

RUPTURA POST-TRAUMÁTICA DEL INTESTINO DELGADO (*)

Estallido aislado de intestino sin existencia de traumatismo directo abdominal, o sin evidencia clara de él

Dres. Boris Asiner y Romeo Musso

Presentamos 3 casos de Ruptura de Intestino Delgado, en cuyas historias no existe el antecedente de traumatismo abdominal (cerrado), o él ha pasado desconocido.

Luego de un traumatismo con contacto extra-abdominal o contacto abdominal desconocido, la ruptura intestinal puede ser la lesión resultante. Ella puede exteriorizarse en tres etapas, teniendo en cuenta la evolución esquemática e integración de la sintomatología: etapa inicial, tardía, y entre ambas, etapas libres, con mínimos signos.

1) *Período inicial.* — Etapa de ruptura, con estallido y escasa contaminación peritoneal. Pueden existir antecedentes de trauma a proyección abdominal. Pero no descartar la lesión si los antecedentes traumáticos faltan y sobre todo cuando en el traumatizado hay algo que llama la atención hacia el abdomen, en especial el dolor. Dolor y defensa a la compresión y decompresión en una zona localizada del abdomen (con dos topografías a recordar: para-umbilical izquierda, o infra-umbilical derecha e hipogástrica) frecuentes. Comprobación de hipertermia (por toma rectal) por encima de lo normal. Investigación radiológica simple del abdomen: evidencia de ileus localizado regional en las zonas señaladas. Aún sin ella no descartar la lesión. Frente a estas posibilidades la observación clínica debe ser cuidadosa

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 12 de mayo de 1954.

y el cirujano puede intervenir inicialmente y con mejor pronóstico por ello si surge la indicación operatoria.

2) *Período tardío.* — Etapa donde la ruptura por estallido ha evolucionado. Contaminación peritoneal ya evidente. Puediéndose ser localizada o difusa. Existen antecedentes de trauma cerrado a proyección abdominal o extra-abdominal. Signo de peritonitis más o menos extensa y “Douglas” doloroso. Dadas las claras razones fisiopatológicas existentes no hay frecuentemente neumoperitoneo. Estudio radiológico abdominal simple: comprobación del “Ileus” por peritonitis. Síndrome humoral, deshidratación hipoproteinemia, hipocloremia, etc. presentes.

3) *Período libre.* — Intermedio entre las anteriores etapas en el que el examen da mínimos signos y aún ellos pueden faltar. Aquí la vigilancia clínica estricta es fundamental. Evitará dejar evolucionar la lesión que estamos tratando.

Patogenia

Ha sido expuesto por Gregoire el mecanismo de ruptura intestinal. Puede hacerse por: aplastamiento, elongación o estallido. Habría una relación de la vulnerabilidad intestinal con su vinculación topográfica a la columna vertebral. También con su movilidad, repleción líquido gaseosa, y el estado de contracción de la pared abdominal. Aún entre el estallido y la existencia de hernias en el sujeto traumatizado. El trauma determinaría un aumento de la presión abdominal proyectando un segmento intestinal sobre la zona débil parietal (orificio herniario) con el consiguiente estallido.

Otra forma sería el aplastamiento directo por el trauma contra la columna. En una de nuestras observaciones, la patogenia podría corresponder a la contracción abdominal brusca por sí sola.

En el mecanismo de estallido, invoca Gregoire dos zonas vulnerables, una superior, yeyunal, de más de un metro de longitud vecina al ángulo duodeno-yeyunal; y la otra, ileal, aproximadamente de un metro, vecina al ángulo íleocecal. Entre ambas un segmento intermedio protegido. “Las ansas delgadas se dispondrían a la izquierda en doce principales. Las seis primeras yeyunales, estarían en posición horizontal y paralelas, siendo las tres primeras vecinas a la columna vertebral, contra la cual

serían aplastadas, mientras las tres restantes escaparían por no tener relación inmediata a la columna". Las seis últimas ileales, estarían dispuestas verticalmente y protegidas por la pelvis, salvo las dos últimas que salen por la pelvis por delante del promontorio y sínfisis sacro-iliaca expuestas al aplastamiento". De lo arriba expuesto surge la importancia de relacionar el trauma a la topografía abdominal correspondiente a las zonas lesionales descritas y el hecho útil de ubicar convenientemente las incisiones para lograr un más fácil y exacto acceso al sitio de posible lesión.

