

Traumatismos abdominales con indicación quirúrgica en el deporte

DR. J. M. TEIXIDÓ.

La mayoría de los traumatismos abdominales cerrados que tienen indicación quirúrgica urgente es debido a un síndrome de hemorragia intraperitoneal.

Para el estudio de la hemorragia intraperitoneal se distinguen dos grandes grupos:

I.—La hemorragia intraperitoneal de origen extragenital.

II.—La hemorragia intraperitoneal de origen genital en la mujer.

Este último grupo no lo estudiaremos.

Por lo que se refiere al momento de producirse la hemorragia las clasificaremos en:

I.—Hemorragia inmediata, que se originan a continuación de un traumatismo.

II.—Hemorragias tardías, que son aquellas en que existe un intervalo libre, más o menos largo, que a veces puede ser de meses, desde el traumatismo hasta la instauración del síndrome. Como ejemplo es descrita la rotura del bazo en dos tiempos.

Los órganos abdominales que con más frecuencia se lesionan y sangran son:

Hígado.— Puede tratarse de una rotura subcapsular y entonces no hay hemoperitoneo, proceso muy raro ya que la cápsula hepática es muy friable y casi siempre se desgarran y entonces las lesiones pueden variar desde una simple fisura con la consiguiente poca hemorragia y una verdadera trituración hepática.

Bazo.— Aquí se pueden observar grietas superficiales, fisuras más o menos profundas y pueden llegar hasta al arrancamiento del órgano.

Páncreas.— Aquí las lesiones son mucho más frecuentes en el cuerpo del páncreas, también se pueden lesionar los grandes vasos, así como los mesos.

SINTOMATOLOGIA

Ante un enfermo afecto de una contusión abdominal, se ha de establecer una conducta expectante, ya que la lesión puede evolucionar o bien hacia una agravación, en este caso existe una alteración de su facies, pulso filiforme, y progresivamente taquicárdico a la vez que la presión arterial va disminuyendo paulatinamente. En dicho caso se trata de una hemorragia interna abundante, de pronóstico sombrío.

En otros casos, de cuya intensidad no es tan marcada, tenemos que ir a la busca de signos de hemoperitoneo. Así es como haremos exámenes repetidos de sangre en los que hallaremos una preponderancia de la anemia progresiva, sobre la leucocitosis.

A veces el shock se disipa y da paso a los signos de anemia aguda, otras veces los signos de anemia aguda suceden sin intervalo libre a los del shock. Finalmente después de un gran intervalo libre en que se produjo la hemorragia, aparecen los signos de hemorragia interna. El traumatizado se torna cada vez más pálido de piel y mucosas, las extremidades frías y cubiertas de sudor, respiración anhelante, sed, agitación, taquicardia y la tensión baja a pesar de la transfusión.

A la exploración, abdomen doloroso, a veces existe defensa abdominal y a la palpación puede aparecer contractura. Hay un ligero peloteo, matidez de flancos a la percusión a veces enmascarado por el meteorismo.

Por tacto rectal dolor en fondo de saco de DOUGLAS.

En ocasiones se mezclan manifestaciones de perforación visceral cuando las dos lesiones son concomitantes.

En este último apartado es donde vamos a exponer dos casos de nuestra experiencia personal, de deportistas atendidos de urgencia en la Clínica Victoria afectos de traumatismos abdominales y que en las intervenciones se apreció abundante hemoperitoneo y desgarro de colon ascendente en uno de los casos y descendente en el otro.

Como signos de localización del hemoperitoneo tenemos:

Hígado.— Antecedente de trauma a nivel del hipocondrio derecho, en la base torácica correspondiente. A la exploración hay dolor en zona hepática, dolor escapular o xifoumbilical que se acompaña de glucosuria.

Bazo.— Antecedente de trauma en hipocondrio izquierdo, en ocasiones, poco importantes. Hay dolor irradiado al hombro izquierdo (signo de KEHR), matidez fija en el flanco izquierdo (signo de BALLANCE), ausencia de contractura y signos generales de hemorragia interna.

