

HERIDA DE BALA DE RIÑÓN

Por los Dres. LUIS M. BREA y RICARDO ANTELO

En ocasión de los sucesos del 16 de Junio pasado, fuimos llamados del quirófano del Departamento Quirúrgico del Hospital para intervenir en un paciente que ya estaba en la mesa de operaciones, anestesiado y a quien se le había practicado una exploración quirúrgica del trayecto de una herida de bala que tenía su orificio de entrada en el flanco izquierdo y de salida en la región lumbar. El acto operatorio realizado había permitido al cirujano comprobar que no había sido interesado el peritoneo y en consecuencia las vísceras huecas intra-abdominales estaban indemnes con la formación de un hematoma retro-peritoneal.

En estas condiciones tomamos nosotros el herido, anestesiado, recuperada su tensión arterial por la transfusión sanguínea efectuada y con la presunción de que la bala en su trayecto había interesado el riñón izquierdo. Un sondaje vesical permitió comprobar una hematuria total que ratificaba la presunción diagnóstica, pero el no haberse efectuado el examen urográfico que es de rigor y obligatorio en estos casos nos colocaba en la imperiosa necesidad de ser conservadores "au trance" y de limitar nuestra conducta a una exploración quirúrgica.

Hecha la lumbotomía izquierda comprobamos en efecto un gran hematoma perirrenal y liberado el riñón, el examen del mismo nos permitió observar que presentaba una herida perforante en la cara anterior del polo inferior, muy cerca del sinus renal, con orificio de salida por la cara posterior de aspecto estrellado. Colocamos puntos hemostáticos de catgut con interposición de grasa, pese a lo cual la hemorragia continuaba siendo importante. Hicimos la transfixión del polo inferior con un punto de seda gruesa, con la técnica preconizada por Rhen, y fijamos el órgano con los cabos del mismo a la pared, pasándolos por encima de la XIIª costilla. A partir de este momento la hemorragia cesó y la hemostasia fué perfecta, siendo comprobada durante una observación prudencial.

El post-operatorio fué magnífico, las orinas aclararon después de 48 hs. Las comprobaciones radiológicas efectuadas a los nueve días de operado permiten certificar la completa recuperación funcional del órgano afectado y cuatro semanas más tarde la buena posición en que ha quedado.

COMENTARIOS

Nuestra experiencia en heridas de guerra en el aparato urinario y en especial del riñón, es afortunadamente muy pobre, por eso es interesante conocer algunos de los comentarios de los cirujanos urólogos del Ejército Americano

que actuaron en el Frente Europeo y que fueron motivo de un trabajo presentado por uno de nosotros (Antelo) a la Dirección General de Sanidad Militar, titulado "Conducta terapéutica en las heridas por armas de fuego en el aparato urinario".

En primer lugar consideran las lesiones renales, contusiones, producidas por impacto o explosión de proyectiles, en diversas partes del cuerpo alejadas de la región lumbar. En estos casos el tratamiento debe ir dirigido al Shock y a las heridas más importantes.

Las contusiones renales directas sin herida abierta en una serie de 100 casos fueron observadas en 25 de ellos que se recuperaron totalmente con tratamiento conservador y sin necesidad de intervención quirúrgica.

Los 75 restantes presentaban lesiones por impacto directo de bala o de esquirlas con lesiones combinadas de otros órganos y fué menester nefrectomizar 24. El resto, 51, fueron tratados con criterio conservador.

Estos datos obtenidos de una serie de 100 casos, permite afirmar la importancia de la conducta expectante y conservadora, relegando la intervención quirúrgica solamente para los casos de grandes hemorragias incontrolables, grandes extravasaciones urinarias o la certeza de una gran destrucción del parénquima glandular.

Es obvio recalcar la importancia que los Urólogos Americanos han dado a la urografía excretora y a la pielografía retrógrada como acto previo a toda determinación terapéutica.

