

## Rotura espontánea del colon. Peritonitis difusa\*

Dr. FEDERICO LATOURRETTE

Presentamos este caso de rara observación para contribuir a la casuística de las roturas espontáneas de vísceras huecas. En el curso del año se comunicaron a esta Sociedad varios casos de rotura espontánea de esófago. Entidad ésta, que no es tan infrecuente. Y que mediante y a medida que se conocen sus síntomas, se han podido hacer diagnósticos cada vez más precoces.

Se trata de una rotura espontánea del colon, la que voy a relatar. A la que nos enfrentó el azar, en el curso de una guardia, como Cirujano del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas.

Del análisis de los síntomas, de su cronología, del examen físico y del estudio radiológico de urgencia, se llegó al diagnóstico preoperatorio de "peritonitis difusa aguda, por perforación de víscera hueca, probablemente de colon izquierdo". Naturalmente, lo de espontánea, era indistinguible. Y aun frente a un cuadro similar, lo lógico será pensar en diverticulitis o sigmoiditis complicadas de perforación brusca.

Lo que importa es que frente a un cuadro de peritonitis, la sanción quirúrgica exploradora sea precoz. Ella será en definitiva, la encargada de hacer el diagnóstico de la naturaleza de la afección.

He aquí la historia:

J. M., italiano, 41 años. Número de registro 193.501. Llega al Hospital enviado por médico, con una anotación que decía: "...estando bien, tuvo un intenso dolor en el bajo vientre que se irradió al resto del vientre. Al examen, vientre en madera. Con una hernia inguinal izquierda que se reduce. Se trata de una perforación de víscera y lo más probable úlcera perforada. Se le hacen dos ampollas de Demerol y se le envía".

Ingresa y la historia del Departamento de Emergencia dice: Con diagnóstico de probable úlcera perforada, portador de una hernia inguinal izquierda, que en la mañana de hoy,

hora 6, tuvo un acceso brusco de tos, luego de lo cual presentó dolor intenso a nivel de la hernia, irradiado al resto del abdomen. Al mismo tiempo intensa sudoración, estado nauseoso y angustia. Dificultad respiratoria por el dolor. Es visto por médico que comprueba vientre en tabla, reduce parcialmente la hernia y lo envía.

*Antecedentes personales.*— Hernia inguinal izquierda desde hace unos dos años, grande, llega al escroto y se reduce parcialmente en el decúbito.

Sufrimiento dispéptico, etiquetado y tratado como ulceroso gástrico, desde hace tres años. Desde hace un año no hace tratamiento. Y sus molestias son leves, reducidas a ardores esporádicos. Fumador. Bronquítico, tose mucho al levantarse.

*Examen.*— Paciente obeso y lúcido, sudoroso, inquieto, cianótico, piel fría. En un quejido permanente. Respiración contenida, superficial, polipneica. Temperatura axilar 36°5. Rectal 38°. Pulso 100 al minuto, regular. Presión arterial 16/10.

*Abdomen.*— Doloroso espontáneamente. Hernia inguinal izquierda tensa, parcialmente reductible, incoercible. Exquisitamente dolorosas las maniobras de palpación e intento de reducción de la hernia.

Todo el abdomen está contracturado, con los caracteres clásicos del "vientre en tabla". Muy doloroso. La percusión buscando la sonoridad prehepática es dudosa. Existen áreas de piel abdominal con livideces moradas. Lo mismo en ambos muslos.

*Tacto rectal.*— Douglas intensamente doloroso. Parece ocupado por líquido. La obesidad del periné y el dolor dificultan obtener otros datos.

*Aparato respiratorio.*— Signos de bronquitis catarral. Se piden los siguientes exámenes: radiografía simple de abdomen de pie y en decúbito, enfocando vientre superior e inferior. Hemograma, urea, orina. Preparado para operar. Intubación y evacuación gástrica. Clasificación de grupo sanguíneo. Suero glucofisiológico intravenoso. Calmarlo con atropomorfin.

