

## Perforaciones traumáticas del recto en el niño \*

Dres. ADOLFO VACAREZZA y CARLOS L. ROSASCO

### CONCEPTO

Consideramos de interés la presentación de este trabajo en la Sociedad de Cirugía por las siguientes razones: 1) Por tratarse de una lesión excepcional en la patología quirúrgica infantil, corroborado por la escasa bibliografía nacional y extranjera. 2) La gravedad extraordinaria de la lesión, a veces de apariencia benigna que puede llevar al clínico a una espera funesta. 3) El concepto de que un tratamiento medicoquirúrgico de urgencia es fundamental en el pronóstico vital y secundariamente regional. 4) La manifiesta gravedad del pronóstico y el elevado índice de mortandad, a pesar de las medidas terapéuticas instituidas.

### ANATOMIA CLINICOQUIRURGICA

Sólo brindamos los conceptos anatómicos fundamentales, para comprender la clínica de esta lesión y de esa noción anatómica encarar la correcta terapéutica quirúrgica.

De acuerdo a como se puede observar en la figura 1, tomada del atlas de Bacon y Ross, el recto puede dividirse en: a) recto intraperitoneal, su lesión determina la instalación de una peritonitis sumamente rápida y grave; fácil de detectar por la clínica; b) recto sub o extraperitoneal, estando los espacios perirectales divididos por el músculo elevador del ano en dos compartimientos, la fosa pelvirrectal superior y la fosa isquiorrectal; las lesiones a este nivel adquieren especial gravedad, puesto que pueden pasar desapercibidas o brindar escasos síntomas que el

clínico no avezado no los valore en su exacta medida, determinando por lo tanto un diagnóstico tardío cuando ya se han establecido graves manifestaciones generales (shock, síndrome toxiinfeccioso) y regionales (peritonitis tardía por pasaje de la supuración del subperitoneo a la cavidad peritoneal, y de una celulitis hiperséptica y ascendente que puede llevar hasta el diafragma por decolamiento del retroperitoneo); c) lesión que involucra el recto intra y extraperitoneal, dando sintomatología clínica de ambos sectores; d) un elemento anatómico de gran jerarquía por su importancia funcional es el esfínter anal, pudiendo el traumatismo determinar lesiones de tal magnitud que lleven secundariamente a la incontinencia o, en otras circunstancias, por el proceso cicatricial, a una estenosis orgánica con graves trastornos para la evacuación intestinal; e) el traumatismo puede involucrar estructuras viscerales vecinas al recto, fundamentalmente el aparato urogenital y el marco óseo pelviano.

Las causas determinantes de estas lesiones se pueden resumir, o por traumatismo directo en todas sus formas o por hiperpresión intraluminal.

### TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO

Insistimos en la precocidad de la terapéutica correctamente instituida, como base fundamental para disminuir el índice de mortalidad. En lo que se refiere al tratamiento médico, consignamos: 1) venoclisis, de preferencia con descubierta venosa, especialmente en niños pequeños, para mantener una buena vía que nos permita utilizar cantidades importantes de fluidos, de acuerdo con las necesidades del caso clínico (sangre, plasma y sueros); 2) tra-

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil. Director Prof. Dr. Ricardo Yannicelli.

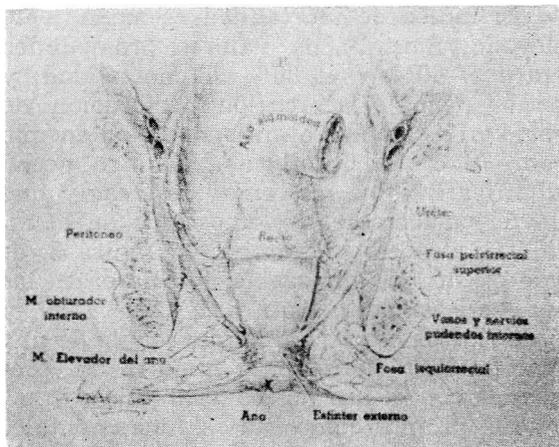


FIG. 1.

