

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Abel Chifflet

TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS Y CONTUSIONES DE COLON SIGUIENDO LOS PRECEPTOS DE LA CIRUGIA DEL INTESTINO GRUESO (*)

Dres. Raúl Praderi y Carlos Ormaechea

Durante la segunda guerra mundial los cirujanos consiguieron disminuir la mortalidad de los heridos de colon practicando la exteriorización de los segmentos lesionados y poniéndolos en condiciones de seguridad antes de su evacuación. Este procedimiento con algunas variaciones, como la colostomía proximal a las perforaciones suturadas permitieron llevar los porcentajes de fallecimientos a cifras que oscilaron entre 53 % Ogilvie (8), Gordon Taylor (4) y 26 % Imes (5). Muchos cirujanos que lo aplicaban en las heridas de la práctica civil obtuvieron muy buenos resultados en cuanto a la mortalidad operatoria. En nuestro medio lo prueban las publicaciones de Larghero (7) y Bortagaray (2).

Pero el perfeccionamiento de la anestesia, la terapéutica del shock y de la infección permitieron aplicar procedimientos más simples y de curación más rápida para estos enfermos. Fue así como se evitó el segundo tiempo operatorio y las colostomías, al realizar el cierre de las heridas intestinales sin exteriorización en un solo tiempo.

Durante la guerra mundial ya había sido aplicado este método con buenos resultados por algunos autores como Imes (5), Ogilvie (8), etc. Luego fue utilizado más a menudo en la guerra de Corea en la que se llevaron las estadísticas de mortalidad por heridas de colon al 15 % Sako (14).

En 1951 las publicaciones de Woodhall y Ochsner (20) y en 1954 de Tucker y Fey (18) destacaron que en general no es necesario exteriorizar el colon para tratar las heridas de la práctica civil.

Desde entonces se han sucedido las publicaciones de cirujanos que suturan las perforaciones y cierran la pared abdominal exteriorizando el intestino sólo en los casos de atricción grave o reconstrucción difícil Pontius (11), Roof (13), Isaacson (6), Christensen (3), etc.). En 1921 Prat (12) había comunicado 4 observaciones de heridas de colon por arma de fuego tratadas con cierre en dos planos. Dos de los pacientes curaron.

También en nuestro país Otero (10) cita dos observaciones de

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 2 de mayo de 1962.

cierre de intestino grueso pero se declara partidario luego de la exteriorización igual que Silveira ⁽¹⁶⁾ en su relato de 1956.

En 1958 Valls y Asiner ⁽¹⁹⁾ comunican en esta Sociedad una serie de 9 enfermos con perforaciones de colon y recto tratados con éxito mediante sutura cólica y cierre de pared. Uno de nosotros ⁽⁹⁾ presentó 10 observaciones similares en 1960. Ellas están incluidas en esta serie.

MATERIAL UTILIZADO

Hemos reunido en esta comunicación 25 observaciones de traumatismos de colon operados por cirujanos de la Clínica del Prof. Chifflet en los Servicios de Puerta de los Hospitales Pasteur, Maciel y Manuel Quintela desde 1954 hasta la fecha.

Se tratan aquí solamente los traumatismos externos de colon por heridas penetrantes o contusiones de abdomen. Se han excluido los traumatismos de recto en general y las perforaciones traumáticas de intestino grueso por insuflación, enema, rectoscopia o cuerpo extraño ingerido. Tampoco hacemos referencia a las heridas operatorias del colon.

Del total de pacientes tratados, 23 tenían heridas penetrantes de colon. Todas fueron intervenidas con el mismo procedimiento terapéutico cerrando cuidadosamente las perforaciones y la pared abdominal en todos sus planos. De ellos falleció uno solo como consecuencia de las graves lesiones asociadas.

Además nos referimos en capítulo aparte a dos pacientes politraumatizados que ingresaron con contusiones graves de abdomen y tenían lesiones por estallido de intestino grueso.

CASUÍSTICA

Heridas.

Nº 1) (Dr. C. Ormaechea). R. A. 32 años, sexo masc. Hospital Pasteur. Ingresa por herida de arma blanca tóraco-abdominal izquierda, estado general grave, shockado. Se opera dos horas después de la herida iniciado el tratamiento del shock.

Operación 12-V-54. Anestesia general. Toracofrenolaparotomía izquierda. **Dos heridas ángulo izquierdo colon**, lesiones asociadas: heridas pleura, pulmón, diafragma y estómago. Tratamiento: **Sutura colon**, sutura pulmón, diafragma, estómago, drenaje pleural. Cierre de pared.

Complicaciones. Infección pared, que se drenó.

Evolución: Buena, quedó una eventración.

Nº 2) (Dr. C. Ormaechea). O. M. 36 años, sexo femenino. Hospital Pasteur. Ingresa por herida de bala paraumbilical derecha. Grave anemia aguda, colapso. Se opera dos horas después iniciado tratamiento médico.

Operación: 11-11-54. Anestesia general. Paramediana transrectal derecha. **Dos heridas de colon ascendente**, 6 perforaciones de delgado y dos heridas de mesenterio. Tratamiento: **Sutura de colon y delgado**. Cierre pared.

Complicaciones: No.

Evolución: Buena.

Nº 3) (Dr. C. Ormaechea). S. A. 35 años, sexo masc. Hospital Pasteur. Llega una hora después de recibir una herida en hipocondrio izquierdo. Buen estado general.

Operación: 19-12-54. Anestesia general. Paramediana transrectal izquierda.

Herida de colon descendente. Sutura. Cierre pared.

Complicaciones: Evisceración post-operatoria. Reintervención cierre.

Evolución: Buena.

Nº 4) (Dr. C. Ormaechea). R. R. 40 años, sexo masc. Hospital Pasteur. Ingresa 4 horas después de recibir una herida de arma blanca en la región tóraco-abdominal izquierda. Buen estado general.

