

Las heridas de guerra de la región de la cadera

por **ESTANISLAO LLUESMA-URANGA**

Jefe de Equipo Quirúrgico. Ex Director del Hospital Clínico, de Madrid.
De Sanidad de Carabineros

Las heridas de guerra provocadas por proyectiles de armas automáticas y portátiles o bien por fragmentos de metralla de artillería o aviación, cuando aparecen localizadas en el macizo de la pelvis, han presentado — en cuanto a los casos que nos ha sido dable tratar — ciertas peculiaridades de interés.

Fundamentalmente, en lo que se refiere a partes blandas, interesan dos regiones bien características: la masa muscular glútea y los espacios laxos subperitoneales. Y, en cuanto a las partes duras, las oblicuas y poderosas láminas de los huesos ilíacos.

Considerando los trayectos del proyectil, aún pueden hacerse dos grupos más, no sin interés, pese al esquematismo que apuntamos: la herida antero-posterior y la transversal (bien entendido que descartamos aquí todos aquellos casos de penetración en la cavidad abdominal).

a) *Las heridas solamente de la región glútea*, sin lesión ósea, generalmente originadas por metralla no muy voluminosa, son y deben considerarse, contra toda apariencia, como heridas graves o por lo menos “peligrosas”.

Muy a menudo, detrás de un orificio de entrada, pequeño, hay un amplio “charco” de grasa mortificada, un fino ojal en la aponeurosis del glúteo mayor y, debajo de él, finalmente, una zona extensa de tejido muscular desgarrado y mortificado e infiltrado de sangre. Puede hablarse en cierto modo no ya de una, sino de dos cavidades “encerradas”.

Aun hay más motivos de inquietud: en primer lugar, la calidad topográfica de la región, eminentemente sucia, tanto por la proximidad al rafe pudiendo-anal como por la naturaleza de los asientos habituales del soldado en campaña... troncos de árboles (en el mejor caso), piedras o tierra, fre-

cuentemente no sólo sucia por el barro. Y, en fin, el hecho de que en los casos menos graves en principio, que ya hemos dicho que son la mayoría, los soldados andan por su pie trechos más o menos largos, dejando a los camilleros el transporte de los heridos viscerales o de los fracturados. Con ello y las contracciones musculares consiguientes, resulta que el fragmento del proyectil es, a menudo, desplazado de su posición primitiva, y cuando se intenta explorarlo con el estilete o la sonda, sólo por excepción se llega a percibir la sensación del contacto metálico característico, a cambio de haber hecho un picadillo en plena herida y haber diseminado sus gérmenes.

En consecuencia, estos heridos de las nalgas, que pueden o han podido andar, no deben ser operados en los primeros escalones ni en el puesto de socorro. Tampoco, sobre todo si hay aglomeración de heridos, merecen ser evacuados con urgencia. ¿Qué hacer con ellos? Pues una cosa verdaderamente importante: bloquear toda la herida, lo más precozmente posible, con una corona de inyecciones de suero antigangrenoso "larga manu" (40 a 50 c. c.) a unos 3 ó 5 cm. de su orificio, aparte de la sistemática inyección profiláctica antitetánica en las paredes del vientre.

Si la herida no sangra, aplicamos un apósito de gasa plana estéril sin drenar ni taponar nada (la evacuación sigue sin correr prisa), y si sangra persistentemente, taponamos con tiras de gasa yodofórmica, teniendo en cuenta que ahora, una vez taponadas estas heridas, se hace urgente la evacuación.

Así, pues, y teniendo en cuenta que el peligro más inmediato es el de la infección por anaerobios, la conducta a seguir, una vez que el herido llega al hospital de segunda línea, consistirá en abrir con toda amplitud la herida, extirpar en todo lo posible las partes necrosadas y los proyectiles y *dejar la herida abierta*.

En las nalgas, el método clásico de Friedrich da malos resultados; al menos a nosotros nos los ha dado. Por ello, precisamente, preconizamos un Friedrich incompleto, esto es, extirpando la lesión, pero sin suturar la herida. Ello no quita para que, al cabo de 6 ó 7 días, cuando la herida está efectiva y totalmente limpia y granulada en toda su superficie, puede hacerse un afrontamiento y sutura para que cicatrice por lo que ha dado en llamarse "tercera intención".

