

Empalamiento de recto. Conducta quirúrgica

A propósito de un caso

Dres. M. A. VOLONTE y J. P. OTERO

HISTORIA CLINICA

C. G. E. 16 años de edad. Hospital de Clínicas.

Motivo de ingreso: Empalamiento de recto hace tres horas, al parecer autoprovocado.

Examen: Buen estado general. Bien hidratado. Dolor abdominal difuso, espontáneo y provocado, que predomina en hipogastrio, a cuyo nivel existe defensa.

Tacto rectal: Esfínter normal. Ampolla llena de sangre. Desgarro de la pared anterior a unos 6 cm. de la margen del ano, no llegándose a tectar el límite superior.

Sondeo uretral: Se extrae orina clara y el suero inyectado por la sonda refluye libremente.

Evolución preoperatoria: En las horas previas a la intervención se acentuaron los signos de peritonitis difusa (contractura generalizada). Se intervino a las cinco horas de la herida.

Operación (Dr. Otero y Dr. Albo): Incisión paramediana izquierda infraumbilical. Se encuentra abundante cantidad de líquido turbio, fétido, en el peritoneo. Herida desgarrante del peritoneo a nivel de la vertiente anterior del Douglas. Se secciona transversalmente el peritoneo a ese nivel, prolongando el desgarro y decolando al recto de la vejiga, exponiéndose bien la cara anterior rectal que presenta perforación de 4 cm. de diámetro. Cierre de la misma con puntos de lino fino. Lavado profuso de la cavidad peritoneal. Sutura del peritoneo pelviano, quedando la zona de la perforación en el sector subperitoneal. Tubo de drenaje en el Douglas. Drenaje en cigarrillo en el espacio subperitoneal que sale por incisión de Mac Burney izquierda. Dilatación del aparato esfinteriano anal previa anestesia local. Tubo transanal.

Postoperatorio: Ileo paralítico que cedió rápidamente con intubación e hidratación parenteral, dando paso a una diarrea e incontinencia anal relativa, que desapareció a los ocho días.

Se retiró el tubo del Douglas al 4º día y el drenaje subperitoneal a la semana. Heridas en buenas condiciones. Alta al 15º día en buenas condiciones.

COMENTARIO

a) No se efectuó colostomía. En su lugar, la dilatación y el tubo trasanal desgravitaron eficazmente a la ampolla rectal. Por otra parte, se confió en la sutura, efectuada en *intestino sano*, a las pocas horas de la perforación.

b) El Douglas fue drenado como en cualquier peritonitis difusa.

c) Habiendo quedado la sutura rectal en el sector subperitoneal, el drenaje de seguridad podía efectuarse a través del periné o del espacio de Bogros. No utilizamos el primer procedimiento basados en las enseñanzas recogidas por uno de nosotros en el Hospital St. Mark's de Londres. Según estas directivas, un drenaje transperineal en caso de dehiscencia de la sutura, conduce a una fístula supraesfinteriana, a través del elevador del ano, situación de corrección quirúrgica muy difícil.

En cambio, en el drenaje por el Bogros, si se produce una fistulización, la corrección quirúrgica es más simple y menos agresiva, ya que no interesa el aparato esfinteriano anorrectal.

RESUMEN

Se presenta un caso de empalamiento rectal, entidad de gravedad manifiesta.

Se plantea el tratamiento efectuado: sutura de la herida rectal y drenaje de la cavidad peritoneal, y espacio subperitoneal sin colostomía y la justificación del mismo. Evolución postoperatoria satisfactoria.

RÉSUMÉ

On présente un cas de perforation traumatique du rectum, sujet de gravité manifeste.

On expose le traitement effectué: suture de la blessure rectale et drainage de la cavité péritonéale et de l'ambiance sous-péritonéale sans colostomie de dérivation, ainsi que la justification du dit traitement. La suite post-opératoire sans incidents.

SUMMARY

A new case of rectal penetrating wound, a highly lethal condition, is reported.

The surgical management is discussed: repair of the rectal wound and peritoneal and extraperitoneal drainage. Colostomy was not performed. The post-operative course was satisfactory.