Operación: 10-10-56. Anestesia general. Paramediana transrectal izquierda.

Herida de colon transversa asociada a varias perforaciones de delgado. Tratamiento: Sutura colon y delgado. Cierre pared.

Complicaciones: Infección leve herida.

Evolución: Buena.

Nº 5) (Dr. C. Ormaechea). J. N. 50 años, sexo masc. Hospital Pasteur. Es traído al Hospital dos horas después de recibir una herida de bala en región glútea. Estado general grave, anemia aguda. La radiografía de abdomen muestra bala en epigastrio. Se hace transfusión, oxígeno, etc.

Operación: 6-11-59. Anestesia general. Mediana, supra e infraumbilical.

2 heridas de colon transversa. Lesiones asociadas: 2 perforaciones de delgado, 4 de mesenterio y 1 de meso-sigmoides. Tratamiento: Sutura colon y delgado, hemostasis de los mesos. Cierre de pared.

Complicaciones: No.

Evolución: Buena.

Nº 6) (Dr. C. Ormaechea). C. 38 años, sexo masc. Hospital Pasteur. Ingresa 3 horas después de recibir un balazo en región para umbilical izquierda. La radiografía muestra la bala en articulación coxo femoral izquierda. Buen estado general.

Operación: 6-11-59. Anestesia general. Paramediana transrectal izquierda.

Herida de sigmoides y de delgado. Sutura de ambas. Cierre de pared.

Complicaciones: Consecutivas a la presencia de la bala en la articulación.

Evolución: Buena.

Nº 7) (Dr. C. Ormaechea). Sexo masc. Hospital Pasteur. Ingresa por herida de arma blanca en Hipocondrio derecho. Buen estado general.

Operación: 1960. Anestesia general. Paramediana transrectal derecha. **Herida de colon transversa. Sutura.** Cierre de pared.

Sin complicaciones.

Evolución: Buena.

Nº 8) (Dr. C. Ormaechea). J. B. 29 años, sexo masc. Hospital Pasteur. Ingresa por puñalada de hipocondrio izquierdo. Buen estado general.

Operación: 26-5-60. Anestesia general. Paramediana transrectal izquierda.

Dos heridas de colon izquierdo. Sutura. Cierre de pared.

Sin complicaciones.

Evolución: Buena.

Nº 9) (Dr. G. Cáceres). A. R. 50 años, sexo masc. Hospital M. Quintela. Reg. 50182. Ingresa por herida reciente de cuchillo en epigastrio. Buen estado general.

Operación: 6-57. Anestesia general. Mediana supraumbilical. Herida de arteria epigástrica, ligadura, y perforación de sigmoides, sutura. Cierre de pared.

Sin complicaciones.

Evolución: Buena.

Nº 10) (Dr. A. Aguiar). J. B. 28 años, sexo masc. Hospital M. Quintela. Reg. 96056. Ingresa por herida reciente de bala en epigastrio, además herida de cara por otro proyectil.

Operación: 11-12-58. Anestesia general. Paramediana izquierda supraumbilical. **2 perforaciones de colon** transverso, varias de delgado y una de mesenterio. **Sutura** de perforaciones. Cierre por planos.

Sin complicaciones. Se reoperó para extraer la otra bala de las fosas nasales.

Evolución: Eventración de laparotomía.

Nº 11) (Dr. A. Aguiar). 46 años, sexo masc. Hospital M. Quintela. Herida de bala en F.I.I. dos horas antes del ingreso. Buen estado general.

Operación: 1959. Anestesia general. Mediana infraumbilical. **Perforación de sigmoides** y varias heridas de delgado. **Sutura** de perforaciones. Cierre de pared.

Sin complicaciones.

Evolución: Buena.

Nº 12) (Dr. A. Aguiar). R. S. 25 años, sexo masc. Hospital M. Quintela. Herida de cuchillo en F.I.I. dos horas antes de ingresar. Buen estado general.

Operación: Anestesia general. Paramediana izquierda. **Herida de sigmoides** y delgado. **Sutura** perforaciones. Cierre por planos.

Complicaciones: Infección leve herida.

Evolución: Buena.

Nº 13) (Dr. R. Praderi). A. V. 25 años, sexo masc. Hospital M. Quintela. Reg. 64868. Ingresa media hora después de recibir dos puñaladas, en hemitórax derecho e izquierdo, shockado, cianótico. neumotórax bilateral. Se intuba y anestesia enseguida. La herida izquierda es tóracoabdominal.

Operación: 1-3-58. Anestesia general. Toracofrenolaparotomía izquierda. Herida transfixiante de **ángulo izquierdo de colon**, herida de bazo, pulmón, diafragma. **Sutura de heridas de colon**, esplenectomía, sutura de diafragma y pulmón, drenaje pleural. Toracotomía izquierda, drenaje pleural.

Complicaciones: Shock post-operatorio, anuria de 52 horas, al 3er. día **reoperación**, anestesia local para descartar una peritonitis. Mediana infraumbilical, peritoneo libre. Cierre. Se recupera lentamente, al 10º día se levanta y hace una embolia pulmonar falleciendo en pocas horas.

Necropsia: Confirmó este diagnóstico y mostró la sutura de colon en buenas condiciones.

Nº 14) (Dr. R. Praderi). G. E. 53 años, sexo masc. Hospital M. Quintela. Reg. 103288. Es traído de Libertad (Dpto. San José) por herida de bala en muslo derecho que penetra en abdomen. Buen estado general.

Operación: 14-3-59. Anestesia general. Jalaguier. **3 perforaciones de colon** derecho. **Sutura** de las mismas y exteriorización del intestino por la herida. Pocas horas después se eviscera una gran porción de intestino delgado. Vemos al paciente por primera vez y resolvemos reoperarlo.