*Descripción operatoria.*— *Avaluación* de la resistencia: mala.

*Diagnóstico preoperatorio.*— Peritonitis por perforación de víscera hueca. ¿Perforación sigmoidea? ¿Úlgus perforado?

*Cirujano:* Dr. Latourrette; primer ayudante: Pte. Int. Perna; segundo ayudante: Br. Sánchez.

*Anestesia:* General. Neuroleptoanalgesia (Dr. Vigouroux).

\* Trabajo del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas. Jefe: Dr. W. García Fontes.

*Diagnóstico operatorio.*—Peritonitis difusa hiperséptica. Rotura espontánea del sigmoides. Hernia inguinal oblicua externa, izquierda.

*Operación realizada.*—Exploración. Sutura de la perforación sigmoidea. Lavado peritoneal. Tres drenajes peritoneales. Cierre del cuello del saco herniario por vía abdominal.

1º) Incisión paramediana derecha supraumbilical, pararrectal interna. Abierto el peritoneo sale aire en chijetazo y luego oleadas profusas de líquido fecaloide, con materias sólidas en fragmentos de hasta 1 y 2 cm. Olor pútrido. Gran hiperemia rojoviolácea de todas las serosas parietales y viscerales. Peritonitis difusa hiperséptica, que explica el estado tóxico de colapso, con livideces que presentaba el enfermo antes de la operación.

2º) La exploración rápida del gastroduodeno, los muestra normales; por lo cual se pasa rápidamente a otra incisión, mediana, infraumbilical, desde el ombligo al pubis. Brota líquido fecal de todas las logias abdominales. Una vez lavado, secado y aspirado el contenido, se logra encontrar una perforación sobre borde libre del sigmoides, de unos 3 cm., longitudinal, en el medio entre dos de las bandeletas colónicas. Y a unos 5 cm. de donde el colon descende fijo, se hace móvil. Es decir, al comienzo del asa sigmoidea libre. Impresiona como el sitio en que el sigmoides contacta con el anillo del saco herniario. Las paredes del colon vecinas a la perforación no muestran alteraciones patológicas previas. La mucosa desliza y hace hernia a través de la seromuscular rota. Por la brecha, salen materias fecales sólidas, restos de alimentos, semillas de naranja y hasta oxiuros que transitan por la superficie externa del colon. No se ven divertículos. El resto del colon es normal. No se palpa ningún tumor. El saco herniario alberga al asa sigmoidea libre, en su interior.

Impresiona como rotura espontánea del intestino grueso, producida tal vez por la hipertensión brusca de la tos. Y tal vez al chocar el intestino contra el anillo herniario rígido (son hipótesis).

*Tratamiento.*—1º) Doble sutura total con gastergut cromado. Peritonización de la misma con un plano seroso de hilo de lino. Epiploplastia con una franja epiplóica.

2º) Lavado profuso de toda la cavidad peritoneal, logia por logia, con más de 8 litros de suero tibio, que se aspira.

3º) Colocación de tres gruesos tubos de drenaje, uno en el Douglas y los otros dos en cada gotera parietocólica, con su extremo en los hipocondrios. Abiertos en canal, salen por contraabertura lateral en ambos flancos.

4º) Se invierte hacia el abdomen el saco herniario y se sutura con lino a nivel del cuello.

5º) Cierre parietal en dos planos. Lino grueso. Sólo dos puntos en piel, dejando el subcutáneo abierto.

El enfermo, al terminar la operación, se encuentra en mejor estado general y circulatorio que al comienzo de la misma. Las asas y el peritoneo cambiaron el color violáceo cianótico, por el color rosado hiperémico.

## COMENTARIOS

Queremos destacar los siguientes hechos:

1º) Que un estudio radiológico simple de abdomen agudo, en el cual las placas obtenidas no conforman (por su calidad, o porque no demuestran los signos que clínicamente uno supone que deben existir), deben ser repetidas sin titubeos. En el caso que motiva esta comunicación, las dos primeras placas no nos decían nada. Era imposible sacar de ellas algún signo positivo. No había neumoperitoneo. En cambio, en el nuevo y más correcto enfoque, se consiguió objetivar el neumoperitoneo bilateral y, lo que es más importante, mostró amplio predominio del neumoperitoneo a izquierda.

