

CONTUSION DE ABDOMEN *

Estudio estadístico

Dres. MARIO C. CAMAÑO, JUAN C. CASTIGLIONI BARRIERE
y ROMEU MACHADO DA LUZ

I) INTRODUCCION

Las contusiones de abdomen plantean serios problemas de diagnóstico y tratamiento, tanto por la gravedad y variedad de las lesiones que pueden provocar, como por la frecuencia con que se asocian a traumatismos de otros sectores del organismo.

En el presente trabajo se analizan las contusiones de abdomen atendidas en la Clínica Quirúrgica del Hospital Pasteur en un período de veinte años (1946-65), algunas de las cuales han sido ya motivo de publicación (2, 4, 5, 7).

II) FRECUENCIA

El cuadro I muestra la frecuencia de la contusión de abdomen.

Cuadro I

Total de ingresos en 20 años	20.000
Ingresos por traumatismos	900
Traumatismos de abdomen ..	160
Heridas	98
Contusiones	62

La frecuencia es baja, correspondiendo a traumatismos cerrados de abdomen el 0,31% del total de los ingresos (1 por 322). Es mayor, sin embargo, que la que señalan Wilson (12), 1 por 914 sobre 240.000 pacientes, y Ternon (10), 1 por 1.800 sobre 120.000 ingresos.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Walter R. Suiffet.

Las contusiones de abdomen fueron menos frecuentes que las heridas, en proporción de 1:1,5.

III) EDAD Y SEXO

La distribución por sexo, 16 mujeres (26%) y 46 hombres (74%), muestra una proporción de 1:2,8. La preponderancia del sexo masculino es menor que en otras estadísticas (8, 9, 11, 12).

La edad promedio es baja: 33 años. Entre 10 y 60 años se agrupan el 90% de los casos, sin predominio en ninguna década.

IV) ETIOLOGIA

La distribución según la causa del traumatismo se observa en el cuadro II.

Cuadro II

Accidentes de tránsito	20	32,2%
Caídas	12	19,3%
Accidentes de trabajo	11	17,7%
Golpes por animales	7	11,2%
Agresiones	7	11,2%
Deporte	4	6,4%
Escopetazo no penetrante	1	1,6%

V) PATOLOGIA

De los 62 pacientes, 33 presentaban lesiones viscerales. En los 29 restantes, ellas se limitaban a la pared abdominal. El cuadro III muestra las lesiones comprobadas.

CUADRO III

Lesiones univiscerales	25
Bazo	9
Riñón	6
Hígado	4
Intestino delgado	4
Páncreas	2

Lesiones multiviscerales	8
Bazo y riñón	3
Bazo, hígado, riñón y mesenterio	1
Hígado y mesenterio	1
Duodeno, mesenterio, hígado y vena mesentérica	1
Riñón y mesocolon	1
Colon e intestino delgado	1
Lesiones parietales	29
Fractura de pelvis	4
Pared anterolateral	25

En cuanto a la susceptibilidad de las distintas vísceras a ser lesionadas por un traumatismo cerrado, podemos establecer la siguiente secuencia.

Cuadro IV

33 enfermos	45 vísceras lesionadas
Bazo	13
Riñón	10
Hígado	7
Intestino delgado	5
Mesenterio (sin I. D.)	4
Páncreas	2
Duodeno	1
Colon	1
Mesocolon	1
Vena mesentérica	1

Se comprueba la mayor frecuencia con que son afectadas las vísceras sólidas, hecho común en todas las estadísticas (1, 3, 9, 11, 12).

VI) TRAUMATISMOS ASOCIADOS

Una tercera parte de los pacientes sufrieron una agresión traumática de otra región del organismo además del abdomen. De los 21 enfermos en esta situación, 12 tenían lesión visceral abdominal, 4 una fractura de pelvis y sólo 5 una contusión parietal simple.

Los traumatismos asociados se detallan en el cuadro V.

Cuadro V

Cráneo	8
Tórax	2
Raquis	1
Miembro superior	2
Miembro inferior	1
Cráneo y tórax	2
Cráneo y raquis	1
Cráneo, raquis y tórax	1
Cráneo y miembros	2
Tórax y miembros	1

VII) DIAGNOSTICO

De los 33 enfermos con lesión visceral, 29 fueron intervenidos. Los otros 4 corresponden a traumatismos renales aislados.

