

LA TÁCTICA DE LA SUTURA SECUNDARIA EN LAS HERIDAS CONTUSAS

Armando M. LOUBEJAC

Presentado en la sesión del 4 de Junio de 1941

Una reciente observación personal de gran herida lácero-contusa de muslo seguida de éxito completo con la táctica de la *sutura secundaria*, nos lleva a traer este tema a la *Sociedad de Cirugía*, no con el afán de evidenciar un resultado brillante sino con el propósito de estimular esta conducta quirúrgica que ya ha recibido su sanción en cirugía de guerra pero que se olvida con frecuencia en la práctica civil.

En efecto; es difícil sustraerse a la tentación de cerrar completamente una herida contusa después de haberle practicado una prolija limpieza, con resección cuidadosa de los bordes cutáneos, extirpación de fibras musculares desgarradas, regularización de tendones y aponeurosis, lavado del campo operatorio con suero caliente y éter. Hemos practicado ese cierre primitivo en numerosos casos sin tener que lamentar esa conducta, las más de las veces. Es que el cirujano debe saber proceder según las circunstancias y tener bien presente que la teoría de la exaltación microbiana en "vaso cerrado" tiene a menudo una terrible confirmación con el cierre inmediato de las *heridas de origen traumático* en las regiones con abundantes masas musculares como las nalgas, los muslos, las pantorrillas y los antebrazos. Todos hemos visto complicaciones más o menos graves que nos han obligado a hacer saltar los puntos de sutura a las 24 horas de la intervención. Igualmente numerosas son las pequeñas heridas contusas de la vida diaria que, sin mayor averiguación de las condiciones en que el accidente se produjo, son objeto de sutura inmediata, después de una somera exploración en lugares inapropiados y llegan, en segunda instancia, a la supuración y al retardo consiguiente de la cicatrización.

Con más razón hemos de ser rigurosos en la conducta a seguir si pueden presentarse observaciones como la que va a continuación, en la cual todo parecía ideal para intentar un cierre primitivo y que hizo, sin embargo, una gravísima complicación, felizmente resuelta sin la grave mutilación que se pensó en el primer momento. Es el enfermo que acabo de ver.

OBSERV. 1.— J. C., de 18 años, muchacho de gran físico y nadador destacado; en la tarde del 21 de Noviembre de 1938, mientras se arrojaba



FIGURA 1

al agua desde el techo de una chata de natación, en la Bahía, se rompió el cristal de una claraboya sobre la que se apoyaba, introduciendo toda su pierna derecha a través de la abertura, entre los fragmentos de vidrio que quedaron fijos al marco metálico.

Ingresa al Servicio de Puerta del Hospital Maciel con una terrible herida que abre la articulación de la rodilla, por el borde externo de la

rótula, y levanta la musculatura de la cara anterior del muslo en un colgajo a base superior y que tiene como fondo el músculo crural. La herida es limpia, hecha como por un cuchillo. Bajo anestesia general al éter CO₂, procedemos en la siguiente forma: se afeita el muslo, el colgajo y la rodilla; limpieza de la piel con bencina y éter y desinfección con yodo; lavado de la herida muscular y de la articulación de la rodilla con suero caliente y éter. Resección de bordes cutáneos y de fibras musculares sueltas. Cierre de la rodilla con puntos de catgut y sutura primitiva músculo-aponeurótica y cutánea en su totalidad. Las circunstancias del accidente y los caracteres de la herida guiaron nuestra conducta. Suero antitetánico 1500 unidades y 30 c. c. de suero antigangrenoso polivalente preventivos. A las 24 horas: fiebre alta, delirio, excitación, pulso rápido y crepitación gaseosa en el muslo. Hacemos saltar todos los puntos, abrimos anchamente su herida del muslo y mantenemos una irrigación continua de Carrel toda la noche, por indicación del Dr. Etchegorry, a quien pedimos consejo. Suero antigangrenoso a altas dosis. Es interesante destacar el cambio fundamental que sufrió el aspecto de la herida bajo el efecto del baño permanente de Carrel. Lentamente, todo entró en orden en el plazo de tres meses, al precio de una anquilosis fibrosa de la rodilla y de una deformación cicatricial del muslo (figura 1).

