

PARACENTESIS DIAGNOSTICA EN LAS COMPLICACIONES PERITONEALES DEL POLITRAUMATIZADO GRAVE *

Dres. ROBERTO PERDOMO y JOSE L. FILGUEIRA

Nuestra época mecanicista ha situado a las lesiones traumáticas entre las principales causas de muerte. Todo intento de mejorar la tasa de mortalidad debe orientarse primordialmente a establecer un diagnóstico y tratamiento más precoz, ya que los aspectos de técnica quirúrgica están ya perfeccionados y reglados a satisfacción en la mayoría de los casos [Drapans y Mc Donald (4)].

En revisiones estadísticas extensas se establece que actualmente más del 66% de todos los traumatizados en accidentes por automotores, tienen lesiones de dos o más áreas corporales [Kennedy (12)]. El politraumatizado es un paciente corriente en los Servicios de Urgencia hospitalarios y su frecuencia crece sin cesar.

Las lesiones viscerales abdominales se constituyen en importante causa de mortalidad en el politraumatizado. A menudo las lesiones craneoencefálicas, torácicas y de las extremidades resaltan en el conjunto y enmascaran el trauma abdominal, provocando serios retardos en el diagnóstico, cuando no sucede que la situación pase por completo inadvertida. Pacientes de este tipo suelen ponerse en manos de especialistas (neurocirujano, traumatólogo) antes que se tenga plena conciencia de la complicación abdominal. En una serie de politraumatizados estudiados por Kennedy y col. (11), la laparotomía se realizó con un retardo de 48 horas o más en el 20% de los casos, y solamente el 45% se operaron antes de las 6 horas de producido el trauma.

William y Zollinger (23) destacan la gran frecuencia de la inconsciencia (70%) y el estado de shock (80%) en el grupo de pacientes con trauma abdominal que fallecieron. Consideran

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. José A. Piquinela. Montevideo, octubre 5 de 1966.

que en el 50% de estas muertes influyó decisivamente el retardo en el diagnóstico y tratamiento, y que tal retardo se debió a la atención inicial de otras lesiones extraabdominales y al traslado desde otros hospitales.

En síntesis: El politraumatizado es un paciente típico de nuestro tiempo. Las lesiones asociadas contribuyen a oscurecer el diagnóstico de las lesiones viscerales abdominales. El retardo en el diagnóstico y en el tratamiento consiguiente, es un factor de mortalidad de primer orden. Hay acuerdo general en la necesidad de realizar un diagnóstico precoz de aquellas lesiones en el politraumatizado, utilizando sistemáticamente todos los recursos clínicos y auxiliares de que pueda disponerse al efecto.

La finalidad de este trabajo es contribuir a dicho objetivo, destacando el valor diagnóstico de la paracentesis, capaz de proporcionar resultados positivos en proporción superior a cualquier otro método.

CASUÍSTICA

OBSERVACION 1. Conmoción cerebral. Rotura de hígado y bazo. Shock. Fallece.

Hospital Pasteur. Amelia C., 23 años. Arrollada por vehículo. Pérdida de conocimiento inmediato y breve. Ingresa algo pálida y excitada. En observación.

A las tres horas: Agravación brusca. Palidez intensa, pulso filiforme; presión arterial: máxima, 6; intensa obnubilación. Abdomen libre, ligeramente sensible a la palpación. Douglas indoloro. Imposible de realizar estudio radiológico. Paracentesis en F.I.I.: Algunos e.e. de sangre incoagulable.

Transfusión 2.000 e.e. Shock irreversible. Se interviene "in extremis". Grau hemoperitoneo. Rotura hepatoesplénica. Hematoma de mesocolon transverso. Fallece en la operación.

OBSERVACION 2.— Conmoción cerebral. Fractura clavícula. Fracturas costales múltiples. Hemoneumotórax. Rotura de bazo. Contusión iliaca y femoral. Shock. Curación.

Hospital de Clínicas. N° Reg. 190.522. Regino P., 42 años. Ingresa conjuntamente con numerosos contusionados en accidente ferroviario, varios de ellos graves.