En 25 de los citados 29 el diagnóstico preoperatorio fue correcto. Los elementos clínicos que guiaron el diagnóstico fueron en general claros. De 19 casos de lesión de víscera sólida, 14 tenían dolor y defensa abdominal y un cuadro de anemia aguda, en 2 esta última no se acompañó de síntomas abdominales y en 3 existían dolor y defensa sin anemia aguda. Los 6 casos de rotura de víscera hueca tenían signos evidentes de irritación peritoneal.

Se cometieron 4 errores de diagnóstico. En dos casos, operados por presunción de lesión de duodeno e hígado respectivamente, se comprobó sólo una lesión renal, asociada a hematoma retroperitoneal en un caso y mesocolónico en el otro. Otros dos pacientes se intervinieron sin conocimiento del antecedente traumático, con diagnóstico de colecistitis aguda y pancreatitis aguda, correspondiendo a un hematoma subcapsular de hígado y a una lesión traumática del páncreas respectivamente.

Se practicaron 3 laparotomías en ausencia de afectación visceral, presumiendo en todos una lesión de víscera hueca.

Se efectuó estudio radiológico en 13 de los 32 pacientes operados. Aportó datos de valor diagnóstico en 9 de ellos: 7 roturas de bazo (ocupación de la logia esplénica) y 2 de intestino delgado (neumoperitoneo).

La paracentesis fue realizada en un caso de rotura de bazo, resultando positiva.

Del análisis de las historias clínicas se desprende que las mayores dificultades diagnósticas se presentaron en los enfermos con lesiones de víscera hueca. Ellas fueron causa en varias ocasiones de retardo en el tratamiento quirúrgico.

VIII) MORTALIDAD

La mortalidad global en nuestra serie es de 9 casos (14,5%). Si consideramos sólo los pacientes con lesión visceral, asciende al 27,2%. Esta cifra está de acuerdo con las estadísticas consultadas, que señalan del 14 al 39% (1, 9, 10, 12).

Del análisis de estos casos se pueden extraer algunas conclusiones:

- a) La edad no influyó en la evolución de los enfermos.
- b) A la conocida gravedad de los accidentes de tránsito debemos agregar la de los traumatismos producidos por animales.

La mortalidad referida a la etiología del traumatismo es:

Accidentes de tránsito	20 casos	5 muertes	25%
Traumatismos por animales	7 casos	3 muertes	42,8%
Todas las otras causas	35 casos	1 muerte	2,8%

- c) La gravedad de las lesiones multiviscerales y de los traumatismos asociados extraabdominales ha sido corroborada por nuestra casuística, como surge de las siguientes cifras:

Lesiones univiscerales	25	6 muertes	24%
Lesiones multiviscerales	8	3 muertes	37%
Traumatismos abdominales puros	21	4 muertes	19%
Traumatismos extraabdominales asociados	12	5 muertes	41%

El análisis de los 9 pacientes fallecidos muestra:

1) El mal pronóstico de las lesiones abdominales multiviscerales, presentes en 3 de los 9 casos, así como de los traumatismos asociados extraabdominales (5 casos) y dentro de éstos de los torácicos (3 casos).

2) Que dentro de las lesiones univiscerales puras abdominales es de destacar la buena evolución común en las roturas de bazo y el mal pronóstico de las lesiones de intestino delgado, que tuvieron en nuestra serie una letalidad del 50%.

3) Que el retardo en el tratamiento ensombrece el pronóstico. Dos pacientes operados con peritonitis evolucionadas fallecieron.

4) La necesidad de una correcta reanimación preoperatoria. Su omisión fue fundamental en la mala evolución de 3 enfermos.

5) Que el tratamiento quirúrgico inadecuado por insuficiente fue causa de la muerte en uno de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. CUCULIC, C. R.— Contribución estadística de los traumatismos de abdomen del Instituto de Ortopedia y Traumatología (Correlato). "7º Congr. Urug. Cir.", 1: 274; 1956.
2. ETCHEVERRIA PRIETO, P. M.— Heridas y contusiones de hígado (Relato). "16º Congr. Urug. Cir.", 1: 7; 1965.
3. FITZGERALD, J. B.; (CRAWFORD), R. D. and DE BAKEY, M. E.— Surgical considerations of non-penetrating abdominal injuries. An analysis of 200 cases. "Amer. J. Surg.", 100: 22; 1960.
4. ITUSO, C. y CAZABAN, L. A.— Traumatismo cerrado grave de páncreas. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay. (Inédito.)
5. LARGHERO, P. and GIURIA, F. Traumatic rupture of the spleen. "Surg. Gynec. Obst.", 92: 385; 1951.
6. PIQUINELA, J. A. Contusión de abdomen. "Día Méd. Urug.", 26: 1; 1959.
7. PRADINES, J. C.— Anatomía patológica de los traumatismos de abdomen (Correlato). "7º Congr. Urug. Cir.", 1: 236; 1956.
8. SILVEIRA BARCELLOS, C.— Traumatismos del abdomen (Relato). "7º Congr. Urug. Cir.", 1: 149; 1956.
9. SOLHEIM, K.— Closed abdominal injuries. "Acta Chir. Scand.", 126: 579; 1963.
10. TERNON, Y. Le traumatisme et ses effects. "Rev. Prat.", 13: 2653; 1963.
11. WILLIAMS, R. D. and ZOLLINGER, R. M.— Diagnostic and pronostic factors in abdominal trauma. "Amer. J. Surg.", 97: 575; 1959.
12. WILSON, D. H.— Incidence, aetiology, diagnosis and prognosis of closed abdominal injuries. A study of 265 consecutive cases. "Brit. J. Surg.", 50: 31; 1963.

