

CONTRIBUCION ESTADISTICA  
DE LOS TRAUMATISMOS DE ABDOMEN  
DEL INSTITUTO DE ORTOPEDIA  
Y TRAUMATOLOGIA

*Dr. CARLOS R. CUCULIC*

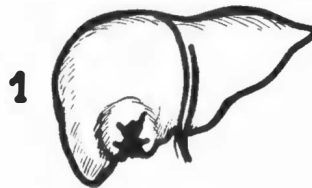
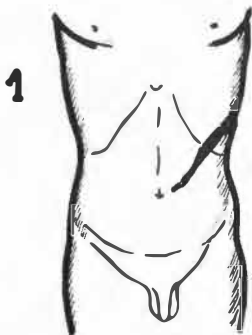
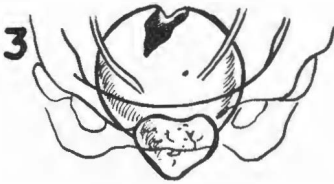
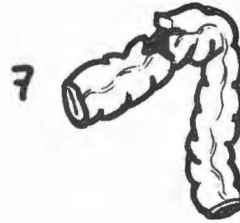
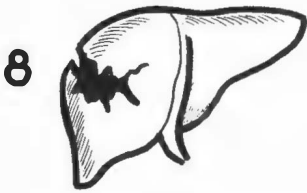
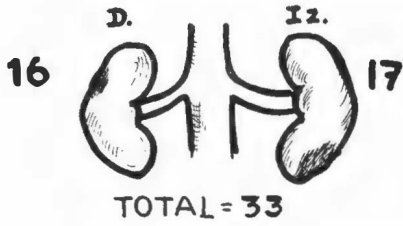
Atendiendo a la gentil invitación del Comité Ejecutivo de este Congreso, presentamos a su consideración esta contribución, que tiene como único objetivo ofrecer una estadística de los traumatismos abdominales cuya observación está a nuestro alcance.

De las historias del Instituto de Ortopedia y Traumatología, que dirige el Prof. José L. Bado, hemos seleccionado 127, correspondientes a enfermos que presentaban traumatismo de abdomen que por su tipo, intensidad y sintomatología, hicieron sospechar clínicamente la existencia de lesiones viscerales. La gran mayoría se acompañaba de lesiones del sistema locomotor o craneoencefálico que determinaron su ingreso a dicho Instituto, y que en muchas oportunidades enmascararon la sintomatología abdominal.

En esos 127 enfermos, se comprobaron 73 lesiones viscerales, con franco predominio de las renales (45 %) y esplénicas (23 %) de acuerdo a lo que se desprende del cuadro I. Siguen en orden decreciente las rupturas del hígado, que se produjeron a nivel del lóbulo derecho y de la inserción del ligamento suspensor; los estallidos intestinales, rupturas de vejiga y hematomas de cabeza de páncreas. Quedan, por último, dos lesiones que por su naturaleza excepcionalmente nos llegan: una herida tóracoabdominal, y una ruptura intraperitoneal de un quiste hidatídico de hígado de causa traumática. Este último se presentó en un joven de 16 años, politraumatizado, que pocas horas después del accidente, presentó un cuadro de peritonitis con hiper-