2º) La importancia de la historia clínica bien hecha, analizando la evolución cronológica de los síntomas, que permite casi siempre llegar a diagnóstico de gran precisión. Este enfermo era categórico en afirmar que todo su mal empezó bruscamente y señala la hora exacta de comienzo (6 de la mañana). Con un golpe de tos. En ese momento se inicia el dolor agudo en la fosa iliaca izquierda, cerca de la hernia, y a partir de allí hacia la pelvis, recién después se generalizó en forma ascendente.

El examen físico también comprobaba mayor dolor y contractura más firme en la fosa iliaca izquierda. La palpación y el intento de maniobras de taxis de la hernia, producía exquisitos dolores.

El neumoperitoneo con imagen en media luna, mucho mayor bajo el diafragma izquierdo.

La persistente intensidad del dolor, que no cedió a la acción de dos ampollas de Demerol y una de atropomorfina. Indicando nítidamente que la irritación peritoneal era extrema y continuada.

El grave estado general, con enfriamiento y placas de livideces en el cuerpo, indicando caracteres hipersépticos de la peritonitis.

3º) La ausencia de antecedentes previos inmediatos y mismo lo irregular de su dispepsia de tiempo atrás, hacía que el diagnóstico de *ulcus perforado* —afección tan frecuente—, si bien se planteaba, fuera puesta en segundo lugar.

El diagnóstico más sugestivo era el de una peritonitis hiperséptica por perforación de colon izquierdo. Y aunque tampoco había en la historia signos o síntomas, por razones de frecuencia, la diverticulitis o sigmoiditis perforada, eran las causales más sugestivas.

4º) No pretendemos explicar la patogenia de la rotura. Pero resulta tentador y con apariencias lógicas, pensar que la causa del estallido del sigmoides (siempre ocupado por gases y materias), se ha debido a la hipertensión abdominal brusca, a glotis cerrada, generada por la tos violenta. En este caso particular además, el bucle del sigmoides se encontraba encarcelado dentro de un saco herniario, fuera del abdomen sin posibilidades de desplazamiento.

La denominación de "espontánea", quiere referir que no ha mediado ninguna causa externa, capaz de producirla. Y que las estructuras parietales del colon están sanas, en el sitio de la perforación y en todo el resto de su extensión. Lo que lo diferencia netamente de un estallido diastásico de un colon en oclusión cerrada.

Pero la verdad es que el trauma existe, es endógeno, en este caso la tos, también podría ser un estornudo o cualquier otra causa de hipertensión brusca. Actuando sobre una víscera hueca. Reproduciendo el

mismo mecanismo que el vómito para la rotura del esófago.

Recordamos que el colon, aquí, estalló en un sitio equidistante entre la fijación peritoneal propia del colon descendente y la penetración del asa móvil del sigmoides en el anillo herniario.

5º) Queremos enfatizar sobre un punto que consideramos de mucha importancia en el tratamiento, nos referimos al profuso lavado peritoneal, logia por logia, hasta que el agua o el suero salgan limpios. Es la mejor profilaxis de los abscesos residuales de las peritonitis difusas a gérmenes hipersépticos, como son los de la flora colónica. Y dejar drenajes con tubos gruesos, en el Douglas y ambos hipocondrios. Extra-yéndolos por contraaberturas declives. Retirarlos precozmente en cuanto dejen de drenar.

6º) La evolución del enfermo va siendo muy favorable en lo que va desde la operación.

Para terminar, creemos de interés esta comunicación, no solamente por lo curiosa y rara, sino porque nos permite fijar claramente la cronología sintomática del síndrome de peritonitis por perforación del sigmoides.

Prometemos realizar el estudio de la casuística mundial para traerla a esta Sociedad.