tamiento antishock con las medidas habituales del mismo; haciendo especial referencia al uso de los corticoides, cuya utilización consideramos importantísima, puesto que el niño puede fallecer a consecuencia de un agotamiento de sus suprarrenales; 3) tratamiento de la hipertermia, capítulo que le pertenece dentro de las complicaciones pre y postoperatorias en especial al niño y que es más grave cuanto más pequeño es éste; 4) tratamiento del síndrome toxiinfeccioso, antibioterapia polivalente; 5) intubación intestinal, de preferencia con sonda de Cantor para niño; 6) sonda vesical que cumple la doble misión diagnóstica para poner en evidencia una hematuria que no se había traducido clínicamente y terapéutica para el control de su diuresis.

Las directivas del tratamiento quirúrgico las dividimos: 1) *Vías de abordaje*: incisión abdominal pura en las lesiones intraperitoneales; incisión perineal en las que se lesiona solamente el recto extraperitoneal; incisiones combinadas abdominoperineales en las perforaciones de ambos sectores del recto o en las extraperitoneales que primariamente o secundariamente han contaminado la cavidad peritoneal. 2) *Tratamiento de la infección*: en lo que se refiere a la peritonitis, lavado profuso del peritoneo, uso de antibióticos locales y drenaje del Douglas con mecha y/o tubo. En cuanto a la celulitis o supuración subperitoneal, el lavado, el uso de antibióticos, el drenaje del foco único o múltiple y la remoción de los tejidos ne-

crasados. 3) *Tratamiento de la perforación*: consideramos un hecho básico para la buena evolución del caso clínico, efectuar el cierre primario de la lesión que cuando se topografía en el sector subperitoneal del recto puede ser difícil pesquisarla, sobre todo si es de pequeño tamaño la efracción de la pared intestinal; para lograr este propósito aconsejamos una maniobra puesta en práctica por nosotros, que a pesar de su sencillez es de suma utilidad, un colaborador efectúa el tacto rectal con lo cual distiende las paredes del recto, lo cual nos brinda mejores posibilidades de efectuar una correcta sutura. Creemos que el cierre primario es uno de los gestos quirúrgicos de real importancia y que, a pesar de que se efectúe la colostomía, el sector de intestino comprendido entre la colostomía y la perforación continúa contaminando las estructuras vecinas si no se efectúa el cierre de la brecha intestinal. En nuestra casuística, la observación cuarta, en que no se siguió ese criterio, el enfermo desarrolló una peritonitis de consecuencias fatales. 4) *Colostomía*. consideramos que su uso no debe hacerse sistemático, sino que su elección estará supeditada a cada caso en particular; sabiendo que la colostomía en el niño, puede traer aparejadas serias complicaciones (evisceraciones, prolapso, hemorragia, trastornos hidroelectrolíticos, etc.). Nuestro criterio referente a la colostomía, se asimila en un todo al que sostienen Pontius y col. en su trabajo referente al tratamiento de las lesiones del intestino grueso en la práctica civil.

## EVOLUCION Y PRONOSTICO

La evolución de las perforaciones traumáticas de recto, están señaladas en la figura 2. Dicho esquema nos exige de mayores comentarios dada su claridad. En lo que respecta al pronóstico, los elementos a considerar son: 1) *Edad*: cuanto más pequeño es el niño, mayor gravedad. 2) *Tiempo transcurrido*: es obvio que a medida que transcurre el tiempo el pronóstico se agrava considerablemente; los autores consideran ese plazo en alrededor de las seis horas. 3) *Topografía de la herida*: las intraperitoneales, por diagnos-

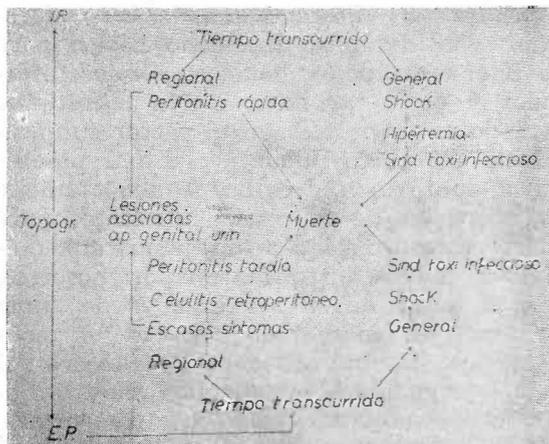


FIG. 2.