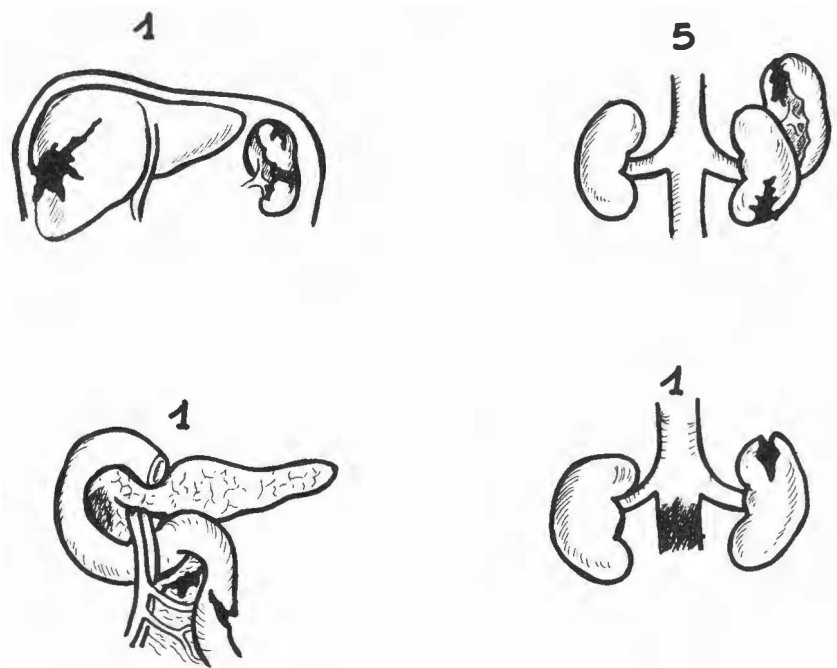
Cuadro I  
 LESIONES VISCERALES

Total: 73



termia y defensa generalizada, Intervenido, se encontró el peritoneo inundado de líquido hidático y membranas, provenientes de un quiste roto y, además, otro quiste sano; se procedió a una

**Cuadro II**  
**ASOCIACION DE LESIONES ABDOMINALES**  
**Total: 8**



**Cuadro III**  
**ASOCIACIONES DE LESIONES VISCERALES**  
**Y EXTRAABDOMINALES**

	Hígado	Riñón	Vejiga	Bazo	Visc. Diges.	Q. H. Hígado	Hemat. Panc.
Politrauma .....	4	2	—	2	3	1	—
Trauma cráneoencef. .	2	3	—	4	—	—	—
Tórax .....	—	13	—	10	1	—	1
Columna .....	—	4	—	—	—	—	—
Pelvis .....	1	—	3	2	1	—	—
Húmero .....	—	—	—	—	—	—	—
Codo .....	—	2	—	1	—	—	—
Muñeca .....	—	1	—	—	—	—	—
Piernas .....	2	—	—	—	—	—	—
Fémur .....	1	—	—	1	—	—	—
Calcáneos .....	—	1	—	—	—	—	—

adecuada higiene peritoneal postoperatoria, sin que hubiera síntomas de equinocosis peritoneal secundaria en un período de observación extendido a dos años.

En 8 de los enfermos se comprobó la existencia de asociación de lesiones viscerales, tal cual se muestra en el cuadro II. Destacamos como posibilidad más frecuente, la lesión asociada del bazo y riñón izquierdo (3 casos) cuyas dificultades diagnós-

#### Cuadro IV

FALLECIDOS: 19 = 14,9 %

**Sin operación.** Todos con lesiones asociadas:

Contusión tóracoabdominal y ruptura de riñón	1
Bazo y politraumatismo .....	1
Bazo y conmoción cerebral .....	1
Bazo, hígado y hematoma intracraneano .....	1
Hígado y politraumatismo .....	2
Hígado y riñón .....	1
Contusión grave tóracoabdominal. ....	2

**En la operación:**

Ruptura de lóbulo derecho de hígado .....	2
Ruptura de bazo y riñón izquierdo .....	1

**Postoperatorio:**

Estallidos intestinales .....	4
Ruptura de hígado .....	1
Ruptura hígado y gangrena gaseosa de ambas piernas .....	1
Ruptura de riñón y trombosis aórtica .....	1