En el segundo enfermo que hemos mostrado se trataba, también de una gran herida láceró-contusa de muslo, que reunía las máximas posibilidades para hacer las temibles complicaciones de las "heridas de la calle" y que evolucionó en forma altamente satisfactoria merced a la táctica del cierre secundario. Podemos asegurar que su cicatriz actual (fig. 2) no da más que una pálida idea de la magnitud del desgarro músculo-aponeurótico. He aquí la observación:

OBSERV. 2. — A. S., de 30 años, al mediodía del 29 de Marzo de 1941, mientras conducía una motocicleta, choca violentamente contra otro vehículo y se hiere profundamente el muslo derecho con alguna parte metálica del manillar. No pierde el conocimiento e ingresa a nuestra Guardia del Hospital Maciel con una gran herida láceró-contusa que ocupa la mitad inferior de la cara anterior del muslo. En el triángulo de Scarpa, junto a la arcaña, hay una fuerte contusión de la piel que deja fluir sangre negra al través de un pequeño orificio orlado de equimosis. No hay signos de fractura. No hay estado de "shock". Presión arterial: MX. 14; Mn. 8. Se interviene de inmediato.

Operación: Dr. Loubejac. Anestesia general con éter - CO₂. Afeitada, limpieza y desinfección de la piel. Suponiéndola más superficial, vamos primero a explorar la herida contusa del triángulo de Scarpa. Al hacer una amplia resección de los bordes cutáneos, caemos en una gran zona de contusión, con gran atrición muscular que alcanza la cara anterior del fémur, en pleno canal

de los vasos femorales; éstos están desnudos en un largo trayecto, presentando la vena una infiltración sanguínea en su pared de 3 centímetros. Este amplio "debridamiento" comunica con la herida inferior del muslo. Hacemos saltar el puente intermediario de piel y convertimos las dos heridas en un ancho canal que tiene como fondo la masa muscular del muslo que ha sido atravesada violentamente por un cuerpo extraño que ha penetrado por encima de la rodilla, ha seguido la vaina celulosa de los vasos femorales en



FIGURA 2

su mitad superior y ha pretendido salir a la altura de la arcada de Poupart, dejando en su pasaje músculos y aponeurosis completamente desgarrados. Resección amplia de la piel contundida; se "debridan" los decolamientos, se "excinden" los tejidos contusos y se hace una cuidadosa hemostasis de los puntos que sangran. Lavado prolongado con suero caliente y éter. A la altura del canal crural se hacen dos puntos músculo-aponeuróticos, al catgut, para ocultar los vasos femorales y se coloca una mecha de gasa contra el fémur, entre los músculos, para drenar un desgarro profundo. Se deja toda la herida ampliamente abierta: tiene 10 centímetros de ancho por toda la altura del muslo como largo. Se recubre con gasa yodoformada que se mantiene embebida en Carrel durante 4 días. Inmovilización del miembro. Suero antitetánico 1.500 unidades y 60 c.c. de suero antigangrenoso polivalente preventivos, subcutáneos. *El post-operatorio* fué excelente: no hizo el más mínimo accidente infeccioso y se evitaron los accidentes séricos inmediatos con la administración diaria de cloruro de calcio y de hiposulfito de magnesia

intravenosos. Al cuarto día se incide un absceso pío-gaseoso de la cara externa del muslo contusionado, subcutáneo, sin puerta de entrada. En ese lugar no recibió ninguna inyección, ni comunicaba con la herida. Lo hemos interpretado como localización de una bacteriemia en una zona de contusión. Evolucionó rápidamente. Cada dos días cambiamos la gasa que recubre la herida; los músculos están rojos y sangran en napa en toda su superficie. Retiramos la mecha de gasa. Al séptimo día la herida granula intensamente y creemos oportuno proceder a la sutura secundaria que ejecutamos sólo con la piel porque la aponeurosis superficial no cede para cubrir la separación de 10 centímetros entre los bordes. Con algunas picaduras previas de novocaína al $\frac{1}{2}$ %, tomando anchamente la piel y el tejido celular, pasamos 7 puntos de Crin de Florencia que se anudan sobre trozos de tubo de goba para evitar el esfacelo cutáneo. Quedan pequeños espacios intermediarios de 2 cm. que dejan ver las fibras musculares. *Cicatrización* y epidermización rápidas. Al mes del accidente comienza a caminar y a los 44 días se obtiene la fotografía 2 que muestra un muslo derecho circunferencialmente igual al izquierdo. La circulación de retorno se hace bien porque no han aparecido edemas.