Desde antiguo se sabe que el dolor en el hombro se asocia con ciertos procesos abdominales, por ejemplo, la presencia de sangre o exudados purulentos que irritan la porción central del diafragma. El signo de KEHR, o sea, un intenso dolor en el hombro izquierdo, aparece en algunos pacientes con ruptura de bazo. Este fenómeno, sin embargo, está a veces ausente en presencia de una franca hemorragia intraperitoneal y su valor diagnóstico desaparece.

El dolor en el hombro asociado a una estimulación del diafragma, se debe a la distribución de los componentes sensoriales de la cuarta raíz espinal, en la porción central del diafragma. Este fenómeno es un síntoma bien conocido de irritación intraperitoneal por un líquido, como es la sangre.

Sin embargo, la observación de GILBERSTEN de que colocando al enfermo en posición de Trendelenburg, de manera que el líquido intraperitoneal tomara contacto con el diafragma y despertara así dolor en el hombro, no había sido referido hasta el año 1955. PULLEN había señalado en 1944, que algunas enfermas con rotura de embarazo ectópico, se sentían mejor en posición sentada que acostadas y BAYLEY observó por su parte, enfermas con hemorragias abdominales que solamente experimentaban dolor en el hombro cuando se levantaban los pies de la cama.

La maniobra de GILBERSTEN en pacientes sospechosos de tener una hemorragia intrape-

ritoneal, permite que ésta se desplace y tomando contacto con la cara inferior del diafragma, produzca o exagere el dolor referido en el hombro correspondiente.

Si bien los pacientes con hemorragia intraperitoneal, presentan debilidad, dolor abdominal, taquicardia, hipotensión, anemia y leucocitosis, ninguno de ellos es patognomónico. En estos casos el dolor del hombro producido por la posición de Trendelenburg al traducir la irritación de la porción central del diafragma por la sangre derramada y libre, contribuye a confirmar el diagnóstico.

Páncreas.— Sintomatología escasa. Vómitos sanguinolentos, dolor epigástrico y contractura alta.

Desgarros de mesenterio.— Dan pocos signos funcionales y vagos signos físicos. Abolición del reflejo cutáneo-abdominal, contractura localizada y matidez de flancos.

EXPOSICION DE DOS TRAUMATISMOS ABDOMINALES CON INDICACION QUIRURGICA

Primer caso:

El día 22 de octubre de 1969, a las 13:30 h. ingresó en la Clínica Victoria, A. F. G., de 21 años de edad, jugador de rugby del C. N. Montjuich. Manifestó que escasamente 1 hora antes, jugando en el campo de La Fuxarda, había sufrido un traumatismo abdominal cuando al efectuar un placaje cayó al suelo clavándose el tacón del jugador contrario en su hemiabdomen izquierdo (Figs. 1 y 2).