#### Cuadro V

	Operados	Fallecidos	Evol. buena
Bazo .....	15	1 (6,6 %)	14
Intestino .....	6	4 (66,6 %)	2
Hígado .....	4	4 (100 %)	
Vejiga .....	3	(0 %)	3
Riñón .....	3	1 (33,33 %)	2
Q. H. hígado .....	1	(0 %)	1
Tóracoabdominal .....	1	(0 %)	1
Total	33	10 (30,3 %)	23 (69,7 %)

ticas son obvias. Como caso interesante a destacar, encontramos una asociación de ruptura renal con trombosis aórtica por debajo de las arterias renales. Se trataba de un enfermo que había sido arrollado por un camión y que ingresó con un grave cuadro de shock, abdomen distendido, ocupación de fosa lumbar izquierda y paraplejía flácida sin signos de lesión de columna; se le practicó laparotomía, encontrando las lesiones citadas y practicando el cirujano una arteriotomía con aspiración de coágulos. El enfermo falleció pocas horas después.

En el cuadro III, hemos objetivado la asociación de lesiones viscerales abdominales con lesiones extraabdominales. De dicho cuadro queremos destacar:

- 1º) La frecuente asociación de traumatismos torácicos, en especial de las bases, con lesiones de riñón y bazo.
- 2º) Que todas las rupturas viscerales acompañaron a fracturas de pelvis.
- 3º) La posible coexistencia de lesiones viscerales abdominales en las afecciones traumáticas de cualquier sector del esqueleto. Esto nos obliga a insistir en la necesidad de una exploración cuidadosa del abdomen en todos los traumatizados; exploración que muchas veces se omite o practica ligeramente frente a la presencia de una lesión más evidente que atrae de inmediato nuestra atención. Es particularmente difícil el hallazgo de una lesión visceral en los politraumatizados y en los traumatismos craneoencefálicos, donde no se cuenta con la colaboración del enfermo y donde las manifestaciones generales (shock, anemia) encuentran fácil explicación en las lesiones extraabdominales.

## EVOLUCION

El cuadro IV nos muestra que el porcentaje de evoluciones fatales es elevado. En 127 llegan a 19 fallecidos (alrededor del 15 %).

A) De esos 19 enfermos, sólo 10 llegaron a la mesa de operaciones. Los 9 restantes, o fallecieron apenas ingresados, o pre-

De los restantes casos de este grupo, se desprende claramente de la observación del cuadro IV que la muerte se debió en dos casos a causas ajenas a la lesión visceral. El caso en que la muerte siguió a la ruptura de hígado fue operado a las nueve horas del trauma. Fue mechado y recibió transfusiones masivas, falleciendo a las setenta y dos horas.

Por último, hemos resumido en el cuadro V la evolución de los enfermos que fueron operados. Su comparación con el cuadro I nos sugiere los siguientes comentarios:

1º) La lesión más frecuente de nuestra estadística (contusión renal) es también la más benigna, debiendo atribuirse el único fallecimiento a la coexistencia de una trombosis aórtica. Solamente debió practicarse una nefrectomía y un drenaje de hematoma, teniendo ambos una evolución favorable.

2º) Contrariamente, la lesión que ha tenido mayor porcentaje de mortalidad fue la ruptura de hígado, casi siempre asociada a graves lesiones extraabdominales. Cuenta con un 100 % de mortalidad.

3º) De las 17 rupturas de bazo, ha habido dos muertes, seguramente debidas a lesiones asociadas, y una que se le puede atribuir.

## CONCLUSIONES

Siendo esta colaboración de carácter puramente estadística, no haremos comentarios referentes a la parte clínica, ni pretendemos dar orientaciones terapéuticas.

Queremos sí, dejar establecido que en todo enfermo que llegue a nosotros afectado por un traumatismo de miembros, debemos sospechar la existencia de una lesión abdominal asociada y buscarla.

Si ello no fuera evidente, se debe persistir en su búsqueda si un cuadro de anemia o shock no cediera rápidamente al tratamiento instituido, y ello independientemente de la gravedad del traumatismo de miembro.