Obnubilación extrema, pálido, sudoroso, pulso filiforme; presión arterial: máxima, 5. Contusión frontotemporal izquierda. Enfisema subcutáneo en cuello y lateral de tórax. Fractura clavícula izquierda y múltiples costillas del mismo lado. Lesión pleuropulmonar evidente cuya naturaleza no precisamos. Abdomen globuloso y depresible; se despierta dolor a la palpación del hipocondrio izquierdo. Equimosis en flanco. Contusión iliaca y femoral izquierda. Imposible realizar estudio radiológico. Paracentesis en flanco izquierdo: Algunos e.e. de sangre incoagulable.

Reanimación intensa: se transfunden 5.500 c.c. de sangre. Recobra la conciencia; presión arterial: máxima, 13. **Operación:** Enorme hemoperitoneo. Rotura esplénica. Esplenectomía. Punción y sonda Nélaton en neumotórax izquierdo. **Radiografía de tórax postoperatoria:** Fractura clavícula y múltiples costillas izquierdas. Hemoneumotórax. Curación.

OBSERVACION 3.— Conmoción cerebral. Contusión pulmonar izquierda. Rotura de bazo. Shock. Curación.

Hospital Pasteur. Miguel A. L., 18 años. Arrollado por un ómnibus mientras circulaba en bicicleta. Pérdida inmediata de conocimiento.

Confuso, pálido, sudoroso, pulso 110; presión arterial: máxima, 7. polipnea superficial, tiraje. Radiografía de tórax: opacidad parenquimatosa inhomogénea en tercio medio de pulmón izquierdo; no hay hemoneumotórax. Se observa hemidiafragma izquierdo de altura normal y nivel en cámara gástrica no desplazado. Abdomen libre e indoloro. Douglas indoloro. **Paracentesis en F.I.I.:** cantidad mínima de sangre que queda en el pico de la jeringa y no coagula.

Reanimación intensa. **Operación:** Al intubarlo se retira sangre roja abundante de origen broncopulmonar. Hemoperitoneo muy escaso: colección pequeña en fosa esplénica y resto de la cavidad peritoneal apenas mojada en sangre. Rotura esplénica. Esplenectomía. **Evolución:** Hemoptisis en el postoperatorio. Retrocede el foco contusivo pulmonar. Curación.

OBSERVACION 4.— Conmoción cerebral. Rotura de bazo. Shock. Curación.

Hospital Maciel. Ciriaco A., 45 años. Agredido mientras se halla ebrio.

Coma superficial. Palidez, pulso 120; presión arterial: máxima, 7,5. Abdomen: dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Douglas apenas sensible. **Paracentesis en F.I.I.:** 10 c.c. de sangre incoagulable. Reanimación intensa. **Operación:** Rotura de bazo. Esplenectomía. Curación.

OBSERVACION 5.— Conmoción cerebral. Fracturas costales izquierdas. Rotura de bazo. Curación.

Hospital de Clínicas. N° Reg. 54.876. Eva L., 50 años. Ingres a una hora después de ser agredida, relatando breve pérdida de conocimiento.

Hematomas en cara y cuello. Fractura de 8ª, 9ª y 10 costillas izquierdas, sobre línea axilar media. Abdomen: duele y se deprime menos el hipocondrio izquierdo. Douglas sensible. no ocupado.

A las 14 horas del ingreso: Pálida, pulso 100; presión arterial: 12-9. Abdomen: ligeramente distendido, doloroso en hipocondrio izquierdo. Douglas doloroso. Radiografía de abdomen: ligero aumento de opacidad en fosa esplénica y hemidiafragma izquierdo algo elevado; cámara gástrica no desplazada. Radiografía contrastada de gastroduodeno: no hay lesión ni desplazamiento gástrico apreciable. **Paracentesis en F.I.I.:** Algunos c.c. de sangre incoagulable. **Operación:** Gran hemoperitoneo. Rotura de bazo. Esplenectomía. Curación.

OBSERVACION 6.— Conmoción cerebral. Herida de labio. Contusión hepática. Shock. Curación.

Hospital Pasteur. Observación Dr. Terra. Ana M. de C., 27 años. En un choque es despedida del coche en que viaja y cae al pavimento. Pérdida breve de conocimiento.