DIAGNOSTICO

Está basado clínicamente en: existencia de dolor con signos de defensa y dolor a la compresión y decompresión en una zona abdominal (recordar la correspondencia topográfica de la zona lesional intestinal en sus primeras ansas yeyunales y últimas ileales con la pared). Existencia en los antecedentes de "traumatismo" cerrado sea a proyección abdominal o aún extra abdominal, circunstancia ésta, sobre la que llamamos la atención. Cuadro febril y signos presentes o aún inexistentes de ileus radiológicos regional en la topografía señalada. Frente a ello, observación estricta; pensar en la lesión y determinar la oportunidad operatoria que es factible antes que la lesión intestinal se presente en una etapa ya tardía. En suma: antes que la sintomatología sea de una peritonitis completa más o menos extensa.

TRATAMIENTO

Pre-operatorio. — Lograr el equilibrio general y humoral del enfermo, en la forma habitual. Intubación intestinal (evitando el ileus y la distensión) con preferencia con sonda de Cantor. Uso adecuado de antibióticos y bacteriostáticos. Premedicación anestésica.

OPERACION

Anestesia: la mejor con gases e intubación. *Incisión:* celiotomía exploradora ubicada según posible zona lesional. Longitudinal o transversa pero siempre amplia. *Exploración:* puede ser dirigida a la zona lesional, yeyunal alta, o ileal baja, según orien-

tación clínica. Buscar ansas más distendidas que están a menudo superficializadas y vienen al contacto de la pared. A menudo rodeadas y conglomeradas. Allí existe la lesión. *Táctica*: según su extensión y caracteres (pequeña sin lesión vascular del meso) regularización y sutura en dos planos, en sentido transversal; total y seroseroso con puntos continuos o separados, con gastergut o hilo. Si la lesión es importante, habrá indicación de resección y anastomosis término-terminal con igual técnica en dos planos. Aspiración del exudado focal y del Douglas si existe. Antibióticos localmente y drenaje del Douglas si se creyera necesario o colocación de sonda Nelaton en el foco (Prof. del Campo) para insuflación de antibióticos en el post-operatorio. Cambio de guantes y cierre de la pared por planos.

Post-operatorio. — Cuidados habituales. Control de la sonda de Cantor. Movilización temprana del enfermo.

HISTORIAS CLINICAS

HISTORIA N° 1. — G. R., 40 años. Prof. Agricultor. Procedente del Departamento de Canelones.

M. de I.: enviado de un hospital del interior para su observación y tratamiento.

E. actual: en la mañana del 17 de diciembre de 1952, a la hora seis, cae de su máquina de trillar (altura aproximada de 1.50 mt.) tomando contacto con el suelo por su espalda y hombro derecho. Coincidentemente, dolor intenso en parte media del abdomen. Niega categóricamente todo contacto directo con el abdomen en el momento del traumatismo. El dolor abdominal es permanente, desde su iniciación con aumento a intervalos. No vómitos, evacuó gases por su intestino, pero no materias. No trastornos urinarios. Pudo por sus propios medios reincorporarse. Concurrió al hospital, en especial por el dolor del hombro, que aunque importante, no presentaba una impotencia total. Después de doce horas de observación, es enviado.

A. P. Criptorquidia bilateral. Se intentó el descenso quirúrgico sin resultado, en el lado derecho. Hernia inguinal izquierda, desde hace dos años.