Se deberá agotar la investigación clínica y radiológica y de laboratorio antes de descartar una lesión visceral, y aún puede estar indicada una laparotomía exploradora.

sentaban un cuadro general de tal gravedad que obligó al cirujano a diferir la intervención mientras se esperaba una mejoría con el tratamiento médico; o, por último, el diagnóstico fue tardío por estar la sintomatología oscurecida por el resto de las lesiones.

B) Tres enfermos fallecieron en la mesa operatoria. Recordaremos brevemente sus historias.

Uno de ellos, cayó de 15 metros de altura, e ingresó con grave cuadro de shock, conmoción cerebral, fractura de pelvis y de húmero. Recién al día siguiente se pudo despistar la existencia de un hemoperitoneo. Su causa resultó ser un desgarró del lóbulo derecho de hígado que interesaba las venas suprahepáticas.

El otro, que presentaba ruptura de hígado, ingresó luego de ser arrollado por un camión y se encontraron al primer examen, signos de fractura de fémur acompañados de un cuadro de shock. Éste no cedió y aparecieron pocas horas después signos de hemorragia intraperitoneal, siendo intervenido de inmediato.

El tercero de estos enfermos había recibido un intenso traumatismo de regiones lumbares, seguido de caída al agua. Ingresó con evidente cuadro de shock. Sólo veinticuatro horas más tarde se manifestó la sintomatología abdominal que hace pensar al cirujano asistente en ruptura de vejiga. Intervenido, se comprueba hemoperitoneo por estallido de bazo. Presentaba, además, ruptura de riñón izquierdo. Esplenectomía. Muere al cerrar la pared.

C) En el período postoperatorio fallecieron 7 enfermos.

En este período cobran mayor entidad los desgarró intestinales (4 casos). De estos 4 casos, 3 fallecieron por peritonitis, y se descomponen así:

Uno llegó con cuarenta y ocho horas de evolución y fue explorado y drenado, falleciendo poco después.

Los otros dos presentaban gravísimas lesiones intraabdominales. Uno fue intervenido pocas horas después, y en el otro se pudo hacer diagnóstico recién pasadas cuarenta y ocho horas.

El cuarto enfermo de este grupo presentaba desgarró de intestino y mesenterio. Se operó a las diez horas del accidente, y falleció pocas horas después.

## INDICE DEL TOMO I

	Págs.
Comité Ejecutivo del 7º Congreso Uruguayo de Cirugía	3
Sociedad de Cirugía del Uruguay. Comisión Directiva año 1956 .....	5
Comité de Honor .....	7
Presidentes de los Congresos Uruguayos de Cirugía .....	8
<b>Dr. Juan C. del Campo.</b> —Relato: Cáncer de colon. Tratamiento .....	9
<b>Dr. Luis M. Bosch del Marco.</b> —Relato: Heridas penetrantes de tórax ....	64
<b>Dr. Juan Alberto Folle.</b> —Correlato: Anatomía patológica .....	130
<b>Dr. Dardo Edison Vega.</b> —Correlato: La recuperación funcional respiratoria del herido de tórax .....	146
<b>Dr. Cesalino Silveira Barcellos.</b> —Relato: Traumatismos del abdomen ....	149
<b>Dr. Arturo Achard.</b> —Correlato: Traumatismos del abdomen desde el as- pecto ginecotológico .....	195
<b>Dr. Héctor Schenone.</b> —Correlato: Traumatismos del riñón .....	215
<b>Dr. Jorge C. Pradines.</b> —Correlato: Anatomía patológica .....	236
<b>Dr. Luis M. Bengochea.</b> —Correlato: Anestesia para traumatismos de abdo- men .....	260
<b>Dr. Carlos A. Cuculic.</b> —Correlato: Contribución estadística de los trauma- tismos de abdomen del Instituto de Ortopedia y Traumatología .....	274



SE TERMINO DE IMPRIMIR EL DIA  
17 DE NOVIEMBRE DE 1956, EN LA  
"IMP. ROSCAL-HILARIO ROSILLO",  
CALLE EJIDO, 1624. MONTEVIDEO  
(URUGUAY)