Lúcida, pálida, pulso 110; presión arterial: 9,5-6, que en un momento de la evolución desciende a 4 de máxima. Herida contusa de labio inferior. Abdomen: completamente libre y solamente sensible a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Douglas doloroso. Paracentesis en F.I.I.: 2 a 3 c.c. de sangre incoagulable.

Reanimación. Operación con diagnóstico de hemoperitoneo por lesión hepática: incisión subcostal derecha. Hemoperitoneo. Contusión de hígado (cara superior, lóbulo derecho) con foco equinótico y desgarró capsular. Mechado. Curación.

OBSERVACION 7.— Comoción cerebral. Fractura de cráneo y herida cuero cabelludo. Fracturas costales derechas. Perforación rectosigmoidea. Sutura. Ano ilíaco. Fallece.

Hospital Pasteur. Eugenio R., 68 años. Arrollado por vehículo estando ebrio. Pérdida de conocimiento breve.

Al ingreso: Radiografías. sutura herida cuero cabelludo. Radiografías: a) cráneo, probable trazo de fractura occipital; b) tórax, fracturas costales a derecha; c) abdomen, gases y materias en colon, aerólea, no neumoperitoneo.

A las ocho horas del ingreso: Lúcido. piel y mucosas bien coloreadas, pulso 90; presión arterial: 13-9; temperatura: 37°-37° 5. Abdomen: sufusión hemorrágica en hemiventre inferior. Dolor difuso a la palpación, sin defensa. Ligera distensión abdominal. Orinas claras. Paracentesis en F.I.I.: 2 c.c. de líquido grisáceo turbio. Informe de laboratorio (extendido en lámina): pus y sangre.

Operación con diagnóstico de peritonitis por lesión de víscera hueca: Exudado peritoneal purulento fétido. Perforación transversal de 2 cm. en cara anterior de unión rectosigmoidea. Cierre de la perforación en dos planos. Ano ilíaco. Avenamiento peritoneal. Fallece a las 24 horas.

OBSERVACION 8.— Comoción cerebral. Fractura de pubis. Rotura vesical. Curación.

Hospital Español, N° Reg. 137.245. Observación Dr. Santos. Julio Angel T., 52 años. Arrollado por vehículo. Breve pérdida de conocimiento. Pasa 36 horas en otro hospital y luego es traslado al Hospital Español.

No hay signos de anemia aguda. Temperatura 36° 7 axilar, pulso 110; presión arterial: 14-7. Abdomen: defensa generalizada predominando en bajo vientre, donde el dolor es también más intenso. Douglas doloroso. Orina con pequeños coágulos. Impotencia funcional de miembro inferior izquierdo y dolor inguinoerural. Radiografía de abdomen: no aporta datos de interés. Radiografía de pelvis: fractura de pubis. Paracentesis en F.I.I.: 1 c.c. de líquido citrino que impresiona como orina (no se analiza).

Operación: Con diagnóstico de peritonitis por lesión vesical. Asas intestinales adheridas laxamente a cara superior de vejiga. Perforación vesical de unos 2 cm. en esa zona. Sutura. Avenamiento peritoneal. Curación.

COMENTARIOS

1º) La paracentesis diagnóstica tiene una de sus aplicaciones más valiosas en el reconocimiento de las complicaciones peritoneales (hemorragia, peritonitis) producidas por contusión abdominal. Los autores modernos que estudian este aspecto concuerdan en el valor del método y destacan el alto porcentaje de diagnósticos positivos que proporciona: Requarth (18) 75%, Williams y Zollinger (23) 79%, Byrne (2) 83%, Morton y col. (16) 64%, Gimbatti y Molinari (7) 93%, Ciaudo y col. (3) 90%, Kennedy y col. (11) 83%.