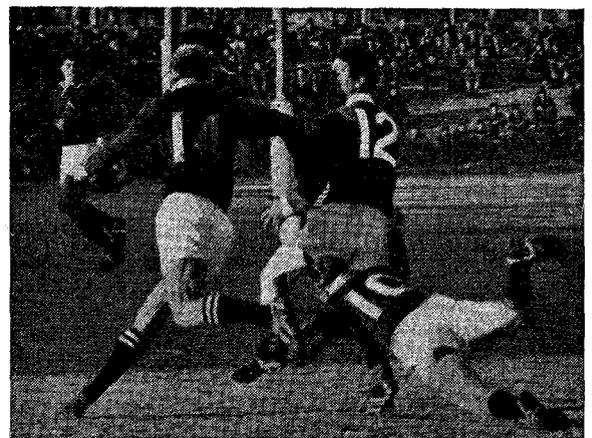


Figura 1

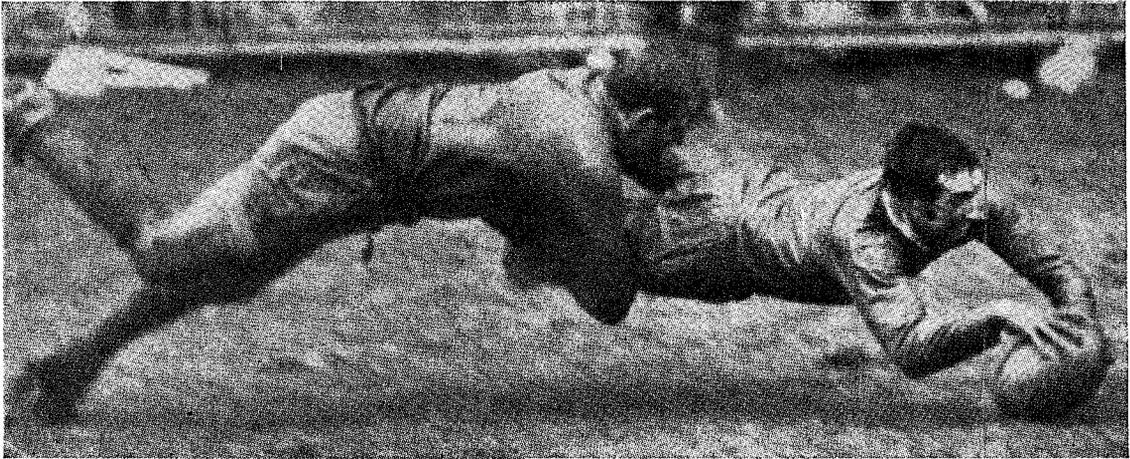


Figura 2

Ejemplo de placaje, en el que se puede observar la facilidad de producirse un traumatismo abdominal con el pie del jugador placado.

Notando un dolor agudísimo, fue retirado del campo de juego, aliviándose momentáneamente. Intentó volver a jugar, pero al levantarse sufrió una lipotimia con sudoración fría. Fue remitido de urgencia a la Clínica Victoria.

Antecedentes sin valor: En el plano deportivo, primer partido de la temporada; desayuno normal; una hora y media antes del partido había tomado un refresco carbónico.

Ingresa en la clínica en estado de shock. Tensión arterial máxima 9 y medio que a los quince minutos baja a 6 y medio.

Pulso progresivamente taquicárdico a 115 pulsaciones por minuto. Intensa palidez, sudor frío, semiinconsciencia.

A la inspección, hemiabdomen izquierdo ligeramente abultado.

A la palpación, hemiabdomen contracturado, muy doloroso a la presión.

Se instaure inmediatamente una terapéutica antishock mediante sangre, corticoides, coagulantes, etc.

A pesar de la instauración de dicha terapéutica, sigue con signos progresivos que hacen pensar en una hemorragia intensa. Con lo cual se procede a una laparatomía exploradora a las 15'30, o sea escasamente a las dos horas de haber ingresado.

Anestesia general por inhalación de gases por intubación. Incisión pararectal izquierda, que luego se prolonga en sentido ascendente y descendente (Fig. 3).

Gran hemorragia que ocupa todo el mesocolon izquierdo, desgajando a éste de su coalescencia.

El espacio parietocólico izquierdo retrocólico, está ocupado por un extenso hematoma que va desde la pelvis hasta el bazo.