Operación: 15-3-59. Anestesia general, la misma incisión. Lavado profuso del colon y peritoneo. Se hace otro plano de puntos **separados** de lino en cada sutura. Se extrae la bala que estaba atrás del duodeno, se reintegra el contenido intestinal y se cierra el abdomen por planos, dando además puntos totales de piel a peritoneo sobre tubos de goma.

Sin complicaciones.

Evolución: Buena, alta al 7º día.

Nº 15) (Dr. R. Praderi). L. E., 32 años, sexo masc. Hospital Maciel. Ingresa media hora después de recibir una herida penetrante de arma blanca en región umbilical. Buen estado general.

Operación: 5-9-60. Anestesia general. Mediana infraumbilical. **Herida de**

colon transverso, delgado, y mesenterio. **Sutura** y hemostasis. Cierre por planos.

Sin complicaciones.

Evolución: Buena.

Nº 16) (Dr. R. Praderi). M. H., 26 años, sexo masc. Hospital M. Quintela. Reg. 145106. Estando ebrio recibe una puñalada en epigastrio y otra en brazo izquierdo con parálisis radial. Se acuesta a dormir y es traído al Hospital al día siguiente. Vómitos, shockado. Se opera a las 18 horas de su herida.

Operación: 14-1-61. Anestesia general. Mediana supraumbilical. Materias fecales y pus libre en el vientre. **Herida** de colon transverso. **Toilette** y **sutura** de colon, lavado peritoneal. Drenaje del Douglas e hipocondrio izquierdo. Cierre por planos. Puntos totales de piel a peritoneo sobre tubos de goma. Drenaje de celular. Hipotensión, ileo paralítico, se recupera.

Complicaciones: Supuración de la herida, los puntos totales se retiran a los 15 días.

Evolución: Buena, queda una eventración. El 17-2-61 se hace sutura del nervio radial que se recupera totalmente.

Nº 17) (Dr. M. Chizzola). 38 años, sexo masc. Hospital Pasteur. Ingres a una hora después de recibir una herida de cuchillo paraumbilical. Buen estado general.

Operación: 1958. Anestesia general. Paramediana derecha. **5 heridas** de colon: ascendente y transverso. **Sutura** de todas. Drenaje de flanco derecho. Cierre de pared.

Sin complicaciones.

Evolución: Alta, curado a los 9 días.

Nº 18) (Dr. R. Varela Soto). L. O., 25 años, sexo masc. Hospital M. Quintela. Reg. 134869. Llega al Hospital con una herida de bala tóracoabdominal izquierda.

Operación: 9-7-60. Anestesia general. Paramediana izquierda. **Herida** de colon transverso. **Sutura**. Cierre de pared.

Sin complicaciones.

Evolución: Buena.

Nº 19) (Dr. L. Praderi). N. M., 34 años, sexo masc. Hospital Pasteur. Ingres a una hora después de recibir una herida de bala con orificio de salida en F.I.D., shockado, hematemesis.

Operación: 1959. Anestesia general. Jalaguer. Hemoperitoneo, **3 perforaciones** de ciego y colon ascendente, 15 perforaciones de delgado, 1 de vejiga. **Sutura** de todas las perforaciones y resección de un segmento de delgado. Cierre de pared. Drenaje del Douglas.

Complicaciones: Al 4º día se reinterviene practicando una talla vesical y suturando una perforación más de delgado.

Evolución: Buena. (Esta observación ha sido publicada por H. Ardao (1)).

Nº 20) (Dr. G. Maquieira). Sexo masc. Hospital Pasteur. Ingres a por herida de cuchillo en hipocondrio izquierdo. Anemia.

Operación: 1961. Anestesia general. Mediana. Hemoperitoneo por sección de la arcada de Riolano, materias fecales en el vientre, **herida** borde mesentérico colon transverso y herida de delgado. **Sutura** de ambas, hemostasis.

Sin complicaciones.

Evolución: Buena.

Nº 21) (Dr. G. Maquieira). O. T., sexo masc. Hospital Pasteur. Herida de cuchillo tóraco-abdominal izquierda, anemia aguda.

Operación: 28-7-61. Anestesia general. Toracofrenolaparotomía izquierda. **Herida** de ángulo esplénico de colon. **Sutura** de colon y diafragma, esplenectomía. Drenaje pleural. Cierre pared.

Sin complicaciones.

Evolución: Buena.

Nº 22) (Dr. U. Larre Borges). Sexo masc. Hospital M. Quintela. Ingresa por herida reciente de bala en abdomen inferior.

Operación: 7-10-61. Anestesia general. Mediana infraumbilical. Dos heridas de ciego, 13 perforaciones de delgado. Sutura de todas ellas. Cierre de pared.

Sin complicaciones.**Evolución: Buena.**

Nº 23) (Dr. U. Larre Borges). L. M., 38 años, sexo masc. Hospital M. Quintela. Reg. 162537. Ingresa por herida reciente de bala en región precordial, shockado. Obeso.

Operación: 21-12-61. Paramediana izquierda supra e infraumbilical. Herida de lóbulo izquierdo de hígado, herida de colon y meso-colon izquierdo. Heridas múltiples de delgado, hematoma del Retzius. Sutura de hígado, colon y delgado. Drenaje prevesical. Cierre de pared.

Complicaciones: Evisceración. Se reopera 22-12-61 revisando suturas de intestino. Se practica una anastomosis látero-lateral para flanquear una sutura estenosante de delgado. Cierre de pared con puntos totales de piel a peritoneo.

Complicaciones: Dehiscencia tardía parcial de laparotomía. Se establece una pequeña fístula cólica lateral que cierra luego.

