

Herida Abdominal por Arma Blanca

Dr. Mario Arcia (*)

Dr. David García (**)

Dra. Valentina Azócar (***)

Dra. Mélida Rojas (***)

Arcia M., García D., Azócar V., Rojas M. Herida Abdominal por Arma Blanca. Centro Mérida, 1991; 37:25-29.

Resumen

Se hace un estudio de las heridas por arma blanca evaluadas en el Hospital Pérez Carreño.

Abstract

An analysis is made of knife and similar wounds seen at Hospital Pérez Carreño.

Palabras claves

Arma blanca, Herida abdomen.

INTRODUCCION

Las características propias de nuestra sociedad, con un acentuado componente agresivo, ha incrementado el interés por los diferentes aspectos que la cirugía de emergencia posee.

Dentro del traumatismo abdominal las agresiones por arma blanca, a diferencia de las lesiones con arma de fuego presentan un porcentaje considerable de pacientes intervenidos sin hallazgos que ameritaran procedimientos quirúrgicos mayores, motivo por el cual el énfasis en métodos diagnósticos que permitan una selección más adecuada de cada caso en particular.

En vista de estas consideraciones presentamos la experiencia del Hospital Central "Doctor Miguel Pérez Carreño", del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, sobre este interesante punto.

MATERIAL Y METODO

Revisión retrospectiva de las historias de pacientes ingresados e intervenidos en el Hospital Miguel Pérez Carreño (HMPC) de Caracas, con diagnóstico de herida abdominal penetrante, entendiendo como límites las prolongaciones de las líneas axilares anteriores, la sínfisis púbica y apéndice xifoides, estas últimas proyectadas horizontalmente, con especial atención a las producidas por arma blanca durante los años de 1980 a 1990. Se hace énfasis en aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

RESULTADOS

Durante el decenio comprendido entre 1980 a 1990 fueron intervenidos en nuestro hospital un total de 129 pacientes con herida abdominal producida por arma blanca con un abrumadora mayoría perteneciente al sexo masculino 124 (96,1%). El grupo etario mayormente afectado estuvo entre los 21 a 30 años con 62 casos (48%); es aun más llamativo el hecho que 117 pacientes (90,3%) eran menores del 41 años. (Tabla 1). No apreciamos alteraciones del

(*) MASVC - MASVO - MTSVM. Adjunto Servicio Cirugía I. Hospital Miguel Pérez Carreño. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. (HMPC - IVSS)

(**) Residente tercer año Postgrado Universitario Cirugía General (UCV) Servicio Cirugía I HMPC - IVSS

(***) Interno Postgrado. HMPC - IVSS

TABLA I
Distribución por edades de las heridas por arma blanca

Edad	Nº de pacientes	Porcentaje
0-10a	0	0
11-20	25	19,3%
21-30	62	48% 117 (90,3%)
31-40	30	23%
41-50	9	6,9%
51-60	2	1,5%
61-70	0	0
71-80	1	0,7%
NP	1	0,7%
Total	129	

Fuente: Archivo de historias médicas H.M.P.C.

TABLA II
Estado de conciencia de los pacientes ingresados al H.M.P.C con herida abdominal por arma blanca

Ebrio	22 (17%)
Consciente	82 (63%)
Agitado/Obnubilado	6 (5%)
NP	19 (15%)
Total	129

Fuente: Idem

TABLA III
Localización de la herida abdominal

	Nº de casos	Porcentaje
Hipocondrio dcho	L6	12,4%
Epigastrio	27	20,9%
Hipocondrio izdo	19	14,7%
Flanco derecho	12	9,3%
Mesogastrio	19	14,7%
Flanco izquierdo	23	17,8%
Fosa ilíaca dcha	6	4,6%
Hipogastrio	2	1,5%
Fosa ilíaca izda	9	6,9%

Fuente: Idem

estado de conciencia por trauma alcohol o drogas en 63% de la casuística (Tabla II). Las heridas predominaron en: 1. epigastrio 2. Flanco izquierdo 3. Mesogastrio e hipocondrio izquierdo 4. Hipocondrio derecho y 5. Flanco derecho (Tabla III).

Los hallazgos semiológicos de shock o peritonitis fueron mayoritariamente negativos, salvo el referente a los ruidos hidroaéreos que estuvieron ausentes en 59% de los casos (Tabla IV).

Señalamos la tendencia a la normotensión tanto al ingreso como transoperatoria (Tabla V).

El diámetro de las heridas no fue precisado en 56 oportunidades, en el resto de los casos estuvo entre 2 a 3 cms. (Tabla VI).