2º) Su significación es aún mayor en el politraumatizado grave, como lo muestran las observaciones relatadas. Requarth (18) manifiesta que la paracentesis diagnóstica encuentra su principal indicación en el paciente con múltiples lesiones, cuando ellas contribuyen a enmascarar la complicación peritoneovisceral. En efecto, este tipo de enfermo reúne con gran frecuencia las condiciones de máxima dificultad para el diagnóstico, por las siguientes razones:

a) Traumatismo craneoencefálico con estado de coma, confusión mental o profunda obnubilación, que dificulta o impide en absoluto relevar la sintomatología, excluyendo la participación del paciente en la anamnesis y el examen como factores de orientación diagnóstica.

b) Estado de ebriedad, excitación psicomotriz, intenso dolor en diversos focos, shock. Son otras tantas situaciones que, aisladas o confluyentes, complican la interpretación diagnóstica clínica.

c) Signos de anemia aguda que inducen a pensar en hemorragia interna, pero cuya topografía de origen puede ser tan variada como variados sean los focos traumáticos: tórax, retroperitoneo, subperitoneo pelviano, peritoneo, etc. (Obs. 2).

d) Imprecisión de los signos físicos de irritación peritoneal. Corrientemente no puede precisarse una contractura ni ponerse de manifiesto un dolor en el Douglas, en virtud de las condiciones generales precarias del paciente. Otras veces, una defensa y dolor localizados se interpretan como relacionados con una contusión costal o una lesión pleural.

e) El hallazgo de otras lesiones importantes polarizan la atención sobre ellas cuando permiten aparentemente interpretar todo el cuadro clínico: fractura de pelvis (Obs. 8), fractura de columna, lesión renal, contusión pulmonar (Obs. 3), hemo-neumotórax (Obs. 2), etc. La lesión abdominal puede pasar inadvertida y progresar peligrosamente en la ignorancia del cirujano, cuya acción se traba y suele ser ejecutada "in extre-

mis". En dos de nuestros pacientes esta circunstancia de retardo diagnóstico tuvo gravitación fundamental en la evolución desfavorable (Obs. 1 y 7).

f) Especialmente en los casos frecuentes de politraumatizados en shock, la situación suele ser tan dramática que todas las medidas deben atender a la reanimación y se ve dificultado, cuando no contraindicado formalmente, todo intento de desplazar al paciente para su estudio radiológico.

g) Cuando el paciente es trasladado hacia el Servicio de Radiología, lo hace habitualmente portando una venoclisis, con indicación de no ponerlo de pie para evitar la anoxia encefálica, y a veces en medio de una lucha física y psíquica para movilizarlo o lograr su colaboración en el estudio que se intenta. Imposible es así, en muchos casos, lograr buenos y completos documentos radiológicos.

Frente a esas dificultades enunciadas y teniendo entre manos un paciente grave, con otras posibles interpretaciones que una lesión visceral abdominal, con tiempo limitado para resolver y con muy estrecho margen entre la vida y la muerte, el cirujano juega al máximo su responsabilidad tanto en la acción como en la abstención de realizar una laparotomía exploradora. Existe siempre latente el temor de agravar los hechos y provocar la muerte operatoria mediante una laparotomía en blanco, y se busca la seguridad diagnóstica para realizarla. *Una paracentesis positiva proporciona tal seguridad sin lugar a dudas.*

La paracentesis positiva confirma la complicación peritoneal, establece su tipo hemorrágico o por perforación visceral y con cierto frecuencia hace posible obtener detalles de valor topográfico aún más precisos: presencia de bilis, de líquido hemorrágico con amilasa elevada, de orina (Obs. 8), etc. De tal modo se logra, en lógica asociación con el análisis del accidente causal y los signos clinicoradiológicos, una valiosa contribución en materia de táctica quirúrgica para el abordaje ajustado de la lesión reconocida.

3º) En casos de catástrofe o accidente colectivo (Obs. 2), las dificultades de diagnóstico se acrecientan aún más por la incidencia de factores circunstanciales. La multiplicidad de pacientes graves, la saturación de los servicios auxiliares de reanimación y de diagnóstico, así como la incoordinación de las disposiciones que suelen adoptarse, conspiran contra la mejor resolución de cada problema individual. Es preciso actuar dentro de un margen de posibilidades muy limitadas en tiempo y en recursos humanos y materiales. Resulta más que nunca inconveniente el desplazamiento de pacientes graves, mal vigilados, a los efectos de su estudio radiológico. La observación 2 ilustra el diagnóstico inmediato, con mínima colaboración de personal

y materiales rápidamente accesibles, sin necesidad de desplazamientos peligrosos y de absoluta seguridad que se logra con una paracentesis positiva.