La terrible experiencia humana que la cirugía hace en tiempo de guerra debe, necesariamente, tener una útil aplicación en tiempo de paz. Esto se refiere particularmente a los traumatismos abiertos que los Servicios de Guardia de nuestros Hospitales reciben diariamente como consecuencia de la gran cantidad de accidentes en la vía pública y cuya característica más saliente, desde el punto de vista que estudiamos, es la herida contusa de las partes blandas, sola o acompañada de fractura, producida por un agente vulnerante que hiere con velocidad (caso de los arrollados por auto) o por el brusco choque del accidentado contra el agente vulnerante (caso de los ocupantes de vehículos que chocan). En ambas circunstancias, a la herida contusa se suma — en el balance de posibilidades — el resultado de la *Fuerza viva* (masa por velocidad al cuadrado) cuya traducción inmediata es el estado de “*shock*” traumático, síndrome muy conocido y respetado en cirugía, o el estado de *estupor tisular* local, menos valorado, que tiene, sin embargo, una gran trascendencia porque la disminución local de la resistencia — por efecto del “*ecrasement*”, del “*ebranlement*” vásculo-nervioso, de la atrición muscular — determina con frecuencia la infección anaerobia y la muerte si se ha efectuado la sutura primitiva de la herida.

Es en mérito a estas consideraciones que M. Desplas, en un “*rapport*” a la Academia de Cirugía de París, presentado en

la sesión del 15 de Febrero de 1939 bajo el título de “*Peligros de la sutura primitiva de los traumatismos abiertos en tiempos de paz*”, estima “útil repetir que las heridas de la práctica civil son, quizás, más graves que las heridas de guerra porque resultan de la herida directa y contusa que determina la agresión de un automóvil de 1.500 kilos de peso, marchando a 80 kilómetros por hora” y propone hacer en ellas el cierre secundario con puntos de crin, pasados en el acto operatorio y dejados sin anudar, si el estado local y general es satisfactorio al 5º día. En tal sentido hace las proposiciones siguientes, que transcribimos literalmente por ajustarse a una conducta terapéutica que reportará grandes beneficios:

1º) Toda sutura inmediata de las heridas de las partes blandas puede poner en peligro la vida del herido;

2º) En presencia de una herida se debe “excidir” quirúrgicamente los tejidos contusos, bajo anestesia, y extraer los cuerpos extraños y restos vestimentarios, practicando una hemostasis completa. Todo esto hecho con las reglas tradicionales de la cirugía aséptica;

3º) La sutura de una herida perfectamente “excidida” no es posible más que en las siguientes condiciones: a) si se trata de una herida superficial; b) si se trata de una herida muy reciente; c) si se trata de una herida cortante, en la cual el elemento contuso está reducido al mínimo;

4º) En todos los demás casos, una vez la herida perfectamente “excidida”, será curada e inmovilizada y colocados hilos de espera. Ellos permitirán, hacia el 5º día, una aproximación aponeurótica y cutánea que realizará la sutura secundaria. Si la temperatura, el pulso, los signos locales, el control bacteriológico son desfavorables, es decir, si las condiciones de la sutura secundaria no están presentes, se tratará la herida por el Dakin o el cloruro de magnesio hipertónico, y se podrá suturar la herida secundariamente.

5º) Estas reglas se aplican a todas las heridas, mismo a las heridas articulares.

El resultado obtenido con el enfermo que motiva esta comunicación justifica, pues, la táctica de la *sutura secundaria* que todos hemos realizado más de una vez y que la prudencia y la experiencia nos la indicarán más a menudo.