Del total de pacientes 48 presentaban evisceración, predominante epiplón. (Tabla VII). 81 casos fueron explorados, 73 de ellos en forma digital, 57% de la muestra global.

Consideramos bajo la denominación de laparotomía en blanco o negativa, aquella en la cual no se evidenció lesión del contenido intraperitoneal, es decir que el objeto agresor afecta hasta el peritoneo parietal; con esa premisa apreciamos un 43,4% de operaciones consideradas en blanco (56), de las cuales un 70% fueron exploradas digitalmente y un 25% presentaba evisceración. (Tabla VIII).

La descripción de los hallazgos nos indica que predominaron las lesiones del peritoneo parietal con hemoperitoneo de variados volúmenes, asa delgada, hígado, mesenterio, epiplón, estómago e intestino grueso. (Tabla IX). 9 pacientes (6,8%) presentaron lesión torácica asociada.

Los tratamientos instaurados más frecuentemente fueron: rafia (62,5%), resección y ligadura de epiplón (12%), ligadura arterial (7%) y resección y anastomosis de asa delgada (4,5%). Tabla X.

En 15 oportunidades el postoperatorio cursó con complicación, que ameritó una reintervención en II ocasiones con variadas medidas terapéuticas, sin mortalidad en la muestra analizada. Tabla XI.

DISCUSION

El conocido concepto que sostiene que en las heridas abdominales por arma blanca un tercio de las mismas no penetra la cavidad, un tercio penetra sin ocasionar lesiones y un tercio penetra produciendo lesiones que ameritan reparación⁷, nos señala lo controversial que puede ser esta entidad. Su frecuencia entre un 9 a 15% de las heridas penetrantes toraco-abdominales⁸ varía en las diferentes bibliografías consultadas de acuerdo al enfoque particular de cada trabajo.^{1,3,5,6,11}

TABLA IV
Clínica de los pacientes con heridas por arma blanca en abdomen

		Nº Pacientes	Porcentaje
Taquicardia	no	86	
	si	43	33,3%
Sudoración	no	116	90%
	si	13	10%
Palidez	no	89	69%
	si	46	31%
Frialdad	no	123	95%
	si	6	5%
Rigidez en tabla	no	121	94%
	si	8	6%
Rebote	no	119	92%
	si	10	8%
Ruidos	no	76	59%
	si		
Distensión abdominal	no	124	96%
	si	5	4%

Fuente: Idem

TABLA V
Tensión arterial

	Ingreso	Transoperatoria
Normotensos	95 (73,6%)	100 (77,5%)
Hipotensión	10 (7,7%)	14 (10,8%)
NP	24 (18,6%)	15 (11,6%)

TABLA VI
Tamaño de la herida de pared

	Nº de pacientes	Porcentaje
NP	56	43,4
Icmt	6	5
I	5	4
2	21	16
3	22	17
4	7	5,4
5	5	4
6	3	2,3
7	2	1,5
8	1	0,7
9	-	-
10	1	0,7

TABLA VII
Evisceraciones = 48 Pacientes

	Evisceración	Nº	%
Tipo	Eviplón	42	88
	Visceras	3	6
	Epiplon y Visceras	3	6
Total		48	100

1 Evisceración de Estómago
3 Evisceraciones del Intestino Delgado
1 Evisceración del Intestino Grueso
1 Evisceración del Intestino Delgado y Grueso

TABLA VIII
Laparatomías

Nº	Blanco	No Blanco	Total
	56 (43,4%)	73 (56,5%)	129
Explo	Dig	39 (70%)	34 (47%)
	Inst	3 (5%)	5 (7%)
	Total	42 (75%)	39 (54%)
Evisc	Epi	13 (23%)	28 (38%)
	Vis	1 (2%)	6 (8%)
	Total	56 (25%)	73 (46%)

TABLA IX
Hallazgo a la laparotomía

Lugar de la lesión	Nº de casos	Porcentaje
Diafragma	6	5%
Epiplón	12	9,5%
Hígado	22	17%
Bazo	4	3%
Vías Biliares	3	2,3%
Intestino Delgado	36	28%
Intestino Grueso	11	8,5%
Riñón	2	1,5%
Mesocolon	5	4%
Páncreas	3	2,3%
Hematoma Retroper	10	8%
Hemoperitoneo	49	38%
Arterias	9	7%
Estómago	11	8,5%
Mesenterio	16	12%