COMENTARIO

Dr. PRADINES.— En estos breves comentarios que vamos a hacer, tocaremos algunos puntos aislados. Se ve ya que es un trabajo de interés por considerarse un tema candente, tanto por su frecuencia como por sus dificultades diagnósticas, por su terapéutica a menudo difícil y por la alta letalidad que presentan estos enfermos. Es un trabajo importante el que hemos oído, porque está respaldado por el análisis de 20.000 historias que comprenden la totalidad del archivo del Prof. Larghero y su continuación en el momento actual por el Prof. Suiffet, y se estudian así en este lapso 20.000 pacientes que corresponden aproximadamente a veinte años de actuación. El número de traumatismos fue de 160 (es un hecho a señalar) con 9 heridas y 62 contusiones. Es indudable que el número de contusiones irá en el futuro en aumento, no sólo porque crecen las posibilidades etiológicas, sino también porque es de esperar que las heridas disminuyan a medida que la educación popular mejore.

Otro aspecto de la etiología. Resaltamos el hecho por todos conocido: el predominio de accidentes de tránsito que ha alcanzado en las estadísticas observadas un 32%, seguramente que este porcentaje a través de los años se irá elevando.

Los autores destacan con razón el problema de las lesiones viscerales múltiples. Para el cirujano que actúa frente a estos enfermos, siempre son una posible trampa; durante la intervención se debe ser desconfiado, si se encuentra una lesión hay que buscar otra y si se han encontrado dos lesiones debemos buscar una tercera, quiere decir esto que la buena exploración y el buen tratamiento operatorio son básicos para lograr una mejor evolución de estos enfermos y disminuir los índices de mortalidad elevados que se han presentado.

Otro hecho de esas 63 contusiones de abdomen: hay 33 pacientes con lesiones viscerales; podemos decir, por lo tanto, groseramente, que de cada dos enfermos que ingresan en un hospital por una contusión de abdomen, uno de ellos tiene por lo menos una lesión interna que requiere la intervención quirúrgica. Señalo que me refiero a los enfermos que ingresan, que son internados por los Servicios de guardia, porque hay seguramente en los Servicios de guardia un grupo de pacientes con contusiones o traumatismos mínimos que son descartados y no han ingresado al hospital.

En otro aspecto, el capítulo de diagnóstico siempre ha sido apasionante y a menudo está sembrado de dudas o de errores. Creo que deben emplearse todos los métodos de examen a condición de no demorar la terapéutica, pero creo que la duda debe ser siempre eliminada por una laparotomía exploradora. El autor señala entre los elementos de diagnóstico, que en un caso empleó la punción diagnóstica. Nosotros casi nunca la hemos usado, no tenemos experiencia al respecto, no soy muy entusiasta de ella. La mortalidad en estos enfermos ha sido alta, 14% en el grupo total de 62 enfermos, pero se eleva casi a un 30% de los enfermos que llegados se han hecho portadores de lesiones viscerales, es decir, que podemos casi afirmar que de cada tres enfermos con lesiones viscerales uno se muere, es decir, que son cifras de jerarquía; una última cifra que debe ser bien tenida presente, 41% de mortalidad en enfermos con contusiones de abdomen más un traumatismo asociado en otro sector. Estos hechos, señalados casi al pasar, ponen de manifiesto la importancia del problema, como también un conjunto de factores que si no son bien pensados y bien resueltos llevarán a terminaciones fatales. Creo que el trabajo que han traído los autores, merecería ser estudiado exhaustivamente en cada uno de sus capítulos, ya que así se podrían sacar seguramente muy buenas enseñanzas.