Se secciona colon casi pélvico y se extirpa

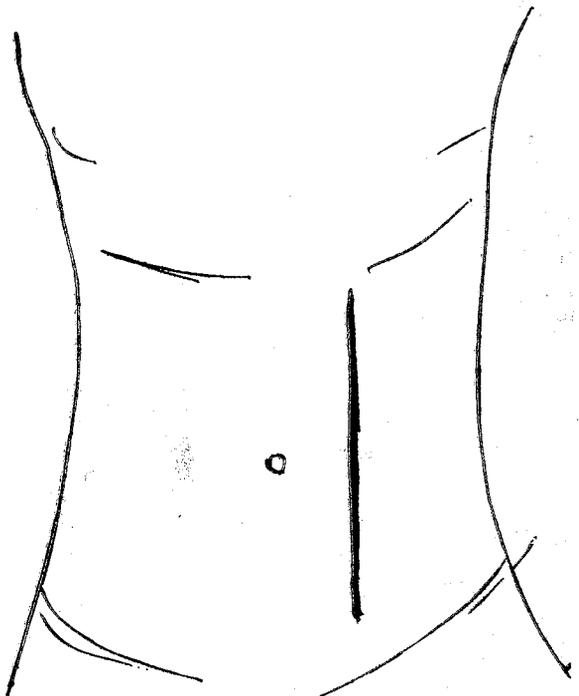


Figura 3

junto a su meso hasta la mitad del colon transverso (Figs. 4, 5 y 6).

Seguidamente se abre el espacio retroperito-

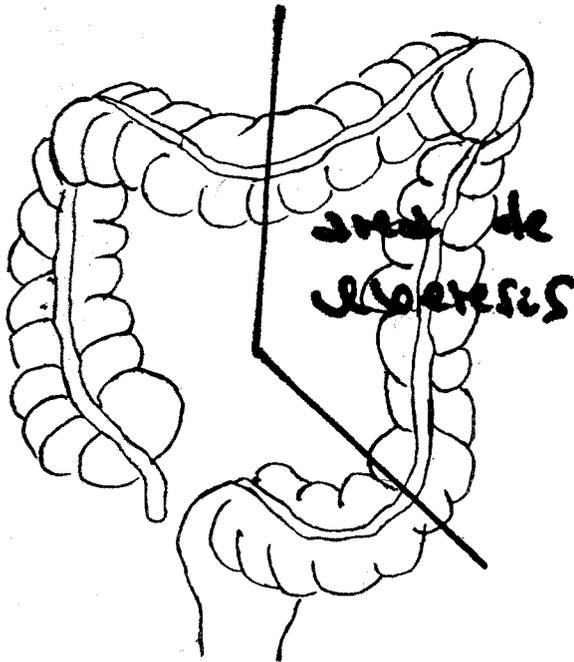


Figura 4



Figura 6

neal y se extirpa el riñón, en el cual existe rotura prácticamente total por encima del cáliz renal (Fig. 7).



Figura 5

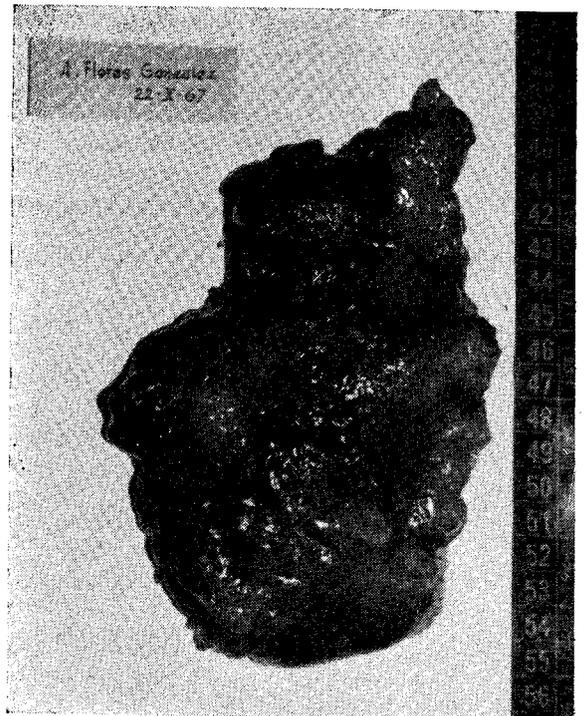


Figura 7

A la visualización del riñón se aprecia rodeado por un gran magma hemorrágico y de coágulos.

