. Pulso 120.

El post-operatorio inmediato transcurre sin novedades, mejorando notablemente los días que siguen a la operación. Es dado de alta a los 8 días en perfectas condiciones.

OBS. N° 3. — M. Ch. Edad 46 años. Casado. Hombre de gran talla y excelente estado de nutrición (pesa 110 kgs.). Recibe una herida de arma blanca con entrada en el espacio intercostal 9°, en las horas de la mañana, en un sitio ubicado a una cuadra del sanatorio local. La hemorragia externa es profusa y en estado de shock intenso es traído. Pulso rápido y débil, presión arterial con una mx. de 6, palidez, ansiedad. Presenta dolor del hipocondrio izquierdo y defensa que se extiende a todo el flanco. Tiene una irradiación franca al hombro del mismo lado. Por la herida costal sale un trozo de epiplón. Hay evidente desequilibrio cardio-respiratorio con traumatopnea. Lo llevamos a la mesa de operaciones instalando inmediatamente el equipo de transfusión. Resolvemos intervenir con anestesia general éter CO₂ primero sobre la herida torácica, a la que habíamos aplicado un apósito vaselinado. Debridamiento y resección del epiplón exteriorizado. Sutura de la pleura parietal y de los planos costales. Ocluida la herida de tórax nos dirigimos al vientre, al que entramos mediante incisión del Prof. del Campo. Como la exploración del estómago era laboriosa, seccionamos el recto anterior izquierdo transversalmente, obteniendo así excelente espacio hacia el epigastrio. La sangre derramada en el vientre era abundante y venía de la logia esplénica. Con nuestra mano izquierda y contorneando la cara convexa del bazo lo luxamos, pudiendo apreciar la herida que presenta; el tra-

yecto de la herida, con entrada en la cara externa, atraviesa todo el espesor del órgano llegando al hilio y secciona algunas ramas de los vasos del pedículo a ese nivel. La extirpación del órgano no presenta dificultades mayores. Una vez seccionado el meso gastroesplénico y pinzado el pedículo principal del órgano con pinza de ligamento ancho, es ligado con hilo de algodón N° 1. Cierre por planos. La vigilancia del pulso y presión arterial de las primeras horas muestra que todo va bien. El enfermo presenta a las 24 horas un cuadrado de base izquierda con soplo y estertores que cede bien con antibióticos. Resto del post-operatorio sin novedad. Es dado de alta a los 8 días en muy buenas condiciones.

OBS. N° 4. — M. G. B. Edad 18 años. Soltero. Año 1943. Recibe múltiples heridas de tórax, abdomen y miembro superior izquierdo por arma blanca. La única herida de importancia es una herida tóraco-abdominal izquierda, con entrada en el 9° espacio al nivel de la línea axilar anterior y con exteriorización de epiplón, desequilibrio cardiorrespiratorio; anemia; shock. Previa terapéutica de reposición (transfusión de sangre y plasma) se resuelve intervenir con anestesia general (éter CO₂). Entramos al vientre mediante una incisión paralela al reborde costal izquierdo y comprobamos una herida de estómago de su cara anterior próxima a la gran curvatura que es suturada en dos planos. La exploración del resto del hipocondrio no muestra ninguna otra lesión de importancia. Resecamos el epiplón (la herida torácica la habíamos dejado en el campo operatorio) y suturamos la pared costal en tres planos, ocluyendo la herida torácica perfectamente. La herida del diafragma, que era chica, y fué fácilmente accesible con un buen separador, fué suturada con catgut cromado fino. Cerramos nuestra incisión de abordaje, dejando un drenaje del Douglas. El post-operatorio fué muy bueno. La base del hemi-tórax no presentó nada de anormal en los días que siguieron. Fué dado de alta al 10° día en perfectas condiciones.

OBS. N° 5. — R. G. Recibe una herida del flanco con arma blanca, dirigida de abajo arriba, y llega a la localidad en estado de shock intenso, anémico y con un tapón de epiplón ocluyendo la herida. Hay una herida del bajo vientre con impresión de penetrante. Hacemos transfusión de sangre, sueros, tonificación y resolvemos intervenir. Ayuda el Dr. Almenrindo Barros. Anestesia general al éter. Entramos al vientre por una mediana infraumbilical, comprobando sangre y materia en su contenido; la exploración del delgado nos muestra dos heridas pequeñas y ubicadas a corta distancia una de otra; son suturadas sin dificultad en dos planos y dejamos un drenaje del Douglas. Luego entramos en el vientre superior por una paramediana izquierda, comprobando la existencia de dos heridas del colon descendente próximo al ángulo esplénico, pequeñas, que suturamos y extraperitonizamos, cerrando todos los planos menos la piel. Este enfermo fistulizó entre los ocho y los diez días. Posteriormente fué tratado por un cirujano de la capital (trató la fistula); al volver a Melo volvió a fistulizarse y entonces cerró por tratamiento médico; la fistula drenaba muy poco.