ticarse más precozmente son de mejor pronóstico que las extraperitoneales, en las cuales el diagnóstico es generalmente tardío. 4) Que la herida sea única o múltiple: el hecho de que sea múltiple puede traer aparejado que pase desapercibida una de ellas al cirujano, con las graves consecuencias que esto determina. 5) Mecanismo de la herida: el cual puede determinar variaciones, desde una simple brecha puntiforme hasta graves desgarros con pérdida de sectores de la pared del recto. 6) Asociación lesional: la suma de agresión a estructuras vecinas, aparato urogenital, estructuras óseas pelvianas, elementos vasculares, son todos ellos factores que agravan el pronóstico. 7) Precocidad y aplicación de un correcto tratamiento medicoquirúrgico.

El índice de mortalidad es sumamente elevado, Santulli da valores promediales entre el 40% y el 80% de mortalidad; y en su trabajo acerca de perforación de recto y de colon en el niño, debido a enema, sobre 9 casos, 6 fallecen. El otro hecho significativo que queremos destacar y que queda perfectamente demostrado en la estadística correspondiente a la figura 3, es que existe una diferencia notoria entre las estadísticas publicadas antes de 1950 y posterior de esa fecha, lo que señala de una manera bien definida la mejoría del pronóstico con el uso de los antibióticos.

Resumimos como causas fundamentales de muerte el shock, la peritonitis y la celutitis hiperséptica retroperitoneal.

INDICE MORTALIDAD: Elevado

SANTULLI: Niño 40 a 80%

(Babies Hospital New York)

SOBRE 9 PERFORACIONES, 6 MUEREN

ADULTO

	Nº de casos	Mortalidad	Año
Rippey .....	32	62%	1941
Elkin y Ward .....	69	53%	1943
Wilkinson y colab. ....	37	79%	1946
Woodhall y Ochsner .....	55	20%	1951
Tucker y Fey .....	42	14%	1954
Pontius y colab. ....	122	16%	1956

Causas de muerte: shock, peritonitis.

FIG. 3.

CASUISTICA

	Edad	Sexo	T. evol.	Etiología	Síntomas	R. X	Labor.
Obs. 1.	4 años.	F.	5 horas.	Traumatismo directo.	Peritonitis.	—	—
Obs. 2.	3 años.	F.	7 días.	Enema limpieza.	Síndrome toxiinfeccioso grave.	—	Leucocitosis.
Obs. 3.	8 años.	M.	48 horas.	Traumatismo directo.	Reacción peritoneal.	—	Leucocitosis.
Obs. 4.	7 años.	M.	3 horas.	Traumatismo directo.	Peritonitis.	—	—

FIG. 4.

## CASUISTICA

Poseemos cuatro observaciones, tres de ellas personales tratadas por uno de los autores (Vaccarezza) y la cuarta observación de uno de los cirujanos del equipo de urgencia del Hospital Pereira Rossell. Si bien de cuatro observaciones no pretendemos sacar conclusiones definitivas, hay algunos hechos que deseamos enfatizar: los tres primeros casos fueron tratados de acuerdo a las normas impartidas en este trabajo, haciendo hincapié en que en todos los casos clínicos se efectuó el cierre primario de la perforación y el o los drenajes correspondientes. En cuanto a la colostomía, en uno de los casos la consideramos necesaria efectuándola, y en los dos restantes creímos que con el tratamiento quirúrgico efectuado y con la amplia protección de antibióticos podíamos prescindir de ella. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios. En la observación 4, se siguió un concepto totalmente opuesto y no se efectuó ni cierre primario ni drenaje y, en cambio, se efectuó colostomía; a nuestro criterio, es un enfermo mal encarado en la táctica quirúrgica y fallece a través del relato de la evolución postoperatoria de una peritonitis generalizada.