Examen: Enfermo corpulento, con buen estado general lúcido, lengua saburral húmeda, aliento fétido (fecal). Temp. A37. 6 R 38.5. Pulso bueno, PA 11-7. Se queja de dolor abdominal a topografía periumbilical e hipogástrica. Abdomen: no hay signos de lesión contusiva parietal; vientre ligeramente distendido, en especial en la zona infra-umbilical. Cicatriz sobre trayecto inguinal derecho, s. p. Hernia inguinal izquierda, s. p. Excursión respiratoria menor en la zona señalada del dolor espontáneo.

Por palpación, defensa y dolor a la compresión y decompresión en la región periumbilical derecha; resto depresible. Hígado y bazo s. p. Matidez hepática conservada. Tacto rectal: Douglas libre. Se hace diagnóstico de peritonitis localizada por posible estallido intestinal y se indica la laparotomía. Se pasa sonda duodenal por vía nasal.

Operación: Cirujano: Dr. Musso. Ayudante: Dr. Asiner. Pte.: Pereyra. Anestesia: Gases. Pte. Cherkoff.

Laparotomía transversa infra-umbilical. Al abrir peritoneo, sale líquido seroso que se aspira. Epiplón edematoso cubriendo un foco a topografía infra-umbilical, centrado por ansas algo distendidas y cubiertas por falsas membranas. Rodean una ansa ileal que presenta una perforación en la zona ante mesentérica del diámetro de un centímetro con aspecto de estallido. Aspiración, protección y aislamiento. Cierre de la perforación con gastergut; total y seroseroso. La sutura queda transversal al eje intestinal; verificación de calibre: buena. Cambio de guantes, exploración del resto del abdomen que es negativa. Bazo s. p. Se aspira el Douglas que da pocos centímetros. Líquido claro, sin olor. Ansa lesionada cercana al ángulo ileocecal. Apéndice en posición láterocecal ascendente acodado por bridas. Se libera. Se efectúa apendicectomía sin encapuchonamiento. Se coloca sonda Nelaton en el foco lesional. Se agrega un gramo de estreptomina y 500.000 unidades de penicilina. Cierre de peritoneo y pared por planos; puntos separados de hilo en piel.

Diagnóstico operatorio: Estallido de ansa ileal con peritonitis local.

Evolución post-operatoria: Inmediata, buena. Es dado de alta en los plazos habituales en buenas condiciones.

HISTORIA N° 2. — A. S., 63 años, jubilado. Procedente de la capital.

M. de I. Traído por la A. P. por cuadro agudo de etilismo. Hallado en la vía pública, caído en el suelo. No puede precisar si hubo traumatismo abdominal. Herida contusa de cuero cabelludo y erosiones de cara. Doce horas después de su ingreso al hospital al recobrar el conocimiento, se queja de dolores en hemi vientre inferior. Treinta y seis horas después, vómitos biliosos. Poliaquiuria. Expulsó gases, pero no evacuó su intestino.

A. P. Desde hace dos meses, cuadros diarreicos, con materias oscuras, pero sin sangre. Anoxeria, adelgazamiento de varios quilos coincidentemente. Asmático desde hace tres años. Etilista. Visto por nosotros a sesenta horas de evolución, luego de su ingreso.

Examen: Enfermo lúcido, febril; temperatura, a. 38, r. 38,4. Deshidratación, lengua seca, saburral, aliento fétido (fecal). Abdomen, vientre balonado, con disminución de la movilidad respiratoria en la zona infra-umbilical e hipogástrica. Hay dolor con la respiración. Defensa en bajo vientre, a predominio en hipogastrio y fosa ilíaca, donde duele a la compresión y decompresión. Hígado palpable, bazo s. p. matidez hepática conservada. Douglas doloroso.

En suma se trata de un enfermo de 63 años, que ingresa al hospital en coma alcohólico y traumatismo cráneo encefálico, con herida contusa de cuero cabelludo. No se obtienen datos del enfermo, o testigos del hecho

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

de su ingreso. En su recuperación, desarrolla un cuadro abdominal doloroso con reacción peritoneal, a topografía de bajo vientre y Douglas doloroso. Ileus en evolución. Se plantea peritonitis localizada por diverticulitis sigmoidea, apendicitis retromesentérica (en evolución coincidente con su cuadro de etilismo) o perforación intestinal por estallido intestinal delgado por posible traumatismo abdominal ignorado.

