

HERIDOS TORACOABDOMINALES

Héctor O. Campos
Jorge D. Rosas

El Capitán de Corbeta Médico Héctor Osvaldo Campos egresó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1971. Luego de su ingreso a la Armada se desempeñó en la Escuela de Buceo de Mar del Plata donde egresó como Especialista en Medicina Subácuca. Cursó la Escuela Quirúrgica de la Armada entre 1974 y 1976. Se desempeñó como jefe del departamento de Sanidad en el portaaviones ARA 25 de Mayo, en el Batallón de Infantería de Marina N° 5 y en la fragata ARA Libertad. Ocupó distintos cargos en el Hospital Naval Buenos Aires Cirujano Mayor doctor Pedro Mallo, y en el de Puerto Belgrano. Es especialista en cirugía general. Participó en numerosos cursos, jornadas y congresos de la especialidad. Se desempeñó como jefe de División Quirófanos y de la Sección Vías Biliares del Hospital Naval de Puerto Belgrano.

El Teniente de Navío Médico Jorge Dardo Rosas egresó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1971. Efectuó por concurso residencia en Cirugía General en el Servicio de Cirugía II, Hospital Central (provincia de Mendoza) egresando en 1974. Ingresó a la Armada Argentina como Teniente de Fragata en 1974. Durante el período 1979 a 1981 se desempeñó como médico cirujano de guardia del Hospital Regional Ushuaia (Tierra del Fuego). Fue jefe de residentes en Cirugía General (Hospital Naval de Puerto Belgrano) durante el período 1983 y 1984. Título de Especialista en Cirugía General otorgado por la Asociación Argentina de Cirugía (Buenos Aires) en 1985. Participó en cursos, simposios y congresos de su especialidad.

En general, los heridos toracoabdominales fueron atendidos en el terreno por el puesto de socorro de su Unidad y luego derivados al Hospital Interfuerzas de Puerto Argentino.

Cuando se produce el desembarco británico, heridos y prisioneros son llevados a una estación sanitaria creada en un frigorífico en Bahía Ajax y, de allí, al buque-hospital *Uganda*, desde donde fueron derivados al buque hospital ARA *Bahía Paraíso*.

Los heridos recogidos por el buque-hospital ARA *Bahía Paraíso*, en el hospital de Puerto Argentino y los transferidos del *Uganda*, eran trasladados a Punta Quilla en territorio argentino y de allí llevados a los distintos hospitales de evacuación.

Esta compleja cadena de traslado insumió mucho tiempo y un esfuerzo enorme, de cada uno de los escalones, para mantener los heridos graves con vida.

Los heridos toracoabdominales, en general, fueron intervenidos en la isla o en los buques-hospital.

En el Hospital de Evacuación se operaron las complicaciones, y aquellos pacientes que por su estado clínico pudieron ser trasladados difirieron sus intervenciones.

Del total de heridos (356) trasladados al Hospital Naval Puerto Belgrano, 47 pertenecían al sector que nos ocupa (13%).

Material y método

Se examinaron retrospectivamente los 47 heridos toracoabdominales por nosotros tratados. Examinamos el tipo de agente vulnerante, la localización de las lesiones y las heridas que produjeron, finalizando con el tratamiento instaurado y los resultados obtenidos.

Agentes vulnerantes

Tuvimos pocas heridas por proyectiles de alta velocidad, esto se debe fundamentalmente al incesante fuego naval sobre la zona con mayor concentración de tropas, que inclinó la estadística hacia una mayor cantidad de heridos por esquirlas.



Es así como del total de 47 heridos, por esquirlas lo fueron 38 (80%) y por proyectiles de alta velocidad 9 (20%).

Localización

Nuestros combatientes se hallaban en posiciones defensivas dentro de sus trincheras, eso hizo que el mayor número de heridas se produjeran en cabeza, tórax y miembros superiores.

La relación de los traumas toracoabdominales es la siguiente:

Torácicos	34	73%
Abdominales	13	27%

Heridas torácicas

De las heridas torácicas, fueron penetrantes 13 de ellas, las 20 restantes fueron trayectos en sedal o heridas anfractuosas por esquirlas, que requirieron debridamiento y cierre diferido con técnicas de deslizamiento de colgajos.

Las heridas penetrantes en tórax por esquirlas o por proyectiles de alta velocidad produjeron:

Neumotórax	3
Hemoneumotórax	4
Hemotórax	1
Lesión visceral	4
Hematomas	2

En todos los casos seguimos las conductas pautadas para tratamiento de estos heridos.

En los neumotórax un tubo de drenaje alto axilar o en línea medio-clavicular 2º espacio.