Evolución: Queda una eventración.**Contusiones:**

Nº 1) (Dr. R. Praderi). C. B. 39 años, sexo masc. Hospital M. Quintela. Reg. 126327. Arrollado por un camión en la carretera ingresa a Traumatología en estado de shock, no tiene lesiones óseas. Tratado con un litro de sangre ingresa al Clínicas. Contractura de hipocondrio derecho, hematuria. Mediastino ensanchado. Se hace diagnóstico de ruptura de hígado.

Operación: 19-2-60. Anestesia general. Paramediana derecha. Ruptura de hígado y estallido de serosa. Mechado de hígado y sutura serosa de colon. Cierre de pared.

Complicaciones: 30 horas después anemia aguda y muerte por ruptura en dos tiempos de aorta torácica.

Necropsia: Las suturas cólicas estaban en buenas condiciones, (el caso ha sido publicado, Bol. Soc. Cir. 31: 153, 1960).

Nº 2) (Dr. R. Praderi). B. A., 53 años, sexo masc. Hospital M. Quintela. Reg. 144351. Arrollado por un automóvil ingresa a Traumatología donde se le practica yeso braquiantebraquial y rodillera por fracturas de antebrazo y pierna. Es enviado al Hospital de Clínicas 36 horas después del accidente pues tiene dolor y distensión abdominal. Shock grave, oliguria, contractura de hemiabdomen izquierdo. Neumoperitoneo subfrénico radiológico.

Operación: 1-1-61. Anestesia general. Mediana supraumbilical. Peritonitis fecaloidea, absceso y materias fecales en flanco izquierdo rodeando al colon descendente que aparece seccionado casi totalmente. Se practica una incisión de flanco exteriorizando por allí el colon perforado sin suturar, lavado y drenaje peritoneal. Cierre de laparotomía mediana.

Evolución: El paciente no sale del shock, sigue febril, excitado, en anuria, fallece dos días después.

ANALISIS DE LAS OBSERVACIONES (HERIDAS)

Incidencia.

Sexo: 21 observaciones correspondieron a varones, sólo hubo dos heridas de sexo femenino.

Edad: Variable, correspondieron casi todos a enfermos en la 3ª, 4ª y 5ª década de la vida.

Agente causal: En diez casos se trató de heridas de bala y en 13 de arma blanca. Las primeras en general se acompañaron de otras lesiones sobre todo de intestino delgado.

Demora: En general los heridos fueron tratados pocas horas después de ser lesionados, de manera que la demora constituyó un factor de gravedad solamente en aquellos que tenían hemorragias graves aso-

ORIFICIOS de ENTRADA

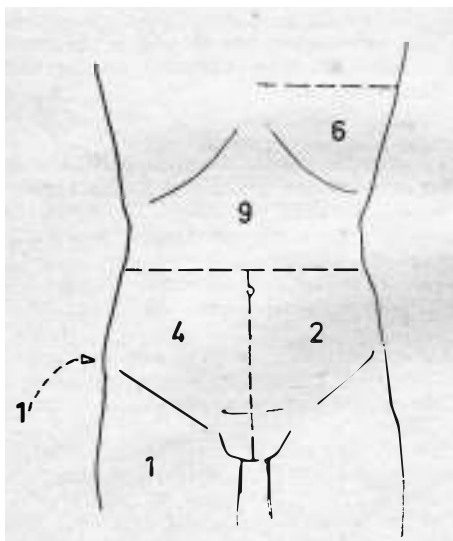


Fig. 1. — Localización de las perforaciones parietales

ciadas (casos 13, 21, 22) u otras heridas shockantes (caso 13, neumotórax).

En un paciente operado 18 horas después de perforado el colon, la demora fue determinante de una peritonitis fecaloidea y el shock consiguiente, (caso 16).

Topografía parietal. — Interesa en primer lugar la localización del orificio de entrada, (fig. 1) destacamos la frecuencia con que las heridas de base de hemitórax izquierdo lesionan el colon (casos 1, 4, 13, 18, 20, 23). En dos enfermos los orificios de entrada estaban fuera de la pared de abdomen: región glútea (caso 5) y crural (caso 14).

Trayecto. — El diagnóstico del recorrido del proyectil en estos últimos casos se debe hacer por la clínica.

Es fácil en las heridas de arma blanca y difícil en las de fuego. En estas últimas es obligatoria la radiografía de abdomen, si el estado del enfermo lo permite, para buscar neumoperitoneo y la localización del proyectil.

Topografía de las lesiones cólicas.

La más frecuente es el colon transverso, 35 %, le sigue el colon derecho, 26 %, se explica porque son los segmentos cólicos de más calibre y de mayores proyecciones anteriores.

23 CASOS DE HERIDAS DE COLON

9 - PERFORACIONES MULTIPLES

14 - PERFORACIONES UNICAS

(●) 10- bala

(○) 13- arma blanca

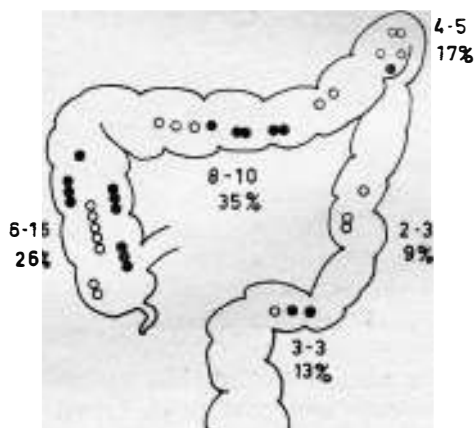


Fig. 2. — Topografía de las perforaciones cólicas

Le sigue en frecuencia el ángulo esplénico 17 %, luego el sigmoideas 13 % y finalmente el descendente 9 %, (fig. 2).

Lesiones asociadas.

