

Empalamiento del recto *

Dr. J. P. OTERO **

HISTORIA CLINICA

E. S. H., enfermo de 16 años que ingresa el 14-I-67 por herida de recto por cuerpo extraño. Hace unas horas sufre herida de recto por cuerpo extraño, con rectorragia, dolor a su nivel y en hipogastrio, con una orina de aspecto normal y deposición semilíquida.

Examen: Lúcido, febril, 38°8 de temperatura rectal, mucosas algo secas, lengua subaral, halitosis, mucosas bien coloreadas.

Abdomen: Dolor discreto a la palpación en F.I. izquierdo e hipogastrio. Pared depresible. No se palpa hígado ni bazo.

F. lumbares: Normales.

C. vasculares: Ruidos bien golpeados. Ritmo regular 120/m.

P. pulmonar: Clínicamente normal.

Radiografía de abdomen: Escasas asas delgadas distendidas por gas, y muy pequeños niveles del abdomen inferior.

Operación propuesta: Exploración. Cirujano: Dr. Otero. Ayudante: Pte. Cherro. Instrumentista: Ribeiro. 1º Ayudante: Dr. Letieri. Anestesiista: Vega.

1) Examen de región anal muestra una herida de piel y parcial del esfínter en la comisura anal anterior. Se explora con espéculo y se comprueba una brecha en cara anterior del recto a 5-7 cm. de la margen del ano. El recto está ocupado por materias y líquido abundante (probable orina).

2) Laparotomía por paramediana infraumbilical izquierda. No hay penetración intraperitoneal, no hay líquido en el peritoneo. Se secciona el peritoneo del Douglas en su hoja anterior yuxtavesical y se penetra en espacio decolable rectovesical. Se encuentra perforación de cara anterior del recto de 4 cm. de longitud y herida vesical enfrente. Sutura de ambas heridas con puntos separados en dos planos. Drenaje a través de su Mac Burney izquierdo por vía subperitoneal, quedando el extremo del tubo frente a la herida rectal. Sutura del peritoneo del Douglas. Cierre por planos de la herida. Evolución sin incidentes. Alta: 24-I-67.

COMENTARIO

En la REVISTA DE CIRUGÍA DEL URUGUAY (volumen 35, Nº 2, abril de 1965) presentamos con el Dr. Albo un caso de empalamiento del recto tratado por cierre simple de la perforación rectal, sin derivación de las materias fecales. Los azares de la Clínica nos han deparado la oportunidad de tratar un segundo caso de empalamiento rectal, bastante similar al primero, y que tratamos de la misma manera con el mismo excelente resultado. Con esta experiencia nos proponemos desarrollar algunos conceptos o principios de estudio y tratamiento de estos pacientes. No creo que ningún cirujano tenga muchos casos personales que presentar como estadística homogénea, puesto que no es una situación frecuente y, nosotros, en muchos años de cirugía de urgencia, sólo podemos presentar estos dos casos personales.

Recordamos otros traumatizados por empalamiento que fueron tratados por otros cirujanos en nuestras Guardias del Maciel, pero en circunstancias y situaciones algo diferentes.

Creemos que hay que diferenciar netamente entre el empalamiento por vía anal en donde la estaca se introduce por el orificio anal y luego produce, al profundizarse con violencia, una herida del recto; del empalamiento perianal, en donde la estaca hiere las partes blandas del periano y luego produce (o no) herida del recto.

El empalamiento por vía transanal es similar al que se produce en las perforaciones por rectoscopia, es decir, donde el palo se introduce primero en el recto a través del ano, y luego produce una efracción de la pared rectal que prácticamente es siempre la pared anterior. No nos interesa a nosotros (cirujanos) saber si el palo fue introducido voluntariamente (pederastia) o si se produjo accidentalmente. Lo

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 28 de junio de 1967.

** Jefe de Sala de Cirugía del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas.

que nos interesa explicitar en el interrogatorio, es saber con la mayor exactitud posible si el empalamiento fue transanal o no.

El examen físico aclarará casi siempre este punto, pues la herida perianal es mínima en el empalamiento transanal (voluntario o no).

Ante el examen poco significativo del perineo y ante la explicación clara de la introducción casi segura a través del ano, debemos examinar el recto mediante tacto rectal. El tacto nos revelará la existencia de sangre intrarrectal que nos permitirá pensar en heridas del recto, pero que también podría ser sangre debida a la efracción anal. El dedo que realiza el tacto rectal puede introducirse sin darse cuenta, a través del orificio de perforación, creyendo estar dentro de la luz rectal cuando en realidad está tocando las partes blandas a través de la perforación no reconocida. De cualquier modo, la existencia de rectorragia y del aumento de la rectorragia y dolor provocados por el tacto rectal, nos incita a visualizar dicha perforación posible y a establecer netamente sus caracteres.

El anoscopio es demasiado corto para llegar hasta la perforación con claridad y sólo nos sirve para convencernos de que viene sangre o materias con sangre de la ampolla.