Cuando no se ha hecho una terapéutica tan radical, es frecuente ver cómo estas heridas se infectan no ya por anaerobios, sino por los cocos comunes de la supuración. Supuración que tiene, sin embargo, una característica bien típica y temible, que es su capacidad de corrosión de los tejidos,



Fig. 1

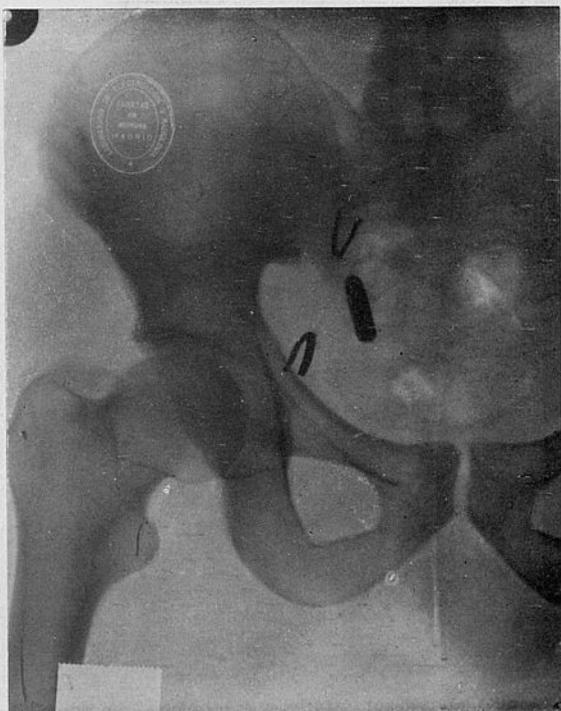


Fig. 2

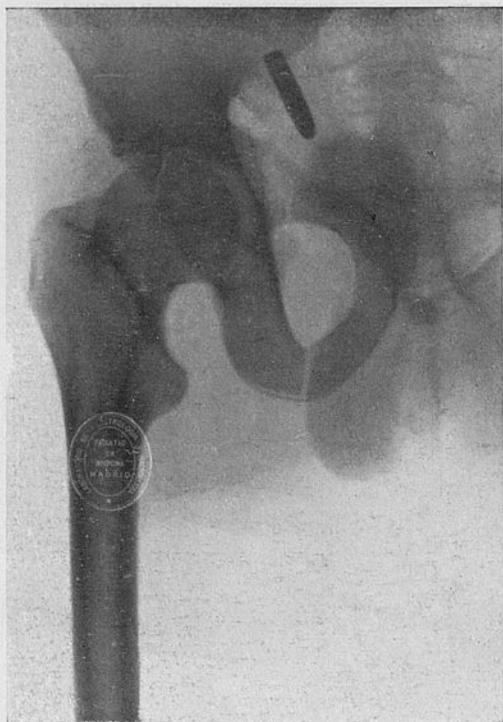


Fig. 3

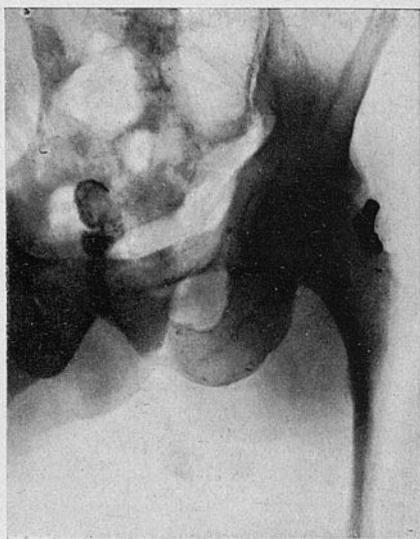


Fig. 5



Fig. 4

Fig. 9

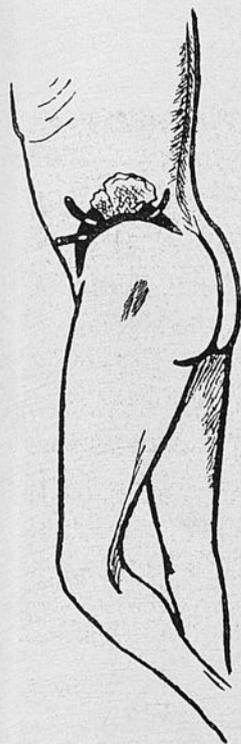


Fig. 7

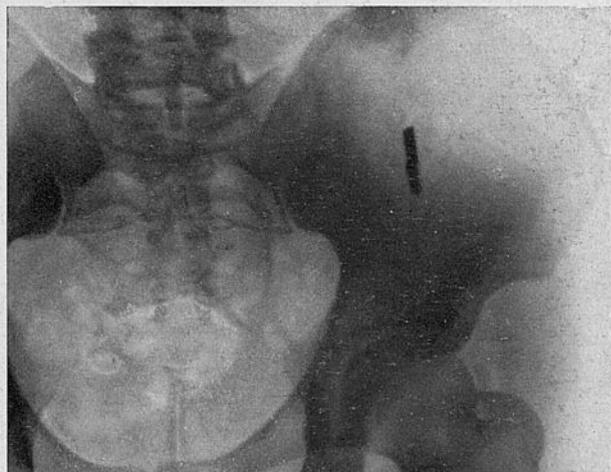


Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

propiedad que — aparte la mala autodefensa de la grasa y del tejido muscular — es debida sin duda a la frecuente, dijéramos fatal asociación del colibacilo a los precipitados gérmenes.

