

Tres notas clínicas

por el doctor **SANTIAGO PEREZ VAZQUEZ**

De Sanidad de Carabineros. Jefe de Equipo Quirúrgico

HERIDAS DE DIAFRAGMA

Entre las heridas frecuentes y que por su importancia precisan un tratamiento rápido se encuentran las del músculo diafragma.

Son lesiones que rara vez son únicas, y generalmente se acompañan de lesiones iniciales en las paredes de cavidades, como la torácica y la abdominal; lugares por donde penetró el proyectil, que en su trayectoria de arriba a abajo o de abajo a arriba, o transversal (herida bipolar torácica inferior) le lesiona, produciendo trastornos graves en la dinámica respiratoria, así como efectos secundarios sobre la circulación.

En los casos tratados por nosotros, tanto en heridos por metralla o bala, podemos clasificar las lesiones del diafragma, primero, en lesiones toracodiafragmáticas y abdominodiafragmáticas; en las primeras, las lesiones corresponden a paredes torácicas y diafragma sin lesión visceral; las segundas, la puerta de entrada en abdomen y lesión diafragmática; sin haberles encontrado lesión visceral; tanto unas como otras se pueden considerar como lesiones toracodiafragmáticas abdominales, sin lesión visceral, las cuales siempre son hallazgos que se aclaran en la intervención, pues por el lugar del orificio de entrada del proyectil, penetrante en pared abdominal si es torácico por su situación baja (base torácica), los síntomas concomitantes del abdomen indican siempre la práctica de la laparotomía urgente para remediar los destrozos de la metralla o bala.

En estos casos nos hemos encontrado que al abrir el abdomen el silbido característico de ruptura de diafragma, con trastornos graves en la respiración sin hallar lesiones viscerales alguna, después de detenido reconocimiento, encontrándonos la metralla o sobre superficie de hígado, o en mesocolon transverso, o perdida (casos operados con el doctor Valoria por nuestro equipo quirúrgico).

Otras veces las lesiones diafragmáticas se acompañan de lesiones visce-

rales, y son las heridas toracodiafrágicasviscerales que complican gravemente el pronóstico de la lesión del músculo diafragma ; estas lesiones pueden ser de víscera macizas, y generalmente es el hígado el órgano más afectado y coincidente con las lesiones del hemitórax derecho por bala o metralla ; de los casos tratados por nosotros (de quince casos) seis eran lesiones torácico diafrágicas hepáticas en los últimos casos ; en nuestro equipo quirúrgico, que actuaba con el compañero Valoria en Colmenar Viejo, otros fueron operados por mí, tres con lesiones diafrágicas y hepáticas, y por él, dos (estos heridos eran toracodiafrágicos con herida penetrante en tórax y síntomas abdominales).

Cinco casos eran lesiones de hemitórax izquierdo, en los cuales uno solamente presentaba una lesión en borde anterior de bazo y lóbulo izquierdo de hígado, con perforación de cara anterior de tuberosidad mayor de estómago (comprobado y visto por el doctor Valoria) ; otro caso en perforación de cara anterior y posterior de tuberosidad mayor del estómago (ayudado a operarlo por el doctor La Casa, del equipo quirúrgico del capitán médico Valoria), y los casos restantes se acompañaban de lesiones intestinales, y los casos sencillos de verdaderas contusiones peritoneales sin llegar a la perforación.

En esta nota clínica no hacemos más que reseñar la importancia de buscar en las lesiones altas de abdomen y bajas de tórax la lesión del diafragma, que origina trastornos que una vez restablecidos cambian por completo la sintomatología respiratoria del herido.

Puesto que una vez que hemos practicado la sutura del orificio diafrágico evitamos el neumotórax «discordante» de la pared torácica lesionada y el del diafragma, el primer orificio en comunicación con el exterior y el segundo con la cavidad abdominal. El tratamiento que hemos seguido es la sutura del diafragma en su parte lesionada, habiendo obtenido resultados inmejorables, como lo demostraremos con estadísticas posteriores.

¿PORVENIR DE LOS HERIDOS DE HIGADO?

Esta pregunta nos la hacemos después de haber intervenido en bastantes casos de heridos con lesiones intensas de parénquima hepático, tanto en los hospitales de San Carlos, en Madrid, como en el hospital de Tarancón y en el de Colmenar Viejo, en los cuales, sobre todo en los dos últimos, nos llegaban los heridos a la hora o a las dos horas de haber padecido la lesión ; y siendo nuestra estadística de veinticuatro casos de heridos en los cuales el hígado era el principalmente afectado, hacemos esta pequeña nota clínica con algunas consideraciones.

