

# HERIDAS TORACO-ABDOMINALES POR ARMA DE FUEGO

*Jorge Acuña Calvo\**

## INTRODUCCION:

En el Hospital San Carlos desde mediados del año de 1983 y asociado a los problemas políticos que ocurren en la Frontera Norte, se han incrementado los casos de heridas por arma de fuego. Tenemos que hasta marzo de 1985, se habían recibido 22 pacientes con heridas toraco-abdominales, y aproximadamente el doble con lesiones netamente de miembros superiores o inferiores. El mayor problema presente es que son pacientes que generalmente presentan perforaciones intestinales que al llegar al hospital tienen no menos de 12 horas de haber recibido el proyectil o proyectiles, por lo cual la sepsis ya presente hace que el pronóstico sea reservado, aparecen complicaciones y la estancia se prolonga. Otro problema que se presenta es el tipo de proyectil utilizado, el cual produce lesiones extensas, múltiples y muchas veces invalidantes.

## MATERIAL:

Se recibieron 22 pacientes con lesiones estrictamente toraco-abdominales. De estos, 20 fueron operados, otro paciente presentaba una herida en torax con hemotorax que requirió solamente sonda intra-torácica. El otro paciente sufrió una herida torácica que no produjo hemotorax ni neumotorax. El órgano más lesionado fue el intestino delgado con 17 casos (Tabla No. 1). Se realizaron 72 procedimientos quirúrgicos, (tabla No. 2), y fallecieron 5 pacientes, (mortalidad de un 22.7%).

Tabla No. 1

### Lesiones Encontradas

| TIPO DE LESION                     | No. |
|------------------------------------|-----|
| Perforaciones de intestino delgado | 17  |
| Perforaciones de colon             | 8   |
| Ruptura de hígado                  | 5   |
| Contusión vesicular                | 5   |
| Hemoneumotorax                     | 4   |
| Perforación gástrica               | 3   |
| Ruptura de bazo                    | 2   |
| Perforación de duodeno             | 2   |
| Hematoma retroperitoneal           | 2   |
| Paraplejia                         | 1   |

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| Monoplejia                        | 1         |
| Sección medular                   | 1         |
| Contusión medular                 | 1         |
| Contusión del duodeno             | 1         |
| Contusión renal                   | 1         |
| Eventración de epiplón            | 1         |
| Ruptura del mesenterio            | 1         |
| Perforación de ventrículo derecho | 1         |
| Perforación del diafragma         | 1         |
| Neumotorax                        | 1         |
| Fractura de L3-L4                 | 1         |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>60</b> |

Tabla No. 2

### Procedimientos Quirúrgicos

| PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO           | No. |
|----------------------------------------------|-----|
| Sutura de perforaciones de intestino delgado | 12  |
| Colostomías                                  | 6   |
| Anastomosis T-T de intestino delgado         | 5   |
| Resecciones de intestino delgado             | 5   |
| Toracotomía abierta                          | 5   |
| Sutura de hígado                             | 5   |
| Cierre de colostomía                         | 4   |
| Colecistectomía                              | 4   |
| Toracotomía cerrada                          | 3   |
| Esplenectomías                               | 2   |
| Sutura de duodeno                            | 2   |
| Gastrostomía                                 | 2   |
| Yeyunostomía                                 | 2   |
| Gastroentereanastomosis                      | 2   |
| Sutura de diafragma                          | 1   |
| Cierre de eventración                        | 1   |
| Duodenostomía                                | 1   |
| Colocación de sonda en T                     | 1   |
| Resección colon transversal                  | 1   |
| Braun                                        | 1   |
| Resección de epiplón                         | 1   |
| Y de Roux                                    | 1   |
| Degastrogastrectomía                         | 1   |
| Gastrectomía subtotal                        | 1   |

\* *Especialista en Cirugía, Hospital San Carlos.*

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Sutura de ventrículo derecho   | 1         |
| Sutura del mesenterio          | 1         |
| Sutura del estómago            | 1         |
| <b>TOTAL DE PROCEDIMIENTOS</b> | <b>72</b> |

Uno de los pacientes que llegó más grave, (14 años), había recibido un proyectil en el ventrículo derecho varias horas antes de su ingreso, al realizarse la toracotomía entró en paro cardíaco; se suturó rápidamente el orificio, se dió masaje y salió del paro, pero hubo lesión cerebral por lo que falleció tres días más tarde.