Efectuaremos una breve síntesis de las distintas historias clínicas:

CASO 1.— A. N., niña de 4 años que cinco horas antes de su ingreso sufre traumatismo directo del recto (empalamiento); en el examen clínico presenta una peritonitis generalizada muy clara y definida. Las radiografías no pusieron en evidencia elementos dignos de mención; es de hacer notar que el estudio radiológico si presenta un neumoperitoneo se le da gran importancia, pero si es negativo no excluye de ninguna manera la perforación del recto, como sucedió en las cuatro observaciones nuestras.

El hallazgo operatorio puso en evidencia doble perforación de recto extraperitoneal, efracción del peritoneo parietal posterior y exudado peritoneal; realizamos cierre primario de las heridas, sin colostomía y con avenamiento del Douglas, y del espacio pelvirrectal. No presentó complicaciones postoperatorias y la evolución fue buena, otorgándose el alta a los diez días.

CASO 2.— Se trata de una niña de 3 años que con motivo de un cuadro febril se le practicó un enema de limpieza, presentando horas después una enterorragia de escasa magnitud, lo cual motivó la consulta en el Servicio de Urgencia del Hospital Pereira Rossell. No pre-

sentando ninguna alteración clínica manifiesta pasó a su domicilio, lo cual constituye un grave error diagnóstico. A los cuatro días consulta nuevamente, presentando en esta ocasión un síndrome toxiinfeccioso, un herpes labial y diarrea. En su estada en hospital desarrolló una reacción peritoneal que obliga a su intervención con el diagnóstico de peritonitis de origen apendicular. La laparotomía permite comprobar una peritonitis generalizada, fluyendo gran cantidad de pus del espacio pelvirrectal superior derecho a favor de la brecha del peritoneo a dicho nivel, con perforación doble del recto extraperitoneal. Se efectuó cierre de las perforaciones que fue muy dificultoso, drenaje del Douglas y del espacio pelvirrectal, y colostomía transversa izquierda. El postoperatorio fue sumamente complejo, presentando una oclusión importante que mejoró con terapéutica médica, evisceración por la colostomía y por la paramediana derecha, lo cual motivó la reintervención en dos ocasiones. Finalmente se encausa el postoperatorio, se efectúa el cierre de la colostomía y es dada de alta a los 45 días.

CASO 3.— Se refiere a un niño de 7 años de edad que sufre un traumatismo directo por empalamiento, presentando enterorragias y moderada reacción peritoneal; la operación no revela pus en peritoneo, sino un edema del peritoneo parietal de fosa iliaca izquierda. Frente a tal hecho, se aborda por vía perineal, comprobándose una celulitis abscedada con restos de cuerpos extraños y una perforación de cara lateral de recto extraperitoneal de unos 25 mm. Se efectúa el cierre de la perforación y el drenaje de los espacios pelvirrectales; evolución buena, alta a los 12 días.

CASO 4.— Niño de 7 años, herida por empalamiento presentando rectorragia y reacción peritoneal; se interviene por vía abdominal, efectuándose colostomía del colon izquierdo, no se efectuó ni el cierre de la perforación, ni drenaje del Douglas; en el postoperatorio presenta una clara peritonitis; el niño no se reinterviene y fallece a los siete días. Consideramos que en este caso se han cometido errores de táctica quirúrgica en cuanto a la conducta seguida, al no buscar y no efectuar el cierre de la perforación del recto y no establecer ningún drenaje, y fallas en el postoperatorio, al no reintervenirlo por la peritonitis clara que presentaba.

## RESUMEN

1) Presentamos cuatro observaciones de patología muy poco frecuente en la clínica quirúrgica infantil.

2) Establecemos las premisas fundamentales del tratamiento médico y quirúrgico.

3) Presentamos la evolución de los cuatro casos clínicos antes mencionados.

4) Concluimos que es una afección muy grave, que requiere un diagnóstico urgente, y un tratamiento medicoquirúrgico precoz y correctamente orientado, si se desea disminuir el alto índice de mortalidad, que agrava a este tipo de lesión del recto.

## SUMMARY

1) A review of 4 patients with a rare lesion in pediatric surgery is presented.

2) We establish and discuss the rules for a correct medical and surgical therapy.