En unos y en otros casos fuimos ayudados por los doctores Burgaleta, Carrillo y Valoria, y nosotros resumimos las lesiones de hígado en dos

grupos: en heridas perforantes de hígado, con un trayecto más o menos amplio, y heridas por estallido, en las cuales el trayecto es irregular, con colgajos desprendidos y aun con parcelas de hígado completamente desprendidas, siendo un caso de los más curiosos el de un herido, en el hospital de Colmenar Viejo, con una herida en hipocondrio derecho, el cual, al practicarle la laparotomía con incisión curvolateral, nos encontramos con hemorragia intensísima y al separar mesocolon transverso y dejar descubierta cara inferior de hígado en un charco de sangre extrajimos porciones de hígado (nos ayudaba el doctor Valoria) que sacamos de la cavidad abdominal; asimismo otro caso en el hospital de Tarancón con verdadero estallido de hígado pudimos tratarlo con resultado satisfactorio.

No hemos podido diferenciar las lesiones de hígado en cuanto a la lesión que se produce por el proyectil que la origina (metralla o bala), pues tanto una como otra pueden producir simples trayectos —un caso de ellos es un soldado voluntario al cual le encontramos el trozo de metralla en cara inferior de hígado después de reproducir un trayecto desde la convexidad (caso ayudado por el doctor Torrecilla)— o trayectos estrellados con estallido producidos por bala, como el operado en Tarancón a un teniente de Carabineros en el cual había un verdadero estallido y otro más reciente operado por el doctor Valoria en el hospital de Colmenar Viejo.

Así como en los diferentes casos operados y vistos nos llevan a la conclusión de que el proyectil no determina la lesión, sino la distancia y velocidad del mismo actuando sobre la cavidad abdominal (presión intraabdominal) y un órgano parenquimatoso con una cápsula fuerte son los que determinan los efectos de explosión o efectos hidrodinámicos, tanto por la bala como por la metralla, dejando en segundo lugar el tamaño del proyectil, el cual produce una destrucción en relación con su volumen hasta verdaderas evisceraciones de hígado, como hemos observado en los heridos por grandes trozos de metralla de cañón o de aeroplano.

Estos casos serán tratados aparte en otra nota clínica, y únicamente me referiré en ésta a los casos de lesión del hígado sin eventración del mismo.

¿Qué causas hacen que los heridos de hígado nos lleguen en condiciones de poder ser intervenidos?

No es solamente la rapidez de evacuación y la prontitud de intervención los factores esenciales para el éxito de la intervención, sino el mantenimiento de la presión intraabdominal y el lugar de localización de la lesión. Todo el herido de hígado con lesión de entrada en tórax o abdomen, pequeña o grande, pero oblicua, que queda cerrada después de producida por la adaptación de las paredes, y por tanto mantiene una presión intraabdominal, es un herido que dificulta la hemorragia interna y favorece la

aplicación de masas intestinales, epiploon, contra la superficie cruenta del hígado, dificultando la hemorragia y favoreciendo el coágulo.

Y así lo demostraremos, que al hacer la laparotomía por una herida de hígado, al abrir el peritoneo disminuimos la presión intraabdominal, la sangría se hace intensa y no nos podemos explicar más que por este fenómeno de presión intraabdominal mantenida y emigración de epiploon o de vísceras la resistencia a morir por hemorragia interna en estos casos.

La importancia del mantenimiento de la presión intraabdominal se agrava en los heridos de hígado cuando coinciden con lesiones del músculo diafragmático que impiden dicha presión (casos del doctor Valoria y casos nuestros); otro factor que influye para determinar la gravedad de las lesiones hepáticas es el lugar de localización de las mismas; toda herida hepática del tipo que fuere que no pase por el centro de los lóbulos hepáticos es infinitamente menos grave que aquella que pase por el centro de éstos.

La razón es obvia, puesto que toda lesión que origina destrucción de los vasos más gruesos de un órgano (pulmón e hígado) da lugar a la muerte por hemorragia interna antes de la intervención o en la intervención misma, a pesar y por la transfusión, como nos ocurrió en tres casos de lesiones de convexidad del hígado y en uno últimamente tratado por el doctor Valoria.

Es decir, que el hígado no se libra de la ley general que existe para las heridas de pulmón (todá herida cercana al hilio más grave), y pues a la lesión vascular siempre va unida la de los conductos biliares, y éstos son más gruesos a medida que se acerca uno al hilio, de aquí que la gravedad por la lesión vascular se aumenta por la lesión de los conductos biliares a medida que se acerca la lesión al hilio.

Nosotros, en destrucciones grandes de hígado, en borde inferopostero-interno, con arrancamiento del mismo, hemos aplicado epiploon; con un Mikulich contentivo lo hemos hecho dos veces con resultados positivos, cerrando la cavidad abdominal lo más perfecta posible para mantener la presión intraabdominal y poder quitar el Mikulich, que iba en trayecto valvular; otras veces hemos empleado epiploon, que hemos introducido en el trayecto con una pinza curva intestinal y después le suturamos, haciéndonos de tapón en el trayecto hemorrágico.