Cuando se llega a tiempo, una amplia incisión nos muestra la sorprendente caverna labrada entre la sucia masa de las fibras musculares disociadas, rellena de un pus oscuro y muy fétido.

Cuando no se llega a tiempo... el final ocurre muchas veces por una o varias hemorragias secundarias, por corrosión de la arteria glútea o de la isquiática (mucho más rara).

El tratamiento de la cavidad lo hemos hecho de preferencia, cuando era pequeña, por apósitos de gasa empapada en solución de alcánfor fenicado en cura retardada (cada 2 ó 3 días). Y cuando era mayor, por curas húmedas, diarias, de solución de clorato potásico al 2 por 100.

La evacuación a los hospitales de tercera línea, hospitales base y de convalecencia, no debe hacerse para estos heridos — salvo necesidades perentorias — hasta que toda la superficie cruenta esté cubierta de granulaciones limpias, ya que uno de los hechos que con más precisión hemos observado es que la duración total de una herida está en razón directa al número de manos sucesivas y distintas que han dirigido su tratamiento.

b) *Las heridas de los espacios subperitoneales* varían esencialmente según que el trayecto sea anteroposterior o transversal. En general, son siempre menos graves las primeras, cuando son trasfixiantes, comúnmente producidas por balas o proyectiles regulares, o por metralla, en este caso más graves, y generalmente con el proyectil retenido.

Las trasfixiantes suelen ir de la ingle a la parte más baja de los lomos (por encima de la cresta ilíaca), o de la ingle a la nalga correspondiente, o viceversa, deslizándose sobre el psoas, en el primer caso, o entrando o saliendo por las escotaduras ciáticas en el segundo. Salta a la vista que, anatómicamente, el mayor peligro lo corren aquí el ureter o el tronco del ciático, respectivamente. Sin embargo, jamás hemos visto lesiones de estos elementos. Al lado de esto, la escasa frecuencia proporcional de las lesiones penetrantes en el peritoneo, les da un carácter de cierta tipicidad o de cierta constancia relativa, que es precisamente lo que nos ha llamado la atención y nos trae a redactar las presentes líneas.

Parece como si a la brusca entrada del proyectil y de su doble columna de aire — la de empuje y la de arrastre — todo el tejido laxo subperitoneal se disociara por una disección roma al modo como ocurre en ciertas heridas por asta de toro.

En estas heridas hay dos imperativos terapéuticos: primero drenarlas en el punto más declive, y segundo tratarlas como si fueran en realidad penetrantes en el peritoneo, pues, si no la peritonitis — que a pesar de todo se presenta a veces, el peritonismo es constante. Reacción a vigilar tanto más cuanto que el peritoneo inferoposterior — al contrario del anterosuperior — es muy tórpido en sus reacciones, no avisa. (Z. Cope.)

Como prueba de la frecuencia relativa de estas lesiones presentamos las *figuras 1 y 2* correspondientes al mismo herido. La *figura 1* con el tubo de drenaje en la herida de limpieza del orificio de entrada, y la *figura 2* con el proyectil entre las sombras de dos clips de localización que auxiliaron a la extracción del mismo, la *figura 3*, de trayecto muy parecido, pero cuyo proyectil hubo de ser abandonado luego de una infructuosa busca operatoria y la *figura 4*, ejemplo bien neto del final del trayecto yuxtapuesto al de la inserción del psoas, con igual localización a la de los abscesos osifluentes del mal de Pott lumbar.

A veces, y para localizar mejor los proyectiles, hay que recurrir a proyecciones especiales como la lograda por nuestro compañero el Dr. Riosalido, en un caso del Dr. Cardenal; *figuras 5 y 6* (herida de metralla trasfixiante de los músculos glúteos, tangente al coxal, con el proyectil detenido junto al cuello del fémur por delante del mismo, y no por encima, según muestran las dos radiografías sucesivas). El orificio de entrada estaba a unos 10 centímetros por detrás de la espina ilíaca anterosuperior y el trayecto, por tanto, hacia delante, abajo y dentro. La placa, en la proyección especial, estaba entre las dos piernas y el rayo central procuraba acercarse todo lo posible a la dirección del trayecto del proyectil.