Son las que aumentan la mortalidad de estos enfermos (fig. 3). Las de delgado, mesenterio y mesocolon son las más frecuentes. En nuestra serie le siguen las heridas de pulmón y diafragma, bazo, hígado, estómago, etc.

Además existen a veces otras heridas asociadas a las abdominales que gravan también el pronóstico.

TRATAMIENTO

Principios.

Hemos aplicado los preceptos que rigen la cirugía de colon, los que son actualmente aceptados en todos los centros quirúrgicos.

A diferencia de la cirugía en frío, el intestino está en estos casos lleno de materias con su flora natural. Pero también a diferencia de otros pacientes, no existen enfermedades previas que los fragilicen.

La infección peritoneal se impide evitando la manipulación excesiva y el derramamiento de materias. Se podrá complementar lavando el colon con cetavlon o espadol. Con buen aislamiento del campo se practica la toilette del intestino exponiendo bien la serosa, recortando

LESIONES ASOCIADAS

EN LAS HERIDAS

Delgado	9	(15-13-6-4-3-3-2-2-1)
Mesos	7	(mesenterio 4 (4-2-2-1) mesocolon 1 - mesosigma 2)
Pulmón y diafragma	5	
Estómago	1	
Hígado	1	
Bazo	1	
Vejiga	1	
Cara	1	} otro proyectil
Nervio Radial	1	

EN LAS CONTUSIONES

Hígado y Aorta Torácica	1
Fractura de Pierna y Húmero	1

Fig. 3. — Número de pacientes con lesiones asociadas.

los bordes de la herida hasta que ésta sangre (sobré todo en las heridas de bala). A veces es necesario reseca una porción de pared para obtener un afrontamiento mejor. Se colocará el intestino en las mismas condiciones que cuando se practica una colectomía por neoplasma, vólculo o sigmoiditis.

Las suturas en dos planos (uno de ellos con hilo irreabsorbible y puntos separados) nunca deben estenotar, tratando siempre de que queden transversales.

TECNICA UTILIZADA

Se hizo primero el tratamiento del shock o hemorragia cuando fue necesario. En enfermos graves descubierta previa de vena.

Se usó anestesia general en los 23 casos.

Las incisiones operatorias fueron amplias y medianas para poder

inventariar y tratar bien todas las lesiones asociadas, sobre todo de delgado. Por esta razón se utilizaron casi siempre incisiones verticales, medianas o paramedianas, que sabemos más eventrantes, pero que dan más luz.

La conducta con el intestino está condicionada a la existencia de atricción o isquemia del mismo. En las heridas civiles esto es raro a diferencia de los traumatismos de guerra que son graves por las lesiones de metralla o la asociación de contusiones, fracturas y heridas.

Creemos que son muy pocos los casos en que es necesario exteriorizar el colon, lo prueba el hecho de que en nuestros 23 enfermos se pudo suturar siempre. Solamente exteriorizamos en un contusionado de abdomen en que el colon perforado estuvo bañado de materias y pus durante 36 horas, (caso 25) el cual igual falleció.

Un enfermo en el que otro cirujano había exteriorizado el colon (caso 14), se evisceró obligándonos a reoperarlo; practicamos la reducción y el cierre de la pared abdominal con excelente resultado demostrando que no era necesaria la exteriorización.

Las ventajas del cierre primario son las siguientes según Woodhall y Ochsner (²⁰):

- 1) Es un método más rápido y simple.
- 2) Evita los decolamientos cólicos y la tracción de mesos a veces importante en pacientes obesos.
- 3) Es menos shockante que la exteriorización.
- 4) Acorta la hospitalización.
- 5) Tiene un margen de seguridad suficiente.

Tampoco creemos preciso practicar colostomías proximales si se hace bien la sutura cólica, lo mismo opinamos de la esfinterostomía posterior.

En todos los casos se cerró la pared abdominal. Se utilizó en general catgut y material irreabsorbible, de preferencia nylon monofilamento o "tanza". En general previo lavado de las heridas éstas se cerraron en todos los planos incluyendo la piel, que es su mejor apósito. En pacientes obesos o heridas muy sucias se drenó el celular. Como las incisiones verticales pueden eviscerar utilizamos a menudo puntos totales de refuerzo desde la piel al peritoneo atados por delante de la herida, pasando el hilo por dentro de un tubo de goma.

Drenaje peritoneal. — Se utilizó en las peritonitis o en los casos de contaminación importantes.

RESULTADOS

En nuestra pequeña serie falleció un solo enfermo (5 % de mortalidad) y las causas no son imputables a la sutura cólica que se encontró intacta en la necropsia (caso 13) sino a las graves lesiones

asociadas: neumotórax bilateral, ruptura de bazo, anuria, embolia pulmonar.

Estos resultados obtenidos practicando el cierre simple de intestino coinciden con las estadísticas más recientes en las cuales se ha reducido la mortalidad.

Las cifras lo demuestran ya en estadísticas de la guerra.

Así en la serie de Taylor y Thompson (17) el porcentaje de mortalidad en los que se hizo exteriorización fue 39 %, en los que se suturó con colostomía proximal 33 %, y en los que se cerró todo 22 %.

En la serie de Imes (5) 25 casos de heridas graves suturadas no tuvieron mortalidad y en la de Ogilvie (8) de 18 sólo hubo una falla de sutura.

Comparando los cuadros 4 y 5 se ve cómo es menor la mortalidad en las heridas tratadas con sutura que en las heridas tratadas con todos los procedimientos.