4º) Importa subrayar que al lado del paciente politraumatizado grave, cuya vida se halla en riesgo inminente y exige una resolución perentoria, existen otros en los que luego de un período de alarma inicial todo parece entrar en orden con las medidas de reanimación y alientan la resolución de mantener en ellos una espera vigilada. Constituyen un grupo de pacientes con riesgo diferido de los que tenemos varios ejemplos, donde el proceso puede continuar su evolución a bajo ruido hasta alcanzar aspectos de suma gravedad. Se puede observar tanto en la complicación hemorrágica como en la peritonitis por perforación visceral.

Wright y Prigot (24) encuentran que en el 71% de las roturas esplénicas la hemorragia es pequeña y repetida, lo que permite una compensación circulatoria inicial de duración variable. El hemoperitoneo de pequeño volumen resulta difícil de pesquisar, pero la paracentesis puede ponerlo de relieve. Son ejemplos de esta situación, nuestras observaciones 3 y 5.

También las peritonitis por perforación de víscera hueca suelen tardar en ponerse claramente de manifiesto (Obs. 8). En estos casos la paracentesis puede lograr un diagnóstico positivo, permitiendo el tratamiento dentro de la primera etapa útil, en la que la condición general del paciente aún no se ha deteriorado.

5º) La técnica de la paracentesis diagnóstica es sumamente sencilla y ha sido descrita en detalle en una monografía previa (17). Destacamos solamente algunos hechos fundamentales:

1) La necesidad de utilizar material seco, a fin de pesquisar cantidades mínimas del derrame peritoneal y no modificar sus caracteres físicos por la presencia de agua en la jeringa o en la aguja. Trabajamos sin anestesia, con aguja fina, intramuscular, calibre 18.

2) El manipulador debe actuar con paciencia y repetir las punciones de resultar negativos los primeros intentos.

3) No debe esperarse extraer en todos los casos una cantidad apreciable de líquido. Basta una gota de sangre que queda visible en el pico de la jeringa (Obs. 3) y que a los 15 minutos no ha coagulado allí para diagnosticar un hemoperitoneo. Basta una gota de exudado que permita realizar un extendido sobre lámina (Obs. 7), para que la observación microscópica nos diga que se trata de pus y nos afirme la peritonitis. Las paracentesis con estas características son consideradas erróneamente como punciones en blanco.

6º) Deben rechazarse los resultados negativos, carácter común que se aplica, por otra parte, a todos los métodos de diagnóstico. Una punción repetidamente negativa, bien ejecutada y bien controlada, es una esperanza que se pierde y no autoriza a negar la existencia de una lesión visceral traumática.

7º) El método es inocuo apenas se guarden elementales precauciones, como ha sido demostrado por la amplia experiencia clínica y en la experimentación animal por Villafañe (21.) y Giacobine y Siler (6). Es además, en los contusionados abdominales, vistos en las primeras horas del accidente, precisamente donde sus contraindicaciones son nulas en la mayoría de los casos. En efecto, no existe en ellos el peligro de una distensión visceral patológica que haga de riesgo su punción, obligando al control radiológico previo para ponerla de manifiesto. La punción de vísceras huecas, que pueden suponerse sin patología previa, no genera complicación alguna cuando se realiza con aguja fina, tal como ha sido demostrado experimentalmente. Solamente cabría la precaución de no puncionar en áreas cercanas a cicatrices operatorias, donde puede existir intestino adherente.

CONCLUSIONES

Existe acuerdo general en que la seguridad y precocidad en el diagnóstico de las lesiones viscerales del abdomen, en el politraumatizado grave, juega rol esencial en el pronóstico vital.

Sin embargo, en este tipo de paciente confluyen las dificultades mayores para valerse de la clínica y de la radiología adecuadamente: gravedad, inconsciencia u obnubilación del sensorio, multiplicidad de lesiones, signos físicos abdominales atenuados, etc. Hemos analizado estos hechos que conspiran contra la seguridad del diagnóstico y que se incrementan al máximo en casos de catástrofe o accidente colectivo.