Operación: Cirujano: Dr. Asiner. Ayudantes: Ptes. de guardia. Anestesia: Gases. Pte. Cherkoff.

Incisión mediana, infra-umbilical, abierto el peritoneo, sale líquido puriforme, que se aspira. Ansas delgadas cubiertas de pseudo membranas, medianamente distendidas. Protección con compresas, y aspiración del líquido del Douglas que tiene iguales características. Sigmoide s. p. Apéndice s. p. En un ansa ileal cercana al ángulo ileocecal hay una perforación en el borde antemesentérico invadiendo cara anterior, de un diámetro de un centímetro y medio. Aspecto de estallido; aislamiento y protección. Cierre de la brecha, previa regularización en dos planos, continuo y seroseroso, discontinuo con gastergut. La sutura es transversal al eje intestinal. Verificación de su calibre: buena. Drenaje del Douglas con tubo de goma. Colocación en el foco y en el Douglas de un gramo de estreptomina y 500.000 unidades de pincilina. Cambio de guantes.

Post-operatorio: sin incidentes.

HISTORIA N° 3. — L. A. M., 38 años, empleado.

M. de I.: Ingresa porque hace 24 horas sufre un accidente automovilístico pasando a Traumatología desde donde es enviado. Politraumatizado. Embriaguez. No puede precisar datos sobre el contacto corporal con el trauma. No existen lesiones cutáneas de orientación. Al examen, febril 38 de temp. pulso 130. Heridas cortantes de dorso de nariz. Abdomen defensa en hemi vientre derecho con moderado dolor en la fosa iliaca derecha y dolor a la compresión y decompresión en dicha zona. Tacto rectal. Douglas doloroso.

Operación: Cirujano: Dr. R. Musso. Ayudantes: Dr. Valls y Pte. interno. Anestesia: General, éter. Pte. Cherkoff.

Incisión transversa derecha infra-umbilical. Al abrir peritoneo, hay una aglutinación de ansas y epiplón que cubre y aísla una perforación de intestino delgado del resto de la cavidad peritoneal. Surget con gastergut y plano seroseroso con puntos separados de algodón. Al explorar el Douglas, se produce súbita salida de pus con grumos, que corresponde a otra ruptura de asa delgada cercana al borde antemesentérico y que se encuentra protegida por otras ansas conglomeradas. Aspiración, limpieza y protección. Sutura de la perforación en igual forma a las anteriores perforaciones. Se coloca sonda Nelaton en el foco y un gramo de estreptomina. Cambio de guantes; resto de la exploración abdominal, negativa. Cierre de la pared por planos, tres puntos de aproximación en el plano cutáneo.

Post-operatorio: Sin incidencias. Alta en los plazos habituales.

CONSIDERACIONES

Deseamos llamar la atención sobre la evolución de sujetos politraumatizados o traumatizados por contacto extra-abdominal o contacto abdominal desconocido, y que, presentan en horas subsiguientes un cuadro abdominal agudo. El error en el diagnóstico primario de este tipo de enfermo es frecuente. Las razones pueden radicar en que:

a) En unos, el trauma es lejano a la región abdominal, orientando la atención hacia la supuesta zona afectada, y demorando con ello, el correcto tratamiento. Pasa en consecuencia inadvertida la lesión intestinal y la intervención a menudo es tardía.

b) En otros el enfermo toma contacto con el médico, en una etapa en la cual el diagnóstico es difícil, por su pobreza sintomática. Es la que sigue inmediatamente al trauma, o las primeras horas después de él (etapa inicial y libre); con lo cual la lesión también pasa desconocida.

c) En otros, el estado general del sujeto, ebriedad sobre todo, impide averiguar en la historia el antecedente de contusión abdominal y la lesión intestinal no se pone de manifiesto más que tardíamente. Agrava aún esta circunstancia la posibilidad de otras lesiones corporales, por ej. cráneo encefálicas que llaman inicialmente la atención en el enfermo.

