

Derrames sanguíneos en relación con el peritoneo

por el Dr. S. PEREZ VAZQUEZ

Sanidad de Carabineros. Jefe de Equipo Quirúrgico

En toda herida torácica inferior, las de la región lumbar y paredes abdominales, así como las lesiones pélvicas, debemos sospechar siempre la probable existencia de lesión de la serosa peritoneal y debemos practicar la laparotomía correspondiente para comprobar la existencia de lesiones vasculares o de órganos.

Desde el simple equimosis peritoneal al hematoma voluminoso, retrocólico o mesentérico, lo hemos encontrado en la práctica de guerra, es decir, lesiones circunscritas, producidas por la salida del tejido hemático, del vaso que lo contenía y su contacto con el peritoneo.

Estos derrames limitados son menos frecuentes que la salida de la sangre en plena cavidad peritoneal, cuyo derrame, libre, baña las asas intestinales y órganos; con esta sangre existen criterios diferentes para su aprovechamiento. ¿Cuál es la opinión nuestra sobre el comportamiento con estos derrames?

Los primeros derrames son extraperitoneales, aunque la vecindad con el peritoneo sea tan íntima y el camino para su tratamiento es intraperitoneal la mayoría de las veces.

Como hematoma, cuando son voluminosos en esta región deben ser evacuados para poder precisar el vaso lesionado, para poder practicar la hemostasia, precisando el vaso lesionado o la rutura del órgano del cual procede la lesión vascular (riñón, vejiga, bazo), tratando a estos órganos según lo exijan las circunstancias, bien por las técnicas conservadoras o por la extirpación.

El peritoneo en estos hematomas grandes únicamente por la acción

mecánica (presencia de sangre y desplazamiento de vísceras) responde con reacciones de defensa, engendrando un cuadro de peritonismo que unido a los trastornos en la dinámica circulatoria, originada por la salida de sangre, dando lugar a frecuencia de pulso (no siempre en nuestros casos), pueden hacernos confundir con una peritonitis; ahora bien: el hecho de tener que operar prematuramente, como siempre hemos hecho, a la hora o dos horas, y que la peritonitis tiene un primer tiempo de peritonismo, nos lleva a la resultante que siempre que la reacción peritoneal ligera se presente (dolor y contractura de rectos, etc.), aunque el pulso esté bien, debemos intervenir no por la indicación sintomática peritoneal, sino por la indicación, que por sí sola es suficiente en las primeras horas de situación de la herida y proximidad a la cavidad abdominal. ¿Por qué esta conducta?

Porque en las primeras horas el lugar de situación y distancia del proyectil los sospechamos por el lugar de entrada y probable trayectoria, que unido a algunos síntomas nos dan la indicación suprema de la laparotomía. no debiendo de aguardar a la aparición de síntomas de órganos o reacciones de la serosa, puesto que hemos comprobado que estos síntomas en muchos casos son ya de infección por el trauma que sufrió el órgano y la serosa peritoneal.

Conducta que debemos seguir y seguimos, si pensamos que el órgano afectado es un vaso (mesentéricas, renales, esplélicas, etc.) cuya sintomatología en los primeros momentos, aparte del shock más o menos intenso, queda reducida por la salida de sangre y tan atenuada que es imposible determinar y diagnosticar tamaño lesión, y únicamente por posibilidades que en la trayectoria se haya engendrado esta lesión vascular sin interesar órgano alguno y sí una arteria o vena, que de no practicar la laparotomía y sutura o ligadura del vaso nos exponemos a trastornos irreparables.

Es decir, que no debemos esperar los síntomas reaccionales (casos de estos hemos tenido bastantes); que por la dirección posible y la sospecha de lesiones probables nos hizo intervenir con fortuna y actuar sobre la lesión vascular, con lo cual cohibimos la hemorragia y exploramos fácilmente la cavidad abdominal, que de haber esperado a la aparición de síntomas reaccionales no hubiésemos tenido tanta fortuna.

Heridas pequeñas por metralla (del tamaño como diríamos de una cabeza de alfiler), sin síntomas aparentes de pared abdominal, al intervenir nos hemos encontrado lesiones de desgarros vasculares y de órgano intensas, y se comprende, pensando que la velocidad del proyectil y su irregularidad favorecen estas lesiones.