TABLA X
Intervención

Procedimiento	Organo	Nº Casos	Porcentaje
Resección y ligadura	Epiplón	16	12
Ligadura	Arteria	9	7
Rafia	Brecha	8	6,2
	Intestino D.	29	22,4
	Intestino G.	11	9
	Estómago	11	9
	Bazo	2	1,5
	Hígado	17	13
	Páncreas	1	0,7
	Riñón	1	0,7
Resección y ATT	Intestino D.	6	4,5
Esplenectomía		1	0,7
Colecistectomía		3	2,3
Nefrectomía		1	0,7
Otros: Exploración retroperitoneo		9	7
Drenaje de tórax		7	5,4
Rafia cardíaca		1	0,7
Rafia de pericardio		1	0,7

TABLA XI

Tipo	Reintervenciones Nº
Drenaje de absceso Hepático	2
Gastrorrafia	1
Vagotomía más Píloroplastia	1
Cura operatoria eviscer.	1
Cura operatoria de eventración	2
Lumbotomía exploradora	1
Heminefrectomía	1
Drenaje de absceso pancreático	1
Rafia del ang. esplénico Colon	1
Total	11

La distribución por sexo y edades confirma la mayor incidencia en pacientes masculinos en edades reproductivas.^{3,4,5,8,9} Señalamos que el significativo porcentaje de pacientes con buen nivel de conciencia redundó en la confiabilidad de los hallazgos semiológicos, contrastando con otras experiencias⁵ en las cuales al momento de consultar son negativos o mínimos, principalmente dolor en el área cercana a la penetración.^{2,4}

La localización en los tercios medio e izquierdo de la pared abdominal está relacionada con mayor número de atacantes diestros,⁸ nos llama la atención el predominio de lesiones únicas, contrastando con otras experiencias.³

En relación al tamaño del objeto agresor, el diámetro de las heridas nos induce a sospechar la mayor utilización de armas puntiagudas sobre los picos de botella o cuchillos de gran tamaño. Esto influyó en la preponderancia de heridas penetrantes sin evisceración. La exploración de estas últimas lesiones, tanto digital como instrumental, no es un patrón confiable para confirmar una lesión visceral como lo señalaran otras referencias.^{8,9,11} Incluso el 25% de laparotomías en blanco en pacientes eviscerados nos recalca la importancia de un metódico plan de evaluación, aspecto enfatizado en varias oportunidades.^{7,8} Los hallazgos a la laparotomía confirman que estas agresiones, en contraste con las producidas por arma de fuego, no representan un peligro inmediato para la existencia; lo cual sirve de base, junto con la morbilidad y mortalidad que puede conllevar una laparotomía, a los grupos que apoyan el manejo selectivo de los pacientes que cumplan criterios pre-establecidos para este enfoque.^{4,8,10,11,12}

El porcentaje de complicaciones y reintervenciones está en concordancia con los obtenidos en series de instituciones que siguen una política intervencionista como nuestro hospital.^{3,6}

CONCLUSIONES

1. Las heridas abdominales por arma blanca representan un terreno abonado para la controversia.
2. Las variadas implicaciones clínicas, diagnósticas y terapéuticas reafirman su interés.
3. El manejo selectivo es una opción a tomar en consideraciones con fundamento en parámetros muy precisos.
4. La evaluación clínica continua siendo primordial.
5. La lesión única prevaleció en este estudio.
6. El fenómeno de evisceración reclama una evaluación más detallada del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Benain, E: Trauma punzopenetrante del abdomen anterior, indicaciones para la laparotomía. XLVI Jornadas Intercapitulares de Cirugía. 1989.
2. Bracho, N: Traumatismo del abdomen, contusiones y heridas.
3. Clemente, L: Traumatismo abdominales, Tesis de grado.
4. Demetriades, D: Indications for operation in abdominal stab wound. Am Surg 1987 Vol 205: 129-132.

5. Donaldson, L: A retrospective review of 89 stab wounds to the abdomen and chest. *Br J Surg*. Vol 68 1981; 793-796.

6. Escalona, R: Manejo de las heridas penetrantes abdominales en el H.G.O. XLVII Jornadas intercapitulares de Cirugía. 1990.

7. Granson, M: Abdominal stab wound with omental evisceration. *Arch Surg*. Vol 118. Jan 1983; 57-59.

8. Huizinga, W: Selective management of abdominal and thoracic stab wounds with established peritoneal penetration: the

eviscerated omentum. *Am J Surg* 1987 vol 157; 564-568.

9. Mariadason, J: Management of stab wound to the thoraco abdominal región. *Ann Surg*. March 1988;335-340.

10. Printen, K: Conservative management of penetrating abdominal wound. *Arch Surg*. Vol 96, June 1968; 899-901.

11. Slon, R: Selective management of abdominal stab wound. *Arch Surg*. Vol 124, Sept 1988;1141-1145.

12. Wholen, G: The selective management of penetrating wounds of the back. *J Trauma*. Vol 29, 1989: 509-511.