Otras veces hemos procurado suturar con cagut grueso la superficie sangrante, y en las lesiones pequeñas no hemos hecho nada más que echar éter y aplicar una torunda con adrenalina al milésimo y después suturar.

Y aun en algún caso operado en Colmenar Viejo, y ayudado por el doctor Lacasa, la perivisceritis que padecía el herido, un verdadero bloqueo de hígado y de intestino, no era tal que después de aislar intestinos delgados y gruesos y demostrar que no había lesión de víscera hueca abdominal, la

periepatitis era tan intensa que nos impidió movilizar hígado de diafragma, y aunque éste estaba tunelizado por la bala y se extrajo ésta no se pudo hacer nada en hígado; se dieron unos puntos de sutura en cara inferior de hígado y el enfermo salió del hospital de graves. En todos los casos hemos de hacer constar nuestro agradecimiento al Equipo Canadiense de Transfusión de Sangre, que nos proporcionaba sangre e instrumental para practicar la transfusión.

¿Cuál es el porvenir de estas cicatrices en órganos como el hígado, y no solamente de hígado, sino en los casos que tenemos operados de cerebro, que ya haremos la nota clínica, en la cual podemos presentar casos de heridos con lesiones extensas, así como de pulmón, curados clínicamente? En los de hoy nos preguntamos si estas cicatrices serán punto de partida de cirrosis hepáticas, de condiciones del aparato retículoendotelial para la defensa del individuo, o de alteraciones hepáticas o pigmentos o lesiones cicatrizales precancerosas que el día de mañana puedan manifestarse.

De aquí la importancia de la estadística del curso de los heridos, que no solamente deben ser llevadas en los hospitales de vanguardia, sino en los de retaguardia y aun en las casas de reposo, y más en los lugares donde se localicen definitivamente los individuos con lesiones viscerales, para poder contestar a la pregunta de cuál será el porvenir de los lesionados de hígado.

En esta nota clínica no deseamos hacer crítica de nuestro procedimiento del tratamiento de las lesiones de hígado, ni los distintos medios de taponamiento con «tabotamp» o de gasas con «estricphom», ni de la aplicación de aponeurosis, ni músculos propios o extraños, y dejamos para otra nota el tratamiento de sangre acumulada en la cavidad abdominal.

EL BLOQUEO POR SUERO EN LAS GRANDES HERIDAS

De las distintas maneras que empleamos los sueros antitetánico y anti-gangrenoso para lograr el fin profiláctico en los grandes traumatizados, creemos nosotros que no solamente se debe poner vacuna subcutánea, intramuscular o intravenosa, como generalmente hemos visto que se practica, sobre todo los dos primeros modos, sino que creemos se debe rectificar y ordenar que todo suero sea puesto en las proximidades de la región afectada por el traumatismo y no a distancia.

Pues si bien es verdad que las estadísticas no nos resuelven el problema de la utilidad máxima del suero antigangrenoso para la aparición de complicaciones gangrenosas en las heridas, llegándose a negar la eficacia del suero antigangrenoso y relegando todo a las defensas naturales del organismo, nosotros, un poco menos extremistas, creemos en una acción específica no solamente general, sino local, del suero antigangrenoso, por lo cual aconsejamos como medida inicial que éste sea aplicado, pero no a distancia

de la herida o del tejido traumatizado, sino en aquella parte de tejido sano que le circunde.

Nosotros hacemos esta clínica de bloqueo, ya aconsejada por otros autores, aunque no muy extendida, desde el momento que recibimos al herido (hospital de San Carlos, mes de enero, Madrid; hospital de Tielmes y Tarancón, meses de febrero y marzo), como lo puede indicar el capitán Carrillo, ayudante de nuestro equipo quirúrgico.

Tanto en los grandes traumatizados, después de practicarles el Friedrichzt resecaando a estos heridos a las dos horas de haberlo sido los tejidos precisos para la limpieza de la herida e inmediatamente, a cinco centímetros aproximadamente de los bordes de la misma, practicamos sistemáticamente y aconsejamos el bloqueo de la misma con cuatro a seis abones, según la extensión de la herida, de cinco centímetros cúbicos en cada abón o algunas veces practicamos más por la extensión de la misma; asimismo en las amputaciones practicábamos el bloqueo circular de la extremidad.

Esta técnica del empleo del suero, que como digo no es nueva, no tiene más fin en esta nota que extender el tratamiento profiláctico de las heridas por el suero antigangrenoso, haciendo el bloqueo de la misma, de cuyo resultado estamos completamente convencidos que es más eficaz que la inyección a distancia.

Pues a ello nos abonan las condiciones prácticas que hemos obtenido por el número de heridos tratados así, con resultados plenamente satisfactorios, además de las consideraciones sobre la inmunidad general y local (sobre todo para gérmenes como el antracis, colí, vibrium, etc.) y las apetencias locales de los tejidos para el estímulo de sus defensas propias.