En tales circunstancias el cirujano debe tomar una decisión en breve plazo, consciente de que tanto la acción como la abstención mal orientadas, comprometen la vida del paciente a su cargo.

Importa pues, enormemente, contar con todos los recursos de diagnóstico accesibles a la utilización inmediata. Y es nuestra opinión que aquí encuentra la paracentesis diagnóstica una de sus principales indicaciones, constituyendo un procedimiento inmediato, sencillo, inocuo y de completa seguridad cuando es positivo.

Aporta, en un porcentaje superior a cualquier otro método auxiliar del diagnóstico, datos confirmatorios de la complicación abdominal. A través del tipo de exudado peritoneal extraí-

do, puede establecer con frecuencia el órgano o viscera involucrados. Contribuye así también a facilitar los planes tácticos quirúrgicos.

Consideramos que su conocimiento y utilización debe formar parte de la práctica corriente en cirugía abdominal traumática, con especial aplicación al politraumatizado grave.

SUMARIO

Se presentan 8 observaciones de lesiones viscerales abdominales en politraumatizados: 6 con hemoperitoneo y 2 con peritonitis por lesión de vísceras huecas.

Los autores se refieren y analizan las dificultades para el diagnóstico halladas en este tipo de pacientes, especialmente en casos de catástrofe o accidente colectivo. Destacan que el retardo en el diagnóstico se constituye en una de las causas fundamentales que gravan el pronóstico.

Exponen la experiencia muy favorable lograda con la paracentesis diagnóstica en sus pacientes, considerándola un procedimiento inocuo, de fácil e inmediata utilización y de absoluta seguridad cuando resulta positivo.

BIBLIOGRAFIA

1. BYRNE, R. V. Splenectomy for traumatic rupture with intra-abdominal hemorrhage. "Arch. Surg.", 61: 273-285; 1950.
2. BYRNE, R. V.—Diagnostic abdominal tap. "West. J. Surg. Obst. Gyn.", 64: 369-373; 1956.
3. CIAUDO, D.; NINI, N. et ATALLAB, F.—Valeur de la ponction dans les contusions de l'abdomen. "Mém. Ac. Chir.", 88: 468-472; 1962.
4. DRAPANS, T. and Mc DONALD, J.—Peritoneal tap in abdominal trauma. "Surgery", 50: 742-746; 1961.
5. ESTES, W. L.—The recognition and treatment of non penetrating abdominal trauma. "Surg. Clin. North Am.", 38: 1591-1604; 1958.
6. GIACOBINE, J. W. and SILER, V. E.—Evaluation of diagnostic abdominal paracentesis with experimental and clinical studies. "Surg. Gyn. Obst.", 110: 678-686; 1960.
7. GIMBATTI, J. F. M. y MOLINARI, P. E.—Ruptura del bazo. Conclusiones de 27 casos tratados. "Pren. Méd. Arg.", 46: 1879-1887; 1959
8. GIMBATTI, J. F. M.—Punción abdominal diagnóstica. Diez años de experiencia de la Guardia del Policlínico San Martín. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 25: 691-707; 1964.
9. GRISWOLD, R. A. and COLLIER, H. S.—Blunt abdominal trauma. "Surg. Gyn. Obst.", 112: 309-329; 1961.