Podríamos recurrir a la rectoscopia, pero no siempre se está equipado de la instalación necesaria para hacer una rectoscopia sin dilaciones.

En suma la situación clínica es ésta: tenemos la casi certeza de que existe una perforación, pero necesitamos saberlo con exactitud.

En el segundo caso que nos tocó resolver hicimos preparar el enfermo para operar, lo hicimos afeitar y con el enfermo bajo anestesia general y colocado en posición de la talla, le examinamos el ano y recto. La introducción de un espéculo vaginal virginal o de un dilatador anal de Trelat, permite ver claramente lo que pasa en el interior de la ampolla rectal. Vimos en el segundo caso, un recto lleno de materias fecales sangrientas con una excesiva cantidad de líquido que no podía ser otra cosa que orina que pasaba a través de la herida vesicorrectal.

Vimos también claramente la perforación de la pared anterior del recto, situada

a cierta distancia de la margen del ano, a nivel o algo por encima del codo ano-ampular. No creímos conveniente hacer ninguna maniobra de evacuación de materias fuera del hecho de dar salida al abundante líquido pastoso a través del dilatador de Trelat. Habíamos así establecido de una manera categórica el diagnóstico de perforación de la pared anterior del recto asociado a una perforación de la pared posterior de la vejiga.

Colocamos entonces el paciente en posición operatoria para una laparotomía infraumbilical y le hicimos colocar un sonda uretral de Foley para mantener la vejiga vacía.

De acuerdo con la experiencia del caso anterior, planeamos también aquí realizar el cierre simple de la perforación sin derivación de materias.

Existía además en este caso la perforación de la pared posterior de la vejiga, que debíamos también abordar y suturar.

Es necesario para realizar esta intervención disponer de una anestesia que de suficiente relajamiento muscular y de un anestesista en el cual podamos tener absoluta confianza.

Se necesita también disponer de un primer ayudante que entienda la operación y que ayude y separe con destreza. Además, es esencial que la iluminación en la zona operatoria esté perfectamente centrada.

Una vez abierto el peritoneo se vio en seguida que no existía lesión intraperitoneal, que la cara superior de la vejiga estaba intacta. Colocando el paciente en Trendelenburg atenuado y rechazando las ansas con compresas para exponer bien el Douglas, se hizo una incisión arciforme sobre la hoja anterior del fondo de saco vesicorrectal. Inmediatamente de empezar el decolamiento rectovesical se apreció la salida de líquido y se comprobó una perforación en la pared anterior del recto de unos 3 centímetros de diámetro y otra perforación similar en la pared opuesta de la vejiga.

Se prosiguió el decolamiento rectovesical con tijera y torundas montadas hasta exponer bien netamente las perforaciones en toda su extensión, permitiendo así referir sus bordes con pinzas largas de Allis o con hilos pasados.

Desde luego que debe limpiarse la zona adyacente con gasas humedecidas en anti-sépticos débiles, sacando así las materias fecales que pueden haber pasado a través de la perforación hacia el tejido subperitoneal.

El ayudante nos insinuó repetidas veces si no sería mejor hacer una talla vesical y una derivación de materias sin actuar sobre las perforaciones que podían determinar, según él, una contaminación masiva del peritoneo.

Digo esto, porque es precisamente este estado de espíritu negativo, el que debe ser desechado, con la convicción absoluta de que si nosotros realizamos un cierre hermético de la perforación, con puntos separados, tomando bordes perfectamente visibles y definidos, sin ninguna clase de duda respecto a la eficacia del cierre, podemos estar seguros de que la contaminación pasajera del peritoneo no va a tener ninguna consecuencia ulterior.

Realizamos así un cierre en dos planos de la brecha rectal.

Nos faltaba cerrar la perforación de la vejiga, lo cual a primera vista aparece más difícil o imposible, por el hecho de la orientación diferente del plano de la pared vesical. Sin embargo, pudimos realizar perfectamente el cierre de la brecha vesical

en la misma forma antes señalada, con la absoluta certeza de un cierre hermético y eficaz.

Terminamos la reparación introduciendo un drenaje cigarrillo a través de una incisión de Mac Burney complementaria y llevando el drenaje por vía subperitoneal como lo habíamos aprendido en la operación del caso anterior, de acuerdo con las enseñanzas del Hospital de San Marcos. En el trabajo anterior presentado con el Dr. Albo, está explicado el motivo por el cual se debe drenar el subperitoneo pélvico por esta vía aconsejada por el Hospital San Marcos y no a través de contraincisión perineal, que podría determinar una fístula supraesfinteriana difícil de curar si fallara la sutura.

Terminamos la operación cerrando completamente la herida de laparotomía sin drenaje del Douglas.

La evolución de este paciente fue perfecta, sin el menor incidente, dando así plena justificación a la conducta que habíamos adoptado y que creemos se puede aconsejar como norma en todos los casos de empalamiento rectal con una herida neta que pueda ser abordada con absoluta claridad y cerrada con certeza de su hermetismo.