Por ello el examen del enfermo y su abdomen, como es habitual en la práctica, debe hacerse en "forma minuciosa" y "continuada" recordando la posibilidad de lesión intestinal con escasos o mínimos signos abdominales.

d) Deseamos señalar también, la relativa poca gravedad de estas lesiones aisladas y la tolerancia del enfermo portador de ellas. Prueba de ello es que, si el tratamiento instituido es correcto, la recuperación es factible (más de 60 horas en uno de los enfermos operados).

e) Presentamos en uno de los casos, la historia de un enfermo en el cual el trauma es claramente extra abdominal y la lesión resultante ha sido un estallido intestinal.

BIBLIOGRAFIA

- BERRY, J. — British M. J. 1921, 2 - 643.
BAILEY, H. — Emergency Surgery.
TEUBES, M. N. — Notes of Cape Town Coronation Hospital, 1949.
PIERINI. — Academia A. de Cirugía. B. y T. V. 35, N° 8, 1951.
BORTAGARAY y REALINI. — Contusión de abdomen y estallido intestinal. 2° Congreso U. de C.
OTERO, J. P. — Heridas abdominales. Boletines de S. U. de C.
DEL CAMPO, J. C. — Abdomen agudo.

Dr. Piquinela. — La comunicacion de los Dres. Asiner y Musso tiene el interés de referirse a un problema cuya frecuencia es, en mi opinión, cada vez mayor. Han tocado en su trabajo diversos puntos, cada uno de los cuales merecería un comentario; en realidad no cabe agregar nada importante a todo lo expuesto por los comunicantes. Creo que debe subrayarse, como lo hacen los autores, la trascendencia del reconocimiento de una contusión de abdomen, cuando ella sucede en un politraumatizado. Es relativamente sencillo individualizarla en el traumatismo simple, único; puede ser muy complejo reconocerla cuando no aparece en el primer plano, en un enfermo que ha sufrido además un traumatismo de cráneo, con o sin pérdida de conocimiento, un traumatismo de tórax o de columna. Como cuestión de hecho, este último es el tipo de traumatizado que estamos viendo cada vez más frecuentemente; no reconocer oportunamente la contusión abdominal puede significar la muerte del accidentado.

Dentro de ese cuadro complejo hay un síntoma invalorable señalado por los comunicantes: el dolor localizado que cuando no es espontáneo, se provoca siempre a la palpación y que tiene el carácter saliente de acentuarse a medida que la palpación se hace más profunda. Su importancia nos ha resultado capital en la contusión de abdomen con lesión visceral asociada a una contusión de tórax o a un traumatismo lumbar, con o sin fractura vertebral; le diré al Dr. Asiner que en mi experiencia esta última situación es la que crea las mayores dificultades del diagnóstico.

El dolor despertado por la palpación abdominal puede obedecer a tres causas diferentes: contusión parietal, contusión alejada o a una lesión visceral abdominal. No es este el momento de analizar las diferencias respectivas que todos los presentes conocen muy bien pero cabe individualizar netamente por su gran significación el dolor que la palpación provoca y acentúa al hacerse profunda, dolor persistente a medida que las horas pasan y con tendencia a extenderse en exámenes sucesivos a lo que hay que agregar que la resistencia parietal generada por la lesión visceral abdominal tiene aspectos diferentes de la provocada por una simple contusión sin lesión visceral o por un trauma torácico o lumbar.

En una próxima sesión, traeré en la media hora previa, la historia

de un enfermo politraumatizado con un traumatismo de cráneo y una fractura de primera vértebra lumbar que hizo un enorme ileo adinámico que obedecía indiscutiblemente por las características que en su oportunidad analizaremos, al traumatismo lumbar. La observación continuada, que sigue siendo la mejor manera de reconocer una lesión visceral abdominal cuando ella no se impone en un primer examen, permitió individualizar dentro de ese cuadro complejo, la existencia de una lesión visceral y tratarla adecuadamente en momento oportuno.