En los hemoneumotórax 2 tubos de drenaje uno en la posición descrita anteriormente y otro en tórax bajo, 7mo. u 8vo. espacio línea medio axilar con control estricto de la pérdida hemática. Ante persistencia de sangrado, efectuamos toracotomía.

En 4 casos debimos realizar toracotomía y en todos ellos se resolvió con suturas de pulmón o resección atípica, sin ser necesario efectuar en ninguno de ellos lobectomía.

Los hematomas pulmonares evolucionaron con conducta expectante y antibioticoterapia desapareciendo la imagen radiográfica en 4 semanas.

Heridas abdominales

De 13 heridos de esa localización, 7 fueron heridas penetrantes. De las heridas abdominales, dos fueron por proyectiles de alta velocidad y las restantes por esquirlas.

Como en el tórax, las heridas parietales por esquirlas fueron muy anfractuosas que, en general, llegaron infectadas, lo que motivó que fueran debridadas y dejadas abiertas para un cierre diferido con colgajos.

De los operados por heridas penetrantes, una produjo múltiples perforaciones de intestino delgado, que motivó la resección con anastomosis término-terminal.

Un paciente fue operado en el Hospital de Puerto Argentino, y debió ser reoperado en nuestro hospital por una perforación colónica inadvertida.

En 3 pacientes en los cuales se efectuó laparotomía por heridas penetrantes no se halló lesión visceral.

En dos casos las esquirlas se impactaron en la cara anterior del sacro en el espacio retrorectal, siendo intervenidos uno por vía posterior con incisión descrita por Localio y otro por vía anterior.

BREVE DESCRIPCIÓN DE CASOS TRATADOS

Caso N° 1

M.R.H. CC62 – H.C. N° 66517 – R.I. 5 (Paso de los Libres)

Ingresa por múltiples lesiones por esquirlas en abdomen y región glútea derecha operado en el Hospital Interfuerzas Malvinas por laparotomía paramediana izquierda sin hallar lesión intraabdominal. Trasladado el paciente al Hospital Naval Puerto Belgrano, se constata síndrome febril, supuración por herida glútea de color amarillo verdoso. Se efectúa fistulografía que demuestra trayecto hasta esquirla impactada en sacro. Interconsulta a neurología, diagnóstico: vejiga neurogénica, anestesia en silla de montar e incontinencia anal. Fractura de S2 con desplazamiento.

Protocolo Operatorio (11-06-82): incisión mediana supra e infraumbilical derecha, constatando cavidad abdominal libre, absceso retrorrectal, fractura de sacro con esquirla alojada y trayecto del proyectil, que ingresa por el surco glúteo inferior derecho haciendo un trayecto rectilíneo hasta impactarse en el sacro. Extracción del proyectil y limpieza del trayecto, en el cual se encontraban restos de ropa. Evacuación de un absceso retrorrectal de gran volumen, drenando la zona presacra con un tubo de doble vía para lavado y la cavidad abdominal con un tubo al Douglas.

Evolución postoperatoria: Tórpida, continúa la signología neurológica. Tratamiento de la incontinencia urinaria con Urocholine (M. R.) con lo cual mejora. Controlado el proceso séptico es derivado al Hospital Militar de Campo de Mayo.

Caso N° 2

J.J. CC62 – H.C. N° 66.660

Paciente derivado del Hospital Interfuerzas Malvinas con herida por esquirla de mortero, siendo operado en dicho Hospital, efectuando exteriorización del colon transverso y descendente, que se hallaba perforado en su cara mesentérica; drenándose, un hematoma retroperitoneal. Llegado al Hospital Naval Puerto Belgrano, se examina al paciente constatándose síndrome febril y abundante líquido purulento que fluye por la herida y por los bordes de la colostomía. Abdomen distendido, radiológicamente se observa íleo del intestino delgado con imágenes de revoque. Se decide operar de urgencia (11-06-82), por laparotomía previa (paramediana pararectal interna), observándose:

- a) importante íleo yeyunal.
- b) absceso en la zona de decolamiento colónico izquierdo.
- c) perforación del asa colónica exteriorizada (intraabdominal).

Se efectuó resección del colon exteriorizado y confección de colostomía ilíaca izquierda en "caño de escopeta".

Cierre de la laparotomía con malla de Marlex.

Evolución postoperatoria satisfactoria. Supera el proceso séptico. El 18-08-82, a sesenta días de la laparotomía, se hace cierre de colostomía.

Alta curado el 09-09-82.