3) The clinical evolution of the presented cases is discussed.

4) It is concluded, that rectal lesions are of extreme gravity and that an urgent medical and surgical therapy must be promoted.

## DISCUSION

*Dr. Rafael García Capurro:* Si bien la experiencia que yo tengo sobre el tema no se refiere a niños (solamente en dos casos se trataba de niños), debo tener más o menos 8 a 10 casos de perforaciones de recto y afortunadamente sin ninguna muerte.

Nos enseñaron hace muchos años, que toda herida de abdomen que pudiera ser penetrante, debía ser explorada. Y por lo tanto en ésta, que sería probablemente una de las más graves heridas de abdomen, siempre que se pueda tener la más mínima duda, debe ser explorado el vientre, cuando hay una herida del perineo. Una pequeña incisión suprapúbica y ver si hay penetración. En cuanto a hacer la colostomía, más bien estaría inclinado a ser generoso con ella. Siempre que la herida estuviera en la parte baja, en la que no hay peritoneo, me parece que la colostomía hay que hacerla, puesto que es muy difícil o no se puede hacer la sutura del orificio. Todo lo que podemos hacer es el drenaje de los planos pararrectales y como va a quedar una comunicación, creo que en ese caso está indicada siempre la colostomía. Lo que ya se dijo, que el tratamiento tiene que ser lo más precoz posible. Pero hoy en día, con los medios que hay, si se hace el tratamiento rápido, inmediato, y se hace el drenaje pararrectal y bien amplio, de las zonas donde han sido heridas y se hace el drenaje suprapúbico y colostomía, yo tendría la impresión que, si el enfermo no ha llegado demasiado tarde, los peligros que corre no son muchos. El último caso fue de un hombre que cayó sentado encima de dos hierros de cemento armado en una obra y tenía varias heridas, puesto que se había clavado los dos hierros que

habían entrado por fuera del ano, habían penetrado al recto y al vientre. Tenía una rotura del mesenterio, una perforación doble de intestino delgado y un decolamiento a lo largo de la aorta, muy alto, sin embargo la evolución fue buena. Es lo que quería decir.

*Dr. Anavitarte:* Yo hace muchos años que hago cirugía de urgencia de niños, y no sé si habré tenido buena suerte o mala suerte, pero yo he visto muchas heridas por empalamiento. Que afecten al recto, que afecten al aparato genital de la niña y que afecten los conductos, la uretra, sobre todo a nivel del pico de la próstata, es una lesión que se ve con cierta frecuencia. De manera que yo prefiero llamarlas —a esas heridas— heridas perineales y no encararlas como simples heridas de recto. Como dije muy bien el comunicante, existe siempre o muy a menudo, una asociación de lesión. Estoy de completo acuerdo con el Dr. García Capurro, que hay que abrir el abdomen. Hay que abrir el vientre y explorar exhaustivamente. A veces uno solamente encuentra entre recto y vejiga, una pequeña zona edematosa, es lo único que encuentra, y allí está la perforación subperitoneal. En cuanto al asunto de la colostomía, yo la hago sistemáticamente. Y hago una colostomía como si fuera a hacer una colostomía definitiva. Posteriormente me encargo de la reparación del tránsito intestinal. Pero la inicio y hago la colostomía a cabo separado, como si fuera una colostomía definitiva. He tenido así varios casos. En este momento no puedo dar la casuística porque no la he llevado —y he tenido varios casos—, creo haber tenido uno que falleció. Los demás todos han marchado bien. Insisto sobre todo en la frecuencia de la lesión genital y la lesión urológica. El último que operé fue un niño que se cayó de un árbol y se empaló con una rama inferior y se hizo una lesión que rozaba toda la cara anterior del recto, ponía la musculatura del recto a la vista, seccionaba la uretra a nivel del pico de la próstata. Me ayudó en la intervención el Dr. Chizzola. Pudimos, con el vientre abierto y la vejiga abierta, pasar por vía retrógrada una sonda. Ese niño se recuperó totalmente —lo voy a traer uno de estos días a la media hora previa— con una reparación ureteral del 100%, lo que es una cosa poco frecuente. De manera que yo creo, sintetizando, que hay que abrir el abdomen; yo diría, hay que abrir el abdomen siempre, porque hay muchas sorpresas, con pequeñas heridas, como lo mostró el Dr. Vaccarezza, que parecen insignificantes y que son abdominales penetrantes y soy partidario de hacer la colostomía.