Dr. Karlen. — En mi experiencia personal tengo un caso para agregar a la interesante comunicación de los Dres. Asiner y Musso. Se trata de una ruptura del intestino delgado provocada por choque contra un objeto fijo. Un peatón corriendo de noche por la vereda chocó con su abdomen contra una columna metálica de 1 metro de altura. La extremidad superior de la columna le provocó un violento impacto en la parte izquierda del abdomen a la altura del ombligo, derribándolo. Pasado el dolor inicial, el paciente se incorporó y concurrió a una cena. Sin embargo, el dolor localizado en el sitio de la contusión fué acentuándose progresivamente, por lo que fué llamado junto al enfermo 4 horas después del accidente.

Síntomas: dolor localizado espontáneo, aumentado por la compresión local, defensa antálgica en el mismo sitio, Douglas doloroso. Resto del abdomen libre, apirexia, ausencia de náuseas o de vómitos.

La celiotomía practicada de inmediato reveló un desgarro irregular del intestino delgado de unos 3 cm. de largo, en el borde opuesto al mesenterio, a 2 m. por encima del esfínter ileocecal. Una gran cantidad del contenido intestinal se había vertido a la cavidad peritoneal, siendo posible reconocer perfectamente abundantísimos restos vegetales. Después de la sutura se procedió a una prolija limpieza peritoneal con suero fisiológico seguido de aspiración y antibióticos intraperitoneales.

Como lo puntualizaron los autores de la comunicación, la evolución fué también en nuestro caso favorable. Sin instalarse la peritonitis, se restableció rápidamente el tránsito intestinal y el paciente fué dado de alto en el plazo de una intervención aséptica.

En síntesis, examen cuidadoso del enfermo y a la menor sospecha, exploración quirúrgica inmediata, aunque no se disponga de la evidencia radiológica de la perforación de una viscera hueca. Solamente la exploración quirúrgica inmediata resuelve correctamente el problema, diagnóstico y terapéutico en los casos dudosos.

Dr. Cendán. — El Dr. Asiner en su trabajo, ha hecho notar, fundamentalmente la importancia que tiene el sospechar y saber buscar este tipo de lesiones intestinales, frente a sujetos que no hablan para nada de traumatismo abdominal. Efectivamente, es una situación que se ve corrientemente y que es causa de situaciones como la que planteaban los autores, en que la lesión fué reconocida recién sesenta horas después del accidente.

Los consocios han dicho ya, con toda razón, que lo mejor para evitar estas situaciones es la vigilancia atenta del enfermo y que la sintomato-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

logía clásica de estos procesos permite hacer el diagnóstico aún en ausencia de todo antecedente, hecho frecuente, sobre todo en los casos de alcoholizados y en ese sentido creo que de las tres observaciones que nos ha presentado el Dr. Asiner, la primera merece especial consideración porque realmente en ella no aparece la forma cómo puede haberse producido el estallido intestinal.

Dr. Asiner. — Agradezco a los consocios el habernos escuchado, y a los profesores Dres. Cendán, Piquinela y Karlen el aporte de su reconocida competencia en el tema. Las palabras finales del Dr. Cendán han afirmado, en forma más clara, el motivo de esta comunicación. Es justamente oponer este tipo de evolución post-traumática de lesiones intestinales, por trauma extra-abdominal o trauma desconocido (ignorado) a aquellas en las que existen antecedentes ciertos de traumatismo (contusión abdominal importante). En éstas, las cosas se presentan en tal forma, que el cirujano se ve "obligado" a intervenir, porque la lesión se manifiesta claramente luego del trauma. En aquéllas "debe" intervenir si sabe que la lesión visceral puede evolucionar sin signos iniciales importantes y aun con traumatismo extraabdominal.

Deseamos reafirmar el valor de la observación estricta (sobre todo para los que se inician en la cirugía de urgencia) y que se tenga presente la posibilidad de lesiones intestinales en evolución, en sujetos traumatizados, en cuyos abdómenes nada llama la atención. Finalmente, señalamos la benignidad de estas lesiones aisladas, si son correctamente tratadas.