

Herida penetrante Toraco-Abdominal

F. L. de 18 años, soltera, de oficios domésticos, nacida y vecina de Tegucigalpa, ingresa a mi Servicio de Cirugía del Hospital General por varios balazos recibidos la mañana de ese mismo día, el 27 de julio de este año.

El médico de guardia encuentra heridas del brazo, del antebrazo derecho con un proyectil bajo la piel del codo, una herida superficial del abdomen y la última con un agujero de entrada al nivel del séptimo espacio intercostal derecho sobre la línea axilar media y el de salida al nivel del undécimo espacio intercostal izquierdo también sobre la línea axilar.

El estado general de la paciente es tan bueno y la ausencia de síntomas torácicos y abdominales tan absoluta que se opta por la abstención operatoria en la creencia de que se trata únicamente de una herida penetrante simple del tórax.

Al día siguiente, 28, a las 8 a. m. la encuentro yo también en magníficas condiciones generales: temperatura, 37; pulso, 80; no hay dolor espontáneo ni vómitos, ni detención de materias y de gases; apenas un ligero dolor provocado y contractura poco marcada sobre la región epigástrica; al tacto vaginal se acusa perfectamente un dolor en el Douglas y se obtiene una sensación de fluido que nos indica claramente la presencia de un derrame sanguíneo. Por el lado torácico sólo encontramos a la percusión un pequeño derrame

cuya altura no pasa de dos traveses de dedo y ausencia de todo otro síntoma como no fuera el dolor al nivel de los agujeros de entrada y salida del proyectil.

Fueron suficientes para nosotros la peueña contractura epigástrica y el dolor provocado, el dolor y sensación de fluido en el Douglas y el derrame pleural para formular el diagnóstico de herida penetrante Toraco-Abdominal con la lesión del hígado, el estómago y colon probables.

No juzgamos indispensables ni el examen de sangre ni la radiografía, para llegar a tal conclusión.

Procedimos inmediatamente a practicar una laparatomía media supraumbilical. Encontramos un agujero sobre la convexidad del hígado a 4 traveses de dedo del borde anterior y 2 hacia la derecha de la línea media, una enorme herida por estallido sobre la cara inferior como de 3 pulgadas de largo y muy posterior; una herida del estómago que interesó las tres túnicas con muy pequeño derrame de su contenido; una hemorragia de la cara inferior del hígado intensificada al explorar con el dedo y quitar unos coágulos que cubrían la herida y nada en el epiplón y el colon.

Hicimos sutura de la herida de la cara convexa, 3 puntos de catgut; sutura a dos planos del estómago y por imposibilidad técnica de suturar la herida de la cara inferior del hígado un pequeño Mikulicz. Sutura de la

pared en 3 planos. Colpotomía posterior y drenaje del Douglas.

Aunque las heridas epigástrica y vaginal supuraron mucho la evolución hacia la curación se hizo de la manera más correcta hasta la cicatrización sólida y fuerte.

La temperatura fue constante desde el día de la operación de acuerdo con la supuración instalada.

El 8 de agosto la enferma acusa dolor en el hipogastrio y dificultad para orinar; el examen sólo demuestra el dolor, al tacto vaginal nada, lo atribuimos a supuración del Douglas.

En vista de que la temperatura elevada persistía y el dolor del hipogastrio a pesar de la enorme disminución de las supuraciones epigástrica y vaginal amén del franco abultamiento sobre el pubis pensamos en un absceso del espacio de Retzius. Una punción previo cateterismo vesical lo comprobó y procedimos a abrir y drenar dicho espacio el 14 de agosto, evacuando más de 200 gramos de pus.

En tanto que curábamos las primitivas heridas ya sin supuración sólo persistía una ligera temperatura de 37.5 a 38 por la tarde y 36.5 a 37 por la mañana.

Pero como esas temperaturas persistieran sin haber supuración alguna en ninguna de todas las heridas hicimos un examen general que nos mostró un bello derrame pleural derecho, comprobado por la punción y fluoroscopia sin acusar la enferma ningún signo torácico respiratorio.