Dicen también que el tratamiento conservador que debería ser el ideal fuera de la cirugía de guerra, debe dejar paso a la nefrectomía en los casos de herida directa del riñón por arma de fuego, por tratarse habitualmente de heridas complicadas con múltiples lesiones de otros órganos, infectadas y ser muy laboriosa una buena toilette de la glándula que dé la necesaria seguridad de que no se produzcan hemorragias secundarias.

Nosotros deseamos destacar en esta circunstancia que nunca serán suficientes las oportunidades que se presenten, para que los Urólogos insistan y recalquen la necesidad de que todo enfermo por más incierta que sea la lesión del aparato urinario sea urografiado antes de ser llevado a la mesa de operaciones debiendo considerar al examen radiológico como uno de los tiempos previos en la preparación pre-operatoria y de la recuperación del herido.

Consideramos conveniente también la planificación previa de una conducta quirúrgica conservadora dejando la ectomía del órgano solamente para los casos en que la exploración macroscópica del mismo permita comprobar una gran destrucción parenquimatosa.

Creemos necesario destacar el hecho que pudimos observar durante la intervención efectuada con respecto a las posibilidades de asegurar una correcta hemostasia cuando es posible colocar un punto de transficción en el polo inferior para fijar el riñón como lo hace Rhen, pues al adosar el órgano fuertemente contra el plano muscular se consigue una compresión que hace la hemostasia en forma similar a la que uno puede obtener con una maniobra manual. En nuestro caso fué manifiesta y sorprendente la forma como se consiguió cohibir la hemorragia que no había podido ser detenida por los puntos hemostáticos.

Para terminar vamos a tomar del informe de los urólogos americanos las reglas en las que ellos resumen la conducta del cirujano que debe actuar ante un herido que presenta una lesión de riñón por arma de fuego.

Se debe:

- 1º Hacer siempre urografía excretora o pielografía retrógrada.
- 2º Retardar la intervención hasta pasar el Shock.
- 3º Obtener muestras de orina por micción o por sondaje en todo traumatizado y herido lumbo-abdominal.
- 4ª Investigar la hematuria.
- 5º Expectación armada y tratamiento conservador salvo heridas por armas de fuego complicadas, hematoma creciente del flanco o hemorragia profusa y continua.
- 6º Las heridas por arma de fuego que involucran el riñón hacen preciso nefrectomizar casi siempre.
- 7º Investigar siempre otras heridas viscerales que puedan acompañar a las heridas por arma de fuego del riñón.
- 8º Explorar el riñón en operaciones abdominales con hematuria.
- 9º Controlar presión y pulso cada hora.

No se debe:

- 1º Dudar en obtener una urografía excretora y si es necesario retrógrada.
- 2º Dejar de observar la orina.
- 3º Intentar hacer urogramas en pacientes con Shock intensos o anuria temporaria.
- 4º Nefrectomizar sin haber comprobado el estado del otro riñón.
- 5º Permitir que el enfermo se levante antes de los 10 días en toda herida de riñón.
- 6º Dar de alta al paciente antes de tener aspecto pielográfico final y función renal determinada.

DISCUSION

Dr. Trabucco. — Deseo preguntar si han podido recoger la bala y si han analizado de qué material era.

Digo esto porque en el trabajo experimental que hicimos sobre traumatismos de riñón hace 10 años, el comportamiento del órgano traumatizado era distinto según se trate de material duro, como el acero o más blando como el plomo. Cuando las balas son de material duro como el acero, naturalmente, el riñón puede salvarse. El impacto se hacía prácticamente sin estallido del órgano y se establecía como si fuera un sedal. En cambio, cuando el impacto era hecho por una bala de plomo el estallido del riñón era la regla y debió realizarse la nefectomía.

Por eso, desearía saber si los cirujanos encontraron el agente causal del trauma y de qué material era.

Dr. Brea. — La bala no pudo ser encontrada porque tenía orificio de entrada y salida. No estaba alojada en el organismo. Interpreto que debe tener una camisa de bronce, porque se supone que era una bala de máuser.