*Prof. Suiffet:* Consideramos que la comunicación del Dr. Vaccarezza es muy interesante. Nos vamos a referir a este problema solamente sobre la base de la experiencia de esta cirugía en el adulto. Solamente vimos una observación en nuestro pasaje por cirugía infantil, que no fue operada por nosotros. Un chico que llevaba muchas horas de evolución y que fue tratado por otro colega y que murió de su peritonitis.

En lo que respecta al adulto, nosotros hemos visto 10 observaciones de heridas de recto. El pronóstico de la herida de recto es completamente distinto, según las circunstancias en que se ha producido y según el tiempo de evolución. Nosotros observamos lo siguiente: que los pacientes que sufren un accidente, como algunos de los casos descritos, o que sufren una herida de bala, como dos de nuestras observaciones, y que son vistos y tratados precozmente, tienen un pronóstico mucho más benigno que los traumatismos rectales que se originan en actos delictuosos. Nosotros tenemos 6 observaciones de traumatismos rectales en el adulto, del sexo masculino, por introducción de cuerpos extraños en el recto, hecho que había sido ocultado durante muchas horas, y que fueron intervenidos sin ni siquiera sospechase de la posible herida rectal. Fueron todos intervenidos por peritonitis, a veces con diagnóstico de peritonitis apendicular o de origen sigmoideo; en uno de los casos, con diagnóstico de úlcera perforada, puesto que tenía neumoperitoneo. No siendo una sola observación; todos los otros casos fallecieron porque fueron operados con más de 24 horas de evolución de la peritonitis.

El contenido del recto, con la septicidad tremenda y la gravedad que significa la invasión peritoneal por el tiempo de evolución, son las dos razones que hacen más serio el pronóstico. Los dos heridos de bala, de los cuales uno solamente era rectal y el otro era una herida asociada rectal y vesical, evolucionaron perfectamente bien, con la terapéutica que se instituyó. Otro caso, fue una herida accidental durante una endoscopia. Ese paciente, en la misma mesa de operaciones en la cual se había producido la solución de continuidad en el recto, fuimos llamados por la persona que estaba haciendo la endoscopia y se reconoció inmediatamente la perforación. La insuflación de aire con el rectoscopio que ya estaba dentro del peritoneo, pretendiendo desplegar la mucosa y ver algo, le produjo al enfermo lo que se conoce clínicamente como neumoperitoneo a presión. Ese enfermo fue operado en la misma mesa de operaciones y se le hizo nada más que el cierre de la perforación. El otro enfermo, es una señora, que en el curso de un estudio radiológico de colon por enema, al hacerse la radiografía se comprobó que el bario estaba dentro de la cavidad peritoneal. Es perfectamente conocida la tremenda gravedad que tiene la penetración del bario dentro de la cavidad peritoneal, junto con el contenido fecal. Hay incluso estudios experimentales que se han realizado en situaciones similares. La presencia de bario, agrava tremendamente la situación. Esa enferma evolucionó bien. En cambio los pacientes que tenían la perforación rectal por actos delictuosos y que llevaban muchas horas habiendo ocultado completamente la situación, fallecieron todos. La indicación de colostomía a nuestra manera de ver, no puede ser establecida de una forma sistemática para todas estas situaciones. Depende de las circunstancias. En el paciente que tenía una herida por rectoscopia, no le hicimos colostomía, porque el pa-