Sutura término-terminal colocolica y reconstrucción del peritoneo parietal posterior. Drenaje en el espacio parietocólico izquierdo. Sutura de la piel por seda. Cierre por planos.

El enfermo sigue un curso postoperatorio normal, administrándole un tratamiento con aspiración endodigestiva, perfusión de líquidos, antibióticos y coagulantes principalmente.

Durante el curso postoperatorio sólo destacan pequeños desarreglos a la defecación que van poco a poco normalizándose.

El 2 de noviembre de 1967 se realiza un nuevo análisis de sangre en que prácticamente existe una normalidad y sólo destaca un aumento de la V. S. G.

Resultado del análisis en sangre:

Hematías	4.120.000	en mm. ³
Leucocitos	8.700	en mm. ³
N. polinucleares	73	%
N. en banda	2	%
Basófilos	—	
Eosinófilos	1	%
Monocitos	5	%
Linfocitos	19	%
V. S. G. 1. ^a hora	50	
2. ^a hora	83	

El examen de orina es normal, en el sedimento aparecen abundantísimos fosfatos y cristales. No se observan elementos anormales.

Posteriormente aqueja cólicos intestinales que ceden bien con antiespasmódicos.

El día 15 de noviembre se le practica una pielografía descendente, por los doctores J. VIVES y J. ARGILES. El dictamen radiológico es el siguiente:

Radio renal simple; ausencia de sombra renal izquierda. Riñón derecho de tamaño superior al normal, de bordes lisos bien delimitados.

En la Urografía: A los 7 minutos de la inyección, nefrograma derecho marcado con imágenes calicilares normales de eliminación. En las radiografías practicadas posteriormente y en distintas incidencias, apreciamos imágenes calicilares y pelvis renal completamente normal con un funcionalismo renal bueno. Trayectos ureterales libres. Imagen de columna normal.

Por radioscopia televisada se aprecia normal permeabilidad y paso por la zona anastomosada sin que se aprecien signos de estenosis ni reacciones a su alrededor. El resto del colon presenta un aspecto normal.

En la actualidad el enfermo se encuentra perfectamente, realizando una vida normal y practicando como deporte gimnasia.

Segundo caso:

F. H. M., de 23 años de edad, ingresó el día 19 de noviembre de 1968 en la Clínica Victoria. Manifiesta haber sufrido un fuerte traumatismo abdominal por «patada» jugando al fútbol.

Ingresa en estado de shock, hipotenso, presión arterial 10 - 7. 80 pulsaciones por minuto. Hiperestesia hemiabdomen derecho principalmente a la palpación que es dolorosa. Estado nauseoso con vómitos, estado de conciencia buena.

Se instaura un tratamiento antishock y con el reposo mejora notablemente quedando ingresado en observación. No se le administran sedantes de ninguna clase.

Al día siguiente parece que el dolor se recrudece, no padece vómitos. A la palpación, ligera defensa en hemiabdomen derecho. No existe disociación térmica axilorectal. La presión arterial se mantiene en 12 - 8 y el pulso es bradicárdico, 48 pulsaciones por minuto.

Se practica radiografía simple de abdomen, y no se aprecian imágenes aéreas de perforación.

Al día siguiente se aviva más el dolor, aparece contractura franca y vómitos, dolor agudo al tacto rectal y disociación axilorectal de un grado, pulso bradicárdico, 56 pulsaciones por minuto y la tensión arterial se mantiene.

Con este cuadro se decide la intervención, practicándose una laparatomía media exploradora.