La complicación más frecuente fue el absceso de pared, (tabla No. 3).

Tabla No. 3

#### Complicaciones

| COMPLICACION            | No.       |
|-------------------------|-----------|
| Insuficiencia renal     | 1         |
| Shock séptico           | 2         |
| Dehiscencia de suturas  | 2         |
| Fístulas enterocutáneas | 1         |
| Absceso intra-abdominal | 1         |
| Descerebración          | 1         |
| Pulmón de choque        | 1         |
| Eventración             | 1         |
| Abscesos de pared       | 4         |
| <b>TOTAL</b>            | <b>13</b> |

De los 22 pacientes murieron 5 (22.7%).

#### RESUMEN Y COMENTARIO

Aproximadamente el 80-90% de los pacientes con heridas torácicas no necesitan toracotomía y su manejo es con sonda intra-torácica y vigilancia del sangrado. (4). Por el contrario todos los pacientes con heridas por arma de fuego abdominales deben ser sometidos a laparatomía ya que, en mayor o menor grado tendrán lesiones importantes. En heridas torácicas (3) las indicaciones para cirugía son: a— cualquier paciente que presente una hemorragia mayor de 300cc. por hora en un período de 2-3

horas. b— cualquier paciente que presente una hemorragia de 1 a 1.5 litros al colocarle inicialmente la sonda intratorácica. c— si es imposible evacuar adecuadamente la sangre retenida en el espacio pleural. La mayor parte de las hemorragias que ocurren en las lesiones torácicas no provienen del pulmón en sí, porque este órgano es un sistema de presión baja (3) y la presión promedio en la arteria pulmonar es de unos 15 mm. de Hg. Como resultado, en pacientes que persisten con hemorragia, ésta suele deberse a una lesión de las arterias sistémicas en el torax, las intercostales o la mamaria interna. En heridas abdominales (1) por arma de fuego se debe realizar laparatomía y el procedimiento realizado dependerá de los órganos afectados, (sutura de intestino, de bazo, colostomía, colecistectomía, etc.). La morbilidad y mortalidad dependerá del tipo de lesión, del órgano afectado y del tiempo de evolución; tenemos entonces por ejemplo, que los porcentajes de mortalidad después de injuria duodenal han sido altos a través de los reportes de la literatura (21%); que las heridas hepáticas por arma de fuego (5) tienen una mortalidad del 25% y que la injuria de los vasos intra-abdominales tiene una mortalidad del 50-79% (2). Como se dijo al inicio, el mayor problema que hemos tenido con nuestros casos es el tiempo de evolución al hacer su ingreso al Hospital San Carlos, el cual es no menor de 12 horas en la mayoría de los pacientes, a pesar de eso la mortalidad va acorde con otros reportes, y la morbilidad que hemos tenido es relativamente poca.

#### BIBLIOGRAFIA:

- 1.— Dickermann, R.M.: Lesiones esplénicas, pancreáticas y hepáticas. C.Q.N.A. 1981; 1:3.
- 2.— Ekblom, G.A.: Intra-abdominal vascular trauma. J. Trauma 1981; 21:12: 1040.
- 3.— Jones, K.W.: Traumatismo en torax. C.Q.N.A. 1980; 4:959.
- 4.— Kish, Getal: Indications for early thoracotomy in the management of chest trauma. Annals of Thoracic Surg 1976; 22: 23-28.
- 5.— Trunkey, D.D.: Management of liver trauma in 811 consecutive patients. Annals of Surg 1974; 179: 722.