10. KAUFMANN, J. R.; ECKES, W. P. and MULE, J. Peritoneal tap. "Arch. Surg.", 49: 39-43; 1944.
11. KENNEDY, R. H.; BLUM, L.; BRYER, B. F. and PAYSON, B. A. The multiple injury patient. "Bull. Am. Coll. Surg.", 42: 107-112; 1957.
12. KENNEDY, R. H.—The appraisal and management of patient with multiple injuries. "Surg. Clin. North Am.", 38: 1661-1673; 1958.
13. MADDING, G. F.—Wounds of the liver. "Surg. Clin. North Am.", 38: 1619-1629; 1958.
14. MADDING, G. F. and KENNEDY, P. A.—"Trauma to the liver". W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1965.
15. MOLINARI, P. E. y GIMBATTI, J. F. M.—La punción abdominal diagnóstica en la contusión del abdomen. "La Sem. Méd." (Bs. As.), 108: 774-780; 1956.
16. MORTON, J. H.; HINSHAW, J. R. and MORTON, J. —Contusión del abdomen. "Ann. Surg.", 145: 644-654; 1957.
17. PERDOMO, R. La paracentesis diagnóstica en el abdomen agudo. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 33: 232-255; 1962.
18. REQUARTH, W. Indications for operation for abdominal trauma. "Surgery", 46: 461-46 ; 1959.
19. SUGASTI, J. A.—Reintervenciones urgentes por hemorragia en cirugía abdominal. "XXXV Congr. Arg. Cir.", 1: 245-380; 1964.
20. THOMPSON, C. T. and BROWN, D. R.—Diagnostic paracentesis in the acute abdomen. "Surgery", 35: 916-919; 1954.
21. VILLAFANE, I. Z. y DI PIETRO, A.—La punción directa del intestino normal es inocua. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 5: 343-356; 1944.
- WEAKLEY, S. D. and CLEGG, C. B.—Diagnostic value of paracentesis in the acute surgical condition of the abdomen. "Am. J. Surg.", 93: 802-806; 1957.
23. WILLIAMS, R. D. and ZOLLINGER, R. M.—Diagnostic and pronostic factors in abdominal trauma. "Am. J. Surg.", 97: 575-578; 1959.
24. WRIGTH, L. T. and PRIGOT, A.—Traumatic subcutaneous rupture of the normal spleen. "Arch. Surg.", 39: 551-576; 1939.

COMENTARIO

Dr. PIQUINELA. La comunicación de los Dres. Perdomo y Filgueira, tiene el mérito de poner el acento en un aspecto del manejo de los cuadros abdominales agudos, especialmente postraumatismo, que es motivo de discusión prácticamente en el mundo entero.

En ciertos lugares, como en Norteamérica, se sostiene desde hace años que éste es un procedimiento excelente, no ya en los politraumatizados, sino en la simple contusión de abdomen, se considera que debe ser empleado sistemáticamente. En Inglaterra se piensa exactamente lo contrario y, en agosto de este año, en el "British Journal of Surgery" se puede leer un trabajo de

un cirujano americano (muy documentado) con puntos de vista similares a los que mantienen los comunicantes, para despertar entre los cirujanos ingleses el interés por un procedimiento que ellos consideran de un elevado porcentaje de casos positivos y de real utilidad para los enfermos. En nuestro país se ha mirado hasta hace no mucho tiempo con particular renuencia este procedimiento y ha sido precisamente el Dr. Perdomo uno de los que ha empezado a aportar (desde hace dos o tres años) casos mostrando la inocuidad del procedimiento (cosa que se tiende a admitir cada vez más) y la eficacia de éste. Se podría decir que en nuestro medio, las posiciones están separadas en dos corrientes: los partidarios de hacer una laparotomía exploradora y los partidarios de no someter a una laparotomía exploradora sino sobre la base de una punción previa. Nosotros queremos (muy brevemente) recordar que hay un tipo de traumatizado donde posiblemente este procedimiento sea muy defendible y es en el politraumatizado; cuando nosotros nos ocupamos (hace ocho o diez años) de contusión de abdomen y trabajamos en rupturas de bazo y en rupturas de hígado, tuvimos oportunidad de publicar algunas observaciones recogidas en medios donde se asiste a enfermos traumatizados, en donde la asociación lesional (cosa que, por otra parte, el Dr. Pereyra señaló) ha hecho retardar el diagnóstico de una lesión abdominal en que la sintomatología abdominal, disimulada o poco acentuada, se ha desdibujado ante la resonancia y la estridencia (diríamos) de la sintomatología asociada. Nosotros estamos convencidos que la punción abdominal bien indicada, en determinadas situaciones, puede ser (con las reservas que algunos le hacen) un excelente método para el reconocimiento en tiempo útil de una lesión abdominal que obligue a una laparotomía. Nada más.