Caso N° 3

J.J.C. Sargento Primero. R.I.5. – 37 años

Paciente evacuado por el buque-hospital *Uganda*, fue herido en el área de San Carlos el 28-05-82, derivado al buque-hospital ARA *Bahía Paraíso* el 04-06-82. Arriba al Hospital Naval Puerto Belgrano el 07-06-82, presentando herida de bala en región infraclavicular derecha, desgarrada no penetrante de 7 cm en su diámetro vertical por 2 cm en su diámetro transversal, y una herida desgarrada en flanco y muslo derecho de 35 cm de longitud por 7 cm de ancho.

Ingresa con supuración abundante, fétida, amarillento-verdosa, febril, dolorido. Radiológicamente se observa fractura de 3° y 4° arco costal derecho y ligero derrame pleural izquierdo.

Se efectuó antibioticoterapia, cura total expuesta de sus lesiones, infiltración de los nervios intercostales con Novocaína e interconsulta a neumonología por su derrame pleural izquierdo. Las heridas evolucionaron rápidamente a curación de las mismas. Se punza el hemotórax izquierdo, obteniendo líquido sero-fibrinoso y se efectúa reacción de Mantoux, resultando francamente positiva, por lo que se lleva a cabo tratamiento antituberculoso.

Alta curado de sus heridas y con franca regresión de su proceso tuberculoso a los 62 días de su internación.

Caso N° 4

S.R.D. – 19 años – CC63 – H.C. N° 66.617 – R.I. 25

Paciente con grave herida perineal por esquirla, derivado del buque *Uganda*, donde se le efectuó colostomía transversal y curación de la herida perineal. El 04-06-82 es recibido en el buque hospital ARA *Bahía Paraíso* donde se retira sonda nasogástrica y la varilla que sostiene la colostomía. Se constata síndrome febril a raíz de foco de sepsis en herida perineal, llevándolo a cirugía donde se comprueba herida arciforme a 3 cm del margen anal a concavidad posterior, con diastasis de todos los planos. Sección del haz puborrectal y sección parcial del esfínter externo del ano; se lava prolijamente la herida, procediendo a reparar los elementos musculares, suturando el haz puborrectal y las fibras del esfínter externo lesionado, dejando ampliamente abiertos los tejidos.

Arriba al Hospital Naval Puerto Belgrano el 07-06-82; el 09-06-82 se hace limpieza bajo anestesia comprobando un buen funcionamiento. El 24-06-82 se repite toilette bajo anestesia.

Evolución postoperatoria satisfactoria, pronta granulación de la herida y cierre de la colostomía a los 60 días de su lesión. Alta con tránsito conservado y perfecta continencia para materia fecal y gases.

Caso N° 5

E.U. – 22 años – Cabo Segundo Enfermero – H.C. N° 28.038

Paciente que ingresa al Hospital Naval Puerto Belgrano el 02-04-82 con herida de bala en abdomen, habiendo sido intervenido quirúrgicamente en el Hospital Regional Malvinas. Se

le efectuó resección de intestino delgado, anastomosis término-terminal y cierre de la pared en un solo plano.

Evolución postoperatoria, satisfactoria, presentando como única complicación lesión radicular derecha de L1, L2 y L3 por hematoma retroperitoneal, que mejoró espontáneamente. Alta curado el 19 de mayo de 1982.

Resumen

Se trataron 47 heridos toracoabdominales. 13,2 % de los ingresos del T.O.A.S.

Torácicos	34
Abdominales	13
Torácicos penetrantes	14
Parietales	20
Abdominales penetrantes	7
Parietales	6

La gran mayoría de los heridos lo fueron por esquirlas.

En el grupo no hubo mortalidad.

Se requirió el apoyo de dos cirujanos plásticos para el cierre diferido de las heridas.

Conclusiones

- a) Hubo una mayor incidencia de heridas torácicas sobre las abdominales; la gran mayoría producidas por esquirlas.
- b) La atención médica fue llevada a cabo, en la mayor parte de los casos, en el Hospital Interfuerzas de Puerto Argentino, cumpliendo los heridos una compleja cadena de evacuación, que finalizaba en los hospitales de evacuación en el continente.
- c) Existió incidencia similar de heridas penetrantes en tórax como en abdomen, siendo la mayor parte de éstas de mediana gravedad.
- d) El tratamiento de los heridos fue facilitado por conductas terapéuticas pautadas con anterioridad.
- e) No hubo mortalidad en el grupo de heridos analizados.
- f) La mayor parte de las heridas parietales fueron desgarradas y anfractuosas, dadas las características del agente vulnerante (esquirlas).
- g) Todas las heridas parietales cerraron por segunda, algunas mediante la utilización de colgajos.
- h) En las heridas torácicas penetrantes el daño del parénquima no obligó a efectuar lobectomías. ■