Cuando el proyectil —bala o metralla— solamente origina un hematoma retroperitoneal, mesenterio, esta sangre que con tanta facilidad despegga peritoneo de los órganos adyacentes, nuestra conducta después de practicada la laparotomía se reduce a la abertura y limpieza del hematoma, busca del vaso lesionado o vasillos, hemostasia y cierre con peritoneización perfecta, y según la sangre evacuada, indicación de transfusión, que muy pocas veces la hemos practicado por este motivo.

Resultado : que la sangre retroperitoneal es evacuada y no se emplea ; no se debe dejar el hematoma sin haber explorado el vaso lesionado, para lo cual es imprescindible abrirle, expulsar los coágulos y ligar, si es preciso, o suturar, si es en sábana la hemorragia.

Cuando la sangre ha caído en la cavidad abdominal, el problema que se plantea es si esta sangre se debe o no aprovechar ; bien dejándola en la cavidad (autotransfusión) una vez restaurada la lesión o recogerla, prepararla y reinfundirla.

Los autores se dividen en dos grupos : los primeros partidarios de la expulsión de sangre en total, sin dejar resto, pensando que todo coágulo es un núcleo para posibles peritonitis crónicofibrosas, o punto de partida, por estar disminuída la capacidad defensiva del peritoneo, que favorece la provocación de peritonitis aguda.

El segundo grupo es partidario de dejar la sangre en la mayor cantidad posible en la cavidad abdominal, opinando que no hay dificultad en hacerlo así, puesto que la capacidad de reabsorción de la serosa peritoneal es tal, que la reabsorción se practica rápidamente, se recupera el líquido hemático perdido (autotransfusión) y no se disminuye la capacidad de defensa del peritoneo.

Entre estos dos grupos prácticamente hay que colocarse, pues en nuestra práctica muchas veces hemos dejado sangre en la cavidad abdominal y otras veces no.

Me explicaré : cuando la lesión vascular es pura, simple lesión de una vena o arteria (mesentéricas, esplénicas, etc.), y alejamos tras de un minucioso registro, que no existe lesión perforante en el tractus intestinal, urinario o biliar, dejamos la sangre ; con este comportamiento no hemos tenido que rectificarnos, puesto que no podemos imputarle complicación alguna en los heridos operados por nosotros.

Nunca hemos procedido a recoger la sangre con gasas, cazos, etc., esterilizados, para prepararla y después practicar una transfusión, puesto que las maniobras que los autores señalan para preparar la sangre vertida en la

cavidad peritoneal no reporta, creemos, beneficio estimable, y sí, más manipulaciones (que son perfectamente asépticas desde luego), que actuando mecánicamente dejan mucho que desear, además del tiempo que se invierte en esta preparación.

Para nosotros, el hecho de eliminar en absoluto la perforación de vísceras nos sirve como índice para que dejemos la sangre en peritoneo.

El decir si dejamos la sangre, es siempre que la cantidad que queda nos permitió ver bien, explorar bien y practicar la ligadura de un modo perfecto; con lo cual se pierde en las gasas, paños, compresas impregnadas de sangre una cantidad mayor o menor o con el aspirador (más bien grande) para dejar el campo visible y practicable.

De aquí que el hecho de no eliminar, expulsar o extraer la sangre de la cavidad peritoneal no es sinónimo de una transfusión, sino de recuperar este tejido en la medida posible.

Y por tanto, nunca deja de tener indicación, a pesar de dejar la sangre en peritoneo, la transfusión con sangre preparada, para recuperar y tonificar el sistema vascular.

Pero existen otras veces, en las cuales no debemos dejar sangre en esta cavidad, lo que prácticamente podemos llamar secar el peritoneo, sin deslustramientos para éste y sin grandes maniobras; estos casos son cuando sospechamos lesión visceral (perforaciones intestinales, gástricas, biliares, urinarias) no por el contenido propiamente segregado por las vísceras, que el peritoneo lo suele tolerar bien (segregado gástrico, bilis), sino por la flora que les acompaña.