ciente estaba en óptimas condiciones, ya estaba preparado para la cirugía del colon, puesto que se le iba a hacer una rectoscopia. Ese enfermo con el cierre simple de la perforación, marchó perfectamente bien. Los enfermos que tenían heridas de bala, se les practicó colostomía a los dos, porque las dos heridas de bala eran del recto subperitoneal. Era imposible hacer ninguna maniobra de sutura, porque las dos eran heridas transfixiantes del recto, que entraban por una región glútea y salían por la otra, y que desde luego en la laparotomía exploradora no se encontró más que una infiltración subperitoneal de la pelvis. Se les practicó a los dos colostomía y drenaje pararectal del recto subperitoneal, pero de ninguna manera se podía pretender hacer la sutura y los dos evolucionaron bien. En los otros casos restantes, se hizo colostomía en todos menos en uno, porque se trataba de un paciente de 70 años que llegaba al Hospital de Clínicas con una peritonitis de pocas horas de evolución clínica, con neumoperitoneo. Se intervino con el diagnóstico de perforación gastroduodenal. No se encontró absolutamente nada más que el neumoperitoneo. El Dr. Burjel operaba. Aconsejamos la exploración de todos los sectores de donde podía provenir el neumoperitoneo. Como no había nada en el gastroduodeno, se exploró el colon, sobre todo se exploró el sigmoide y no se encontró nada. En ese momento el Dr. Burjel, nos consultó y le insistimos que explorara la ampolla rectal y el Douglas. En la parte baja del Douglas, de su fondo había una solución de continuidad de la cara anterior del recto, pero no había una gota de líquido en el peritoneo. Se pudo reparar el orificio. Dadas las circunstancias, no se le practicó colostomía porque parecía que el enfermo hubiera estado preparado para realizarse una intervención. Completamente distinta a las otras situaciones. Uno de estos casos nosotros lo observamos hace muchos años en la Sala 21 y fue operado por el Dr. Pérez Fontana en su guardia del Hospital Pasteur, un día que estábamos nosotros junto con él. Nos mostró las características de las peritonitis de los pacientes que tienen una perforación rectal. El le llamó la peritonitis negra, para darnos un poco la idea que el contenido es un contenido oscuro. Cuando hay un contenido de esa naturaleza, hay que buscar la solución de continuidad importante en el sector distal del colon o recto. Así lo hizo y encontró la perforación rectal. El resto de los pacientes, a todos, se les practicó colostomía porque fueron operados en el curso de una perforación y de una peritonitis evolucionada. No hay ninguna de estas observaciones, salvo en una de las heridas de bala, lesiones asociadas en el aparato genital, pero desde luego, me estoy refiriendo al adulto. Es completamente distinto en el niño, y sobre todo por perforaciones traumáticas por caída o por cuerpo extraño introducido, donde las características de la pelvis del niño, su menor tamaño, la mayor proximidad de los órganos, hace más factible la asociación lesional. En cambio en el adulto, no siendo la herida de bala, es muy difícil que haya una asociación

lesional con el aparato urinario, pero sí es importante recordar una cosa. Debido a la concavidad del recto, por lo general los cuerpos extraños introducidos verticalmente por el ano, lesionan la pared anterior del recto, habitualmente en el sector intraperitoneal. Y dos de nuestras observaciones tenían además de la perforación rectal, una perforación del sigmoide por encima. El cuerpo extraño había atravesado la pared rectal y había chocado contra el promontorio y allí había tomado el sigmoide y había producido su efracción. Nos sirvió como experiencia, de que a pesar de encontrar la perforación rectal, hay que buscar en la zona cercana, otras posibles lesiones.

Felicitemos al Dr. Vaccarezza y creemos que es muy interesante su comunicación.

*Dr. Vaccarezza:* Refiriéndome a lo que decía el Dr. García Capurro, existe una diferencia importante entre la pelvis del adulto y del niño. Nosotros, en todos los casos, pudimos cerrarlo, ya sea por vía abdominal, yendo al retroperitoneo, o por vía perineal, las heridas en el recto subperitoneal. La pelvis es mucho más pequeña y permite perfectamente ir a la exploración y poderlo realizar. A diferencia en el adulto, en el cual los problemas son mucho mayores. El uso de la colostomía, de acuerdo a lo que se ha expresado, compartimos totalmente el criterio sostenido por el Prof. Suiffet, que el factor tiempo es importantísimo en el uso de la misma o no. Agradecemos las manifestaciones de los Dres. García Capurro, Anavitarte y Suiffet.