MORTALIDAD EN LAS HERIDAS PENETRANTES DE INTESTINO GRUESO

HERIDOS DE GUERRA

Autor	Nº Pacientes	Mortalidad %	Año
Larghero	10	20 %	1944
Ogilvie	192	53 %	1944
Gordon - Taylor	231	53 %	1944
Imes	119	26 %	1945
Taylor - Thomson	70	27 %	1948
Sako	162	15 %	1955

HERIDOS CIVILES

Woodhall - Ochsner	55	20 %	1951
Tucker y Fey	42	14 %	1954
Christensen y Col.	23 - 8*	0 %	1955
Pontius y Col.	122 - 83	16 %	1956
Valls - Asiner	9 - 9	11 %	1958
Roof y Col.	217 - 168	13 %	1961
Isaacson y Col.	128 - 49	10 %	1961
Autores	23 - 23	5 %	1961

El número a la derecha corresponde a los pacientes en que se hizo cierre simple.

Fig. 4. — Estadísticas de mortalidad con diversos tratamientos.

MORTALIDAD EN LOS CASOS EN QUE SE HIZO CIERRE SIMPLE

Autor	Nº Pacientes	Mortalidad
Christensen	8	0 %
Pontius y Col.	83	8 %
Valls y Asiner	9	11 %
Roof y Col.	168	6 %
Isaacson	49	2 %
Autores	23	5 %

Fig. 5. — Mortalidad en pacientes tratados con cierre de colon y pared.

COMPLICACIONES

Se evisceraron tres enfermos, uno de ellos a consecuencia de haber exteriorizado (caso 14); en otro, gran obeso con una amplia incisión porque hizo una oclusión de delgado por sutura estenosante (caso 23. En este último y en el tercero (caso 3) no se hicieron puntos totales de apoyo.

En varios enfermos supuraron las heridas; drenadas enseguida no significaron complicaciones trascendentes.

Cuatro pacientes hicieron a la larga eventraciones (casos 1, 10, 16, 23).

Un enfermo que se evisceró hizo una pequeña fístula cólica que cerró sola (caso 23).

REINTERVENCIONES

Se practicaron para cerrar evisceraciones en tres casos. En uno de ellos se aprovechó para corregir una sutura estenosante y en otro para cerrar todo (caso 14).

Otros dos pacientes se reoperaron para diagnosticar posibles lesiones olvidadas (casos 13 y 19), en uno de ellos (19) se encontró otra perforación de delgado.

CONTUSION DE COLON

Nos ha parecido interesante incluir dos historias de traumatismos de colon por contusión. Es una lesión rara sobre la cual hemos encontrado pocas referencias: Pontius y colab. ⁽¹¹⁾ citan dos casos en 122 lesiones traumáticas de colon; Isaacson y colab. ⁽⁴⁾ cuatro casos en 128; Roof y colab ⁽¹³⁾ siete casos en 217; Tucker y Fey ⁽¹⁸⁾ un caso en 47. Es decir que se ve aproximadamente en el 2 % de los traumatismos de colon. En estos enfermos, como destaca Shepherd ⁽¹⁶⁾ la gravedad de las lesiones asociadas agrava el pronóstico y entorpece el diagnóstico.

En lo que sucedió en nuestras dos observaciones: una (caso 24)

corresponde a un estallido parcial del colon sin perforación de toda la pared. El paciente falleció con una ruptura de aorta en dos tiempos.

El otro enfermo (caso 25) tenía una curiosa lesión por estallido que se diagnosticó tardíamente, fue operado shockado, en anuria con una peritonitis grave que causó su muerte.

CONCLUSIONES

- 1) Se presenta y analiza una serie de 23 heridas de colon.
- 2) Todas ellas fueron tratadas mediante el cierre de las perforaciones sin exteriorización con una mortalidad de 5 %.
- 3) Se relatan también dos rupturas colónicas por contusión de abdomen.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARDAO, H. — Las reintervenciones diagnósticas. Bol. Soc. Cir. Urug. 30:237, 1959.
- 2) BORTAGARAY, C., REALINI, M. — Heridas del intestino grueso. Bol. Soc. Cir. Urug. 18:701, 1947.
- 3) CHRISTENSEN, N., IGNATIUS, J., MATHEWSON, C. — Treatment of injuries of the large bowel in civilian practice. AM. J. of Surgery 89:753, 1955.
- 4) GORDON - TAYLOR, G. — Second thoughts on the abdominal surgery of "total" war. Brit. J. of Surgery 32:247, 1944.
- 5) IMES, P. — War surgery of the abdomen. S.G.O. 81:608, 1945.
- 6) ISAACSON, J., BUCK, R., KAHLE, R. — Changing concepts of treatment of traumatic injuries of the colon. Dis. Colon & rectum 4:169, 1961.
- 7) LARGHERO, P. — Temas de cirugía de urgencia. Monteverde. Montevideo, 1944.
- 8) OGILVIE, W. — Abdominal wounds on the western desert. S.G.O. 78:225, 1944.
- 9) ORMAECHEA, C. — Heridas de colon. Curso Graduados cirugía colon. Clínica Prof. Chifflet, 1960 (inédito).
- 10) OTERO, J. — Traumatismos del abdomen. Bol. Soc. Cir. Urug. 21:331, 1950.
- 11) PONTIUS, R., CREECH, O., DE BAKEY, M. — Management of large bowel injuries in civilian practice. Ann. Surg. 146:291, 1957.
- 12) PRAT, D. — Heridas de abdomen por armas de fuego. An. Fac. Med. 6:455, 1921.
- 13) ROOF, W., MORRIS, A., DE BAKEY, M. — Management of civilian colon injuries. Dis. Colon & Rectum. 4:115, 1961.
- 14) SAKO, Y., ARTZ, C., HOWARD, J., BRONWELL, A., INUI, F. — A survey of evacuation, resuscitation and mortality in a forward surgical hospital. Surgery 37:602, 1955.
- 15) SILVEIRA, C. — Traumatismos del abdomen. 7º Congreso Urug. Cirugía 1:149, 1956.
- 16) SHEPHERD, J. — Surgery of the acute abdomen. Livingstone. Ed. & London, 1960.
- 17) TAYLOR, E., THOMPSON, J. — The early treatment and results thereof of injuries to the colon and rectum. Inter. Abs. Surg 87:105, 209, 1948.