En la intervención se encuentra el colon ascendente con un gran desgarró de pared y un gran hematoma infiltrado con un magma de coágulos (Fig. 8). Hematomas disecantes intrapa-

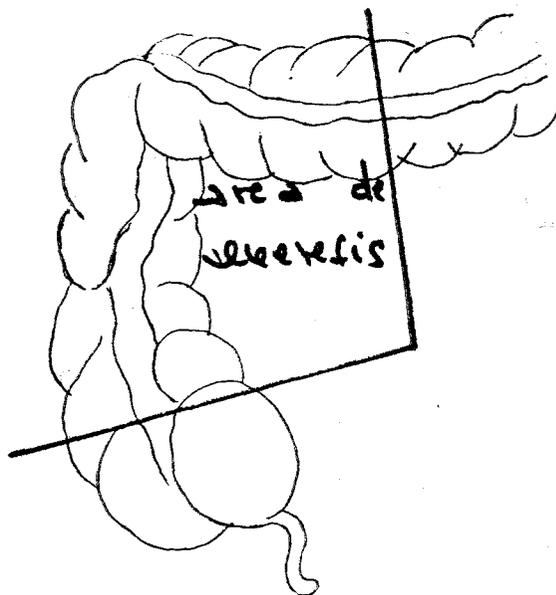


Figura 8

rietales que afectan dos terceras partes del colon derecho y mesocolon correspondiente.

Se practica una hemicolectomía derecha y una sutura término lateral cólicocecal.

Drenaje:

A los 9 días de la intervención y habiendo realizado un curso postoperatorio normal, aparece una fistula estercorea por el drenaje de contraabertura.

A los cuatro días se cierra espontáneamente la fistula. Nueve días más tarde comienza a instaurarse un síndrome suboclusivo con mal estado general, dolores, vómitos, hipotensión, disociación axilorectal, hemiabdomen derecho doloroso, etc.

El día 9 de diciembre del 1968 se reinterviene de urgencia debido a la agravación de su estado general. En la intervención se visualiza un gran plastrón en la zona de sutura intestinal. Se va a la resección de un asa intestinal encarcerada con sinequias adherenciales. Se tienen que realizar resecciones intestinales múltiples (unos 100 cms.) y el resto de intestino grueso (colocecal) practicándose sutura coloileal término terminal.

Signe un curso postoperatorio algo tormentoso que se va recuperando poco a poco. Las deposiciones son pastosas y frecuentes durante el día.

COMENTARIO

Dichas intervenciones fueron practicadas por el doctor L. TUCA, médico de guardia de la Clínica Victoria y nombrado por la Mutua General Deportiva como cirujano de dicha entidad.

En el primer caso y después de la exploración consiguiente, consideramos que se trataba de una rotura o fisura del bazo. Al abrir peritoneo nos cercionamos de que se trataba de una rotura traumática de la arteria mesentérica (cólica izquierda) y con gran sorpresa por nuestra parte al ver el gran hematoma retroperitoneal producido por la lesión renal ya consignada. Debido a la gravedad no realizó la micción que probablemente habría sido hematuria y ello nos habría dado un síntoma importante para aquilatar una posible lesión renal. Nuestro juicio es que dicho accidente deportivo fue con toda posibilidad debido a falta de entrenamiento y que al efectuar el placaje, no estaba suficientemente contracturado, su abdomen en especial, y con ello le sobrevino la gravedad del accidente.

En el segundo caso la contusión, fue más importante y a diferencia del anterior caso el desgarró de colon fue en el lado derecho, a la vez que existió un intervalo libre pues la sintomatología clínica, fue cuando se instauró un cuadro de irritación peritoneal, producida por su desgarró de colon ascendente. En mi creencia está que el fallo de la sutura intestinal fue debido al estado de peritonitis en que fue operado dicho deportista. El estudio de dicho enfermo no se ha podido realizar de la misma forma que en el anterior, puesto que hace unos cinco meses que fue dado de alta de nuestros servicios, para seguir con la atención médica, prestada en estos momentos por el Seguro Obligatorio de Enfermedad.

En la última observación que fue en enero del 1969, el enfermo se encontraba restablecido de sus intervenciones, aunque continuaba con las deposiciones pastosas y algunas molestias dolorosas de poca frecuencia de tipo cólico.