Cuando el trayecto es tuneliforme o la cavidad pequeña, puede no hacer falta emplear lavado alguno; sin embargo, en heridas mayores, o bien en aquellas que retienen pus y determinan insistentes agujas en la gráfica termométrica, hemos empleado los lavados discontinuos con líquido de Dakin-Carrel.

Vale la pena decir, al menos como dato comparativo, con la profusión con que se usó en la Guerra Europea de 1914-18, que son éstas las únicas heridas en que hemos utilizado dicha terapéutica.

En dos ocasiones tuvimos que llegar a abrir todo el trayecto por medio de incisiones enormes, como indica el esquema de la *figura 7*, entre el obturador interno por fuera y el saco peritoneal por dentro. Entre cura y cura del irrigado de Carrel (dos a tres veces por día), dejábamos un apósito-tapón de gasa húmeda en solución de clorato potásico al 2 por 100. Y en otra ocasión semejante, pero con fractura, además, del íleon, utilizamos el viejo

apósito en saco de von Mickulicz, regado con líquido de Carrel-Dakin, con excelente resultado.

De entre los numerosos casos tratados, de esta naturaleza, merece citarse especialmente uno verdaderamente curioso (L. S., Sala 18, cama 9).

Se trataba de una herida trasfixiante limpia y completa, con salida del proyectil, que iba del centro de la nalga izquierda, escotadura ciática mayor (verosímilmente, ya que no había fractura alguna) y espacio subperitoneal, a salir por el anillo inguinal interno, esto es, el próximo a escroto. Llegó este herido con un cuadro de shock intensísimo, a las 12 de la noche del 12 de febrero de 1937 (fué el primero que operamos en nuestro hospital, procedente de las acciones de Guadalajara) y presentaba en el orificio de salida, enormemente infiltrado de sangre, una especie de morcilla negruzca y brillante, que a primera vista parecía un asa intestinal o la vejiga traumáticamente extrofiada.

En realidad, no se trataba más que de coágulos de sangre y del cordón inguinal, saliendo en arco por encima de ellos y casi totalmente desflecado en su centro (he aquí uno de esos casos de aparatosa disección roma traumática). No obstante lo referido, logramos conservar los elementos del cordón y el testículo, aunque con un tiempo de tratamiento total algo prolongado (48 días).

Para terminar, señalaremos en las lesiones de este tipo, la gravedad mucho mayor de los trayectos transversales sobre los anteroposteriores, según señalamos antes, por la frecuencia, casi constancia, pudiéramos decir, de las lesiones de la vejiga en estos casos, con una terapéutica inmediata y consecutiva completamente distinta, de la que no nos ocupamos ahora.

c) *Las heridas con fractura de los huesos de la pelvis* (excluido el cuello del fémur) representan una suma de las complicaciones y peligros de los dos aparatos anteriores. A ellas se une, o mejor dicho, ambas resultan unidas por la fractura, que fatalmente hace comunicar la herida glútea con los espacios subperitoneales. La afección de estos últimos varía desde el grado mínimo, cual es la pequeña metralla empotrada en el coxal, desde la superficie de la nalga *figura 8* al grado mayor, como cuando la metralla atraviesa el hueso y queda por dentro retenida *figura 9*, o bien atraviesa el coxal y sale del cuerpo luego de haber "pulverizado" el iliaco *figura 10*. (Los tres casos de estas radiografías, curados bien).

En estos casos con fractura concomitante, la experiencia recogida nos ha enseñado la eficacia de tres normas terapéuticas generales que son las siguientes:

1.^a No fiarse nunca de la aparente nitidez radiográfica cuando, sobre todo, luego de dos proyecciones sucesivas, aparece la metralla claramente incrustada o fijada sobre el hueso; por tanto, comprobar operatoriamente el hecho de la existencia o ausencia de la fractura, pues puede ocurrir, como en el caso de la figura 8, que ésta exista, y bien extensa, a pesar de no ser perceptible en la placa.

2.^a Curar siempre estos casos a cielo abierto y ampliamente.

3.^a Extirpar todas las esquirlas posibles y desde luego todas las que estén libres en todo su contorno, aunque estén fijas por una o ambas caras por fibras musculares.

Después de varios ensayos conservadores hemos tenido que acabar en todos nuestros casos tratados, por afirmarnos en esta conducta, pues la infección de estas esquirlas o la que estas esquirlas determinan y mantienen es constante y temible, dada la localización de estas heridas.

El saco de Mickulicz con líquido de Dakin-Carrel o los taponamientos con solución de clorato potásico, son los tipos de cura local que hemos empleado con más halagüenos resultados.