- 18) TUCKER, J., FEY, W. — The management of perforating injuries of the colon and rectum in civilian practice. *Surgery* 35:213, 1954.
- 19) VALLS, A., ASINER, B. — Heridas de colon. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 29:383, 1958.
- 20) WOODHALL, J., OCHSNER, A. — The management of perforating injuries of the colon and rectum in civilian practice. *Surgery* 29:305, 1951.

Dr. Cazabán. — Nosotros queremos aportar la experiencia sobre el tratamiento de las heridas de colon de la 3ª Clínica Quirúrgica. En 1944 se presentó en la Sociedad de Cirugía la estadística sobre 10 heridas de colon en el cual se enunciaron los tres principios fundamentales para el tratamiento de este tipo de lesiones que eran en principio el abordaje lateral del abdomen, en segundo lugar la extraperitonización del segmento lesionado de colon con o sin sutura, y en tercer lugar dejar los planos parietales abiertos. La segunda serie que hemos reunido hasta la fecha consta de 15 heridas de colon, 6 únicas y otras con asociaciones lesionales diversas nos han arrojado sólo una muerte. Un enfermo que murió al 7º día presentaba una herida de colon, de estómago y de meso, y murió al 7º día por una peritonitis hiperséptica, donde no se encontró ninguna otra lesión que haya pasado desapercibida. Los resultados que hemos obtenido, por lo tanto, de 15 heridas de colon con una muerte arrojan un porcentaje de mortalidad de 6,6% a pesar del valor relativo que tienen los números. Con respecto a la morbilidad, no hemos tenido evisceraciones, ni infecciones graves de la herida, ni han quedado otras lesiones viscerales sin tratar. Por lo tanto, de acuerdo a nuestra experiencia, los principios sustentados entonces con ligeras variaciones del abordaje lateral del abdomen o el abordaje por incisión transversa cuando es de hemivientre superior, la extraperitonización del segmento lesionado de colon y los planos parietales abiertos, aún creemos que mantienen vigencia en el momento actual para nosotros a pesar del trabajo de los Dres. Ormaechea y Praderi, que dan un excelente resultado también con otros medios. Gracias.

Dr. Valls. — Estoy de acuerdo con el trabajo del Dr. Praderi. Nosotros hace 3 o 4 años presentamos un trabajo similar. De ese trabajo voy a sacar algunas cosas. Las heridas de colon, por ejemplo, que tienen un trayecto abdominal oblicuo, que entran, por ejemplo, por una fosa ilíaca y salen por la región glútea del otro lado, son muy graves. De éstas tuvimos dos y de esos dos enfermos uno tenía 18 perforaciones de delgado y otro tenía 14, y uno de ellos fue el que murió. A propósito de ese enfermo que falleció y que constituye el 11% de los 9, es un enfermo que recibió un balazo accidental en el Dpto. de Canelones y que llegó al hospital como 9 o 10 horas después de la herida de bala, buscando en vano un médico por una cantidad de pueblos de Canelones y llegó gravísimo con heridas viscerales con derrame peritoneal fecaloideo, que iba desde el diafragma hasta la pelvis y el enfermo murió, no como consecuencia de una falla de sutura, sino como consecuencia de una oligoanuria. Precisamente el único enfermo dentro de esa serie que tenía una herida de recto, era uno que tenía 18 perforaciones de delgado, dos de sigmoide y dos de recto, una de cara anterior y otra de cara posterior. Ese enfermo marchó muy bien, se le hizo la sutura de todas las perforaciones y a los 8 días estaba de alta. Bueno, era todo lo que tenía que decir.

Dr. Rubio. — En los primeros años en que comenzamos a hacer cirugía de urgencia en el Hospital Pasteur, sistemáticamente en todos los casos en que tuvimos oportunidad de tratar y en que existían heridas de colon hicimos exteriorización. Uno de los enfermos, un hombre muy obeso con una herida grande de arma blanca de colon transversa, en que se efectuó exteriorización, tuvo

muy buena evolución post-operatoria inmediata y fue dado de alta. Un mes después, cuando se le fue a hacer el cierre de la colostomía en otro hospital y en muy buenas manos, un excelente cirujano, supe que el enfermo falleció. A raíz de eso, y conociendo algunos trabajos publicados en el extranjero, sobre todo la experiencia de otros cirujanos que en nuestro medio cerraban de entrada las heridas de colon, yo cambié y sistemáticamente, desde el año 56. comencé a efectuar el cierre simple de todas las heridas de colon que tuve que tratar en el Hospital Pasteur. Solamente en un caso desde el año 56 a la fecha, no hice este procedimiento, y éste fue un caso en que era una herida de escopeta en que había una enorme cantidad de chumbos con heridas en varias partes del colon ascendente y colon derecho e intestino delgado. Se suturaron las perforaciones de intestino delgado. En el ciego y colon ascendente había una herida muy amplia producida por el taco, con pérdida de sustancia del ciego y teniendo en cuenta este tipo de herida, y además la existencia segura de otras perforaciones en el colon transversal, hicimos exteriorización. Esta enferma tuvo una buena evolución y luego en el segundo tiempo se le hizo el cierre de la cecostomía. En mi experiencia limitada, tengo la impresión de que estas heridas de colon tratadas por cierre simple y siguiendo los conceptos generales de cirugía de colon, tienen una excelente evolución. A mi modo de ver, yo que pasé por las dos etapas, evidentemente sigo prefiriendo esta última y en ese sentido me parece que el relato del Dr. Praderi y Dr. Ormaechea es de mucho interés.