Procedimos el 11 de septiembre a practicar una resección

parcial de la novena costilla derecha seguida de pleurotomía y drenaje con largos tubos de hule filados con crines a la piel y desembocando en dos botellas que contenían en el fondo una solución débil de oxicianuro de mercurio. Extraje unos 300 gramos de pus y buena cantidad de grumos y de falsas membranas.

El 12 la temperatura vespertal sólo fue de 37.5.

El 13 normal y así hasta el 24 que fue dada de alta perfectamente curada.

COMENTARIO

Nada más corriente entre nosotros que las heridas penetrantes torácicas, abdominales y toracoabdominales por armas cortantes y de fuego.

El motivo que la publicación del presente caso: diagnóstico inmediato impreciso y pleurotomía excelente.

Se trata de una joven de 18 años que fue violentamente agredida a tiros de revólver por un desalmado. Es conducida inmediatamente al Hospital donde la apariencia no muestra lesiones de gravedad: ausencia de tos, de expectoración sanguínea, de disnea, de enfisema, de neumotórax; de vómitos de sangre, de signos de hemorragia interna de contractura, de timpanismo, etc. No fue sino hasta el día siguiente que a pesar de su magnífico estado general, una exploración abdominal minuciosa mostró ligera contractura abdominal superior que junto con la dirección del proyectil nos hizo pensar en herida penetrante del abdomen; ya el pequeño

derrame pleural nos había conducido al diagnóstico de herida penetrante del tórax.

Asombra en verdad que una gran herida con estallido transfixiante del hígado no haya ocasionado una enorme hemorragia interna y que la herida del estómago no haya dejado pasar gases en considerable cantidad para causar un fuerte timpanismo.

En cambio no fue motivo de asombro no encontrar signos funcionales y físicos de herida penetrante del tórax por lo bajo de la salida del proyectil y porque la entrada se hizo directamente sobre la región hepática por cuyo motivo sólo interesó la pleura y si acaso muy poco el pulmón cosa que dudamos.

Creemos haber realizado un tratamiento correcto de la herida abdominal (sutura del hígado por la convexidad, taponamiento por la cara inferior) sutura del estómago, colpotomía posterior.

Tampoco nos causó impresión la aparición del absceso del espacio de Retzius, lo calificamos de origen metastásico y celebramos fuera allí y no en una viscera.

Lo mismo sucedió con el empiema pleural el que lamentamos haber diagnosticado tardíamente por atribuir las pequeñas temperaturas a los otros focos de supuración y no acusar la paciente ningún fenómeno torácico.

El punto más interesante de este relato es el concerniente a la pleurotomía.

La hemos realizado por los diferentes métodos propuestos por los autores: pleurotomía simple; pleurotomía con resección costal y drenaje corriente en ambos casos con tubos cortos; pleurotomía por el procedimiento de Gregoire o colgajo cutáneo; pleurotomía con válvula, etc. Si bien siempre hemos curado los empiemas traumáticos con cualquiera de las intervenciones mencionadas, pero nunca con la facilidad y rapidez del caso actual: la enferma fue pleurotomizada el 11 de septiembre y el 24 del mismo la paciente salía curada del Hospital con su herida torácica cerrada.

Atribuyo tan señalado éxito a la aplicación de largos tubos en la cavidad fijados por crines a la piel y éstos conectados por medio de tubos de vidrio a otros más largos, cuyos extremos se introducían en botellas conteniendo en el fondo una solución de oxicianuro de mercurio para impedir la entrada de aire en la cavidad pleural; y a la gimnasia respiratoria impuesta desde el mismo día de la más sencilla manera: un tubo de hule uniendo dos botellas que contienen agua hasta la mitad y otros dos tubos cortos también metidos en las mismas botellas, uno en cada una para soplar y pasar el agua de una a otra botella. Así conseguí no sólo una constante evacuación del pus sino amplias expansiones del pulmón un tanto retraído por bastante tiempo por el derrame. No quedó ninguna deformidad torácica, ninguna escoliosis ni fístula.

S. Paredes P.