Flora que en un medio de cultivo como la sangre y una cavidad cerrada se facilita su crecimiento y favorece la infección peritoneal.

Ahora bien; en la práctica hemos visto lo difícil que es la infección del peritoneo (aunque algunas veces parece tan fácil), siempre y cuando se quite la lesión que mantiene la fuente de infección (órgano enfermo, apéndice, vesícula o víscera perforada espontánea o traumática), aunque se haya vertido contenido de ellas en la cavidad.

Es debido a la capacidad defensiva en el primer período de la peritonitis (peritonismo químico), y el contenido bacteriano y de secreción del órgano provoca la reacción defensiva peritoneal (abertura de capilares potenciales, hiperhemia, exudado, leucocitosis, absorción peritoneal, paresia intestinal defensiva, emigración epiploica, etc.) que tiende a imposibilitar el segundo período de la peritonitis, en el cual existen ya lesiones destructivas de peritoneo y puesta en juego del tejido subperitoneal.

Tejido de tan escaso poder defensivo que ya claudica todas las defensas, y el síndrome por peritonitis difusa es fatal; el término medio de peritonitis localizada es una defensa que en el primer período de peritonismo se tiene que crear, puesto que la barrera defensiva sólo se forma en él; en el segundo período de peritonitis confirmada ya es imposible y de poco valor tal tabicamiento para producir una peritonitis localizada (en realidad es provocar la misma naturaleza un proceso extraperitoneal).

Es decir, la cantidad de gérmenes en sangre, mayor o menor de esta sangre derramada, la sospecha de su existencia, es indicación para que procuremos no dejar sangre en el peritoneo, pues nos exponemos al fracaso, disminuimos las resistencias defensivas del peritoneo y por lo tanto no está indicado la autotransfusión peritoneal ni el aprovechamiento de la sangre para la reinfusión, sino la transfusión con sangre preparada anteriormente.

Y nosotros no solamente en los casos de perforación intestinal, gástrica, biliar, urinaria con gran hemorragia y contenido grande de sangre en peritoneo hacemos la extracción y procuramos no dejar sangre en esta cavidad, sino que en los casos de hemorragia por lesiones mesentéricas, acompañadas de contusiones (equimosis subperitoneales en asas del intestino delgado, del grueso) intestinales, procuramos extraer la sangre y practicar la transfusión.

Puesto que la contusión peritoneal en asas intestinales experimentalmente se comprueba que a través de estas zonas existe emigración de colibacilos a cavidad peritoneal y analizando el exudado peritoneal en estos casos se observa la existencia de esta flora, para evitar pábulo alimenticio a los gérmenes en estos casos y no disminuir las resistencias peritoneales, en los casos operados por nosotros de este tipo procuramos no dejar sangre en peritoneo.

En los casos en los cuales la sangre vertida procede de rotura de hígado, mezclada con bilis, no la hemos utilizado para reinfusión, puesto que en el peritoneo la acción de la bilis puede producir verdaderas peritonitis biliares y esto siempre en los casos que es imposible suturar los conductos biliares; siendo en pequeña cantidad y momentáneamente la suele tolerar bien; no es por este motivo el no aprovecharla, sino que siempre sospechamos la infección colibacilar, aunque la acción hemolizante que algunos autores señalan como contraindicación para la reinfusión fuese un motivo más, pero el fundamental es la sospecha de infección.

Y para terminar diremos :

Primero. Que la reinfusión no la practicamos, puesto que en los casos que no se sospeche infección de la sangre por vía peritoneal se absorbe.

Segundo. Que no suple a la transfusión, puesto que la cantidad de sangre generalmente no cubre las necesidades de la indicación, y por tanto hay que practicarla.

Tercero. La sangre peritoneal sospechosa (por contusión intestinal, perforación, etc.) no la dejamos en peritoneo y no la utilizamos para la reinfusión.

Cuarto. La sangre peritoneal con bilis no la utilizamos ni en auto-transfusión ni en reinfusión no por el contenido, bilis, sino por la infección que sospechamos lleva.

Quinto. Los hematomas subperitoneales los evacuamos y no utilizamos el contenido.