Dr. Raúl Praderi. — En primer lugar quiero agradecer los comentarios de los colegas que han intervenido en la discusión y me referiré concretamente a cada uno de ellos. En cuanto al Dr. Valls, conocemos muy bien su trabajo que fue el primero presentado en la Sociedad de Cirugía, sobre el tema, en el cual se insistió en este hecho precisamente, en el cierre de la pared abdominal. El caso que transforma la mortalidad en un 11 % era el de un enfermo gravísimo con una serie de lesiones asociadas que en general son las que gravan el pronóstico de estas estadísticas. En cuanto al comentario del Dr. Rubio, recuerdo que hace años una vez, hablando con él me lo planteó, diciéndome ¿frente a un escopetazo con el colon derecho lleno de chumbos, qué hubieras hecho?, desde luego se imponía la exteriorización. Es claro que existe esta indicación en muchos casos. En los comentarios del Dr. Gregorio que reflejan el espíritu mantenido por el Prof. Larghero en su publicación del año 1944, quiero destacar dos hechos: En lo que se refiere al cierre del colon, no conocemos los detalles de técnica con que se cerraron esos tres casos con evolución fatal a que se refiere el Dr. Gregorio, y los cirujanos podemos responder sólo de la técnica que hacemos nosotros o de la que hacen los que están muy estrictamente a nuestro lado. Insistimos sobre todo en esta comunicación en la prolijidad de las técnicas con que hace el cierre del intestino. La sutura del colon se puede hacer de muchas maneras. Hay algún caso publicado en nuestro medio no recuerdo exactamente de quién, de cierre de heridas de colon de tal manera que la sutura quedaba estenosante, es decir cierre longitudinal. En uno de ellos, el enfermo falleció a consecuencia de una estenosis colónica. Cierre de colon decimos nosotros, pero siguiendo una serie de preceptos técnicos. Primero, limpieza cuidadosa y prolija. Después, un detalle que parece nimio pero que creemos muy importante: exponer bien el intestino resecaando a veces velos peritoneales, apéndices epiploicos, y dejando un buen plano de serosa libre, no metido dentro del meso ni tapado por grasa, para poder hacer una sutura serosa bien hecha y en segundo lugar desde luego, el cierre transversal del colon. Además de eso, impedir desde luego, dejar bordes necrosados o bordes que puedan alterar la cicatrización y mismo en algunos casos hemos hecho pequeñas resecciones, por ejemplo si hay dos heridas juntas, longitudinales, reseamos un gajo y lo transformamos en una herida transver-

sal. Además recalcando este hecho están todas las estadísticas contemporáneas y el que relea la literatura se da cuenta que la exteriorización de las heridas de colon fue un recurso de cirujanos de guerra para evacuar enfermos.

Los traumatizados de abdomen durante la primera guerra mundial casi no se operaban, se dejaban morir. En la segunda guerra se empezaron a operar, se trataba de solucionar el problema de la manera más rápida. Se exteriorizaban el colon con la perforación afuera. Muchos autores insisten en que el operado en general no es seguido por el cirujano que lo opera y un paciente que no puede tener un cirujano al lado que lo vigile cuidadosamente, está más seguro si se le exterioriza la perforación y se le evacúa a un segundo hospital. Pero no era necesaria en la práctica civil una solución tan exagerada con una evolución tan larga que requiere una segunda operación y que puede incluso tener complicaciones. Porque en grado de intervención es a veces mucho más operación decolar todo un colon derecho y llevarlo hasta una incisión para exteriorizarla que hacer dos puntos de sutura en una herida. O sea que lo que nosotros hacemos a veces en realidad es menos y más simple, no más complejo. En lo que se refiere a las incisiones operatorias, con lo que plantea el Dr. Cazabán, nosotros estamos haciendo todo completamente distinto, a lo que aconsejaba el profesor Larghero hace 18 años, porque en vez de incisiones laterales hacemos incisiones medianas, en vez de exteriorizar cerramos y en vez de dejar la piel abierta la cerramos también. Es un poco consecuencia de la evolución de los hechos, pero si hay una cosa a la que nosotros le tenemos terror en cirugía de abdomen, sobre todo en una herida de bala es a olvidarnos de una perforación. Y entre dejar una perforación de delgado escondida, que no podemos encontrar por una incisión transversal, (muy a menudo hay que abrir el abdomen de lado a lado) preferimos una eventración y no nos preocupa una eventración en un enfermo al cual le salvamos la vida, porque hemos explorado bien todo el delgado. Aunque sabemos que las incisiones verticales son más eventrales, y en cirugía en frío las usamos menos, preferimos tener una eventración con un enfermo vivo. En lo que se refiere a la conducta con la pared y a la supuración de la misma tenemos un criterio más o menos similar. No creemos que un pequeño absceso subcutáneo o alguna supuración de pared sea tan grave, pero sí le tememos a las evisceraciones.

Es un capítulo de la cirugía del cual a veces se habla poco, pero que todos tenemos, y muchas de las evisceraciones se deben a no cerrar todos los planos, o a enfermos con complicaciones, con procesos pulmonares, peritonitis, etc., y le tememos mucho más a una evisceración a veces, que a un pequeño absceso de la pared, porque un enfermo que se eviscera significa una serie de complicaciones importantes. Un pequeño absceso de pared y una eventración se pueden arreglar. No hemos tenido en ninguno de estos 23 casos problemas graves por abscesos de pared, pero hemos visto muchos casos de enfermos intervenidos por distintas razones con evisceraciones y muertes por evisceración, y hemos operado en las guardias enfermos de otros cirujanos. Así que en resumen, entre dejar una perforación de delgado olvidada o una eventración, preferimos una eventración, y entre tener un absceso de pared más o menos grande que se drena fácilmente y una evisceración, preferimos el absceso. Nada más.