

Heridas de recto

Dr. CARLOS ITURO *

CONSIDERACIONES GENERALES

Las heridas de recto no son frecuentes. Se les ha dado una frecuencia que oscila entre el 3 y el 5 % entre todos los traumatismos y heridas abdominales (71).

Son graves por varios motivos, pero fundamentalmente por ser shockantes dada la rica inervación y la reflectividad de la zona; causar graves hemorragias por la importante red vascular que rodea al órgano y finalmente conducir a graves infecciones locales y regionales por el contenido hiperséptico de la ampolla rectal.

Desde el punto de vista funcional, las heridas rectales dejan frecuentemente un alto grado de secuelas: estenosis o incontinencia, procesos fistulosos crónicos, alteraciones de la fisiología y de la dinámica de la defecación, etc.

ETIOLOGIA Y ASOCIACIONES LESIONALES

Resulta dificultoso ordenar las múltiples causas que pueden herir el recto (cuadro 1).

Pueden considerarse heridas de adentro a afuera y de afuera a adentro.

Tiene poca importancia la esquematización de estos hechos, en cambio adquiere importancia la consideración de las posibles asociaciones lesionales (cuadro 2).

Es sumamente frecuente la asociación de heridas rectales con la de otros órganos pelvianos o abdominales. En las heridas de bala, por ejemplo, pueden lesionarse vísceras alejadas. Estas posibilidades complican enormemente la situación, sea desde el punto de vista del diagnóstico como de la terapéutica y ensombrecen notoriamente el pronóstico.

CONSIDERACIONES PATOLOGICAS

Por los hechos que venimos de enunciar y por la particular anatomía del recto (profun-

* Asistente de Clínica Quirúrgica (Fac. Med. Montevideo).

CUADRO 1

HERIDAS DE RECTO

ETIOLOGÍA	}	Empalamiento	}	Accidental
HERIDAS DE ADENTRO A AFUERA				Rectosigmoidoscopia
		Cánula de enema	}	Neumática
		Rotura por hipertensión		Hidroestática
HERIDAS DE AFUERA A ADENTRO	}	Empalamiento		
		Fracturas pelvianas - Esquirilas		
		Heridas de bala		
		Heridas anoperineales		
		Desgarros obstétricos		
	Iatrogénicas			

CUADRO 2

HERIDAS DE RECTO
ASOCIACIONES LESIONALES

Heridas urogenitales	}	Vejiga
		Uretra
		Vagina y Vulva
		Pene
		Uréter

FRACTURAS PELVIANAS

Vísceras abdominales	}	Intestino delgado
		Colon
		Mesos

LESIONES VASCULARES
DESGARROS MUSCULARES

Lesiones de Vísceras alejadas	}	Bazo
		Diafragma
		Fracturas: columna - miembros
		Ciego
		Uréter derecho
Lesiones neurológicas	}	Medulares
		Radiculares
		Periféricas

damente enclavado en la pelvis, rodeado de la caja ósea pelviana y vinculado al aparato génito urinario), las heridas de este sector tienen características que le son propias y que deben ser estudiadas.

Toda herida rectal debe considerarse como una parte de un complejo lesional regional (22). La topografía del recto y las posibles asociaciones lesionales conducen a este concepto.

La particular disposición del peritoneo y del fondo de saco de Douglas, hace que se deban concebir tres grupos de heridas: a) del segmento alto o peritoneal; b) del segmento medio o ampular; y c) del segmento esfinteriano.

La herida del segmento alto es una herida de un órgano intraperitoneal con proyección directa sobre el peritoneo. Las heridas del segmento ampular tienen proyección pelviana:

espacios celulosos que rodean al recto, complejo pelviano y hacia adelante el aparato genital y el polo inferior urinario en estrecha relación anatómica y funcional con el recto.

Las heridas del segmento perineal y esfinteriano con significado funcional vinculado a la especial función del esfínter anal.

Si agregamos a estos hechos la potencial capacidad séptica del contenido fecal, comprenderemos el por qué de la gravedad y de las dificultades inherentes al diagnóstico y al tratamiento de estas heridas.

ASPECTOS CLINICOS
Y DIAGNOSTICO

El cuadro clínico puede ser engorroso y estar enmascarado por la presencia de lesiones asociadas.

La lesión rectal puede ser única y centrar en ese sector toda la sintomatología o puede ser una más de un complejo lesional pelviano o pelviabdominal. En tal caso es necesario buscar prolijamente la posibilidad de una herida rectal por cuanto su desconocimiento puede conducir a graves procesos sépticos pelvi perinales o pelvi peritoneales de muy serio pronóstico cuando se inicia el tratamiento en etapas tardías.

La anamnesis adquiere aquí una especial jerarquía. No debe descuidarse ningún detalle del interrogatorio que en algunas situaciones puede ser sumamente dificultoso por el ocultamiento que hacen los enfermos de prácticas sexuales anormales (64).

El examen aporta datos valiosísimos.

En el sector abdominal buscar signos de peritonitis, fundamentalmente peritonitis pelviana y eventualmente neumoperitoneo.

En el polo urogenital puede encontrarse disuria, tenesmo vesical, semi erección peneana y a veces hematuria que puede poner de manifiesto una lesión vesical o uretral asociada.

Desde ya debemos destacar que el cateterismo vesical y la semiología urinaria forman parte inseparable del examen de un paciente en el que se sospecha una herida rectal.

El examen proctológico, por supuesto que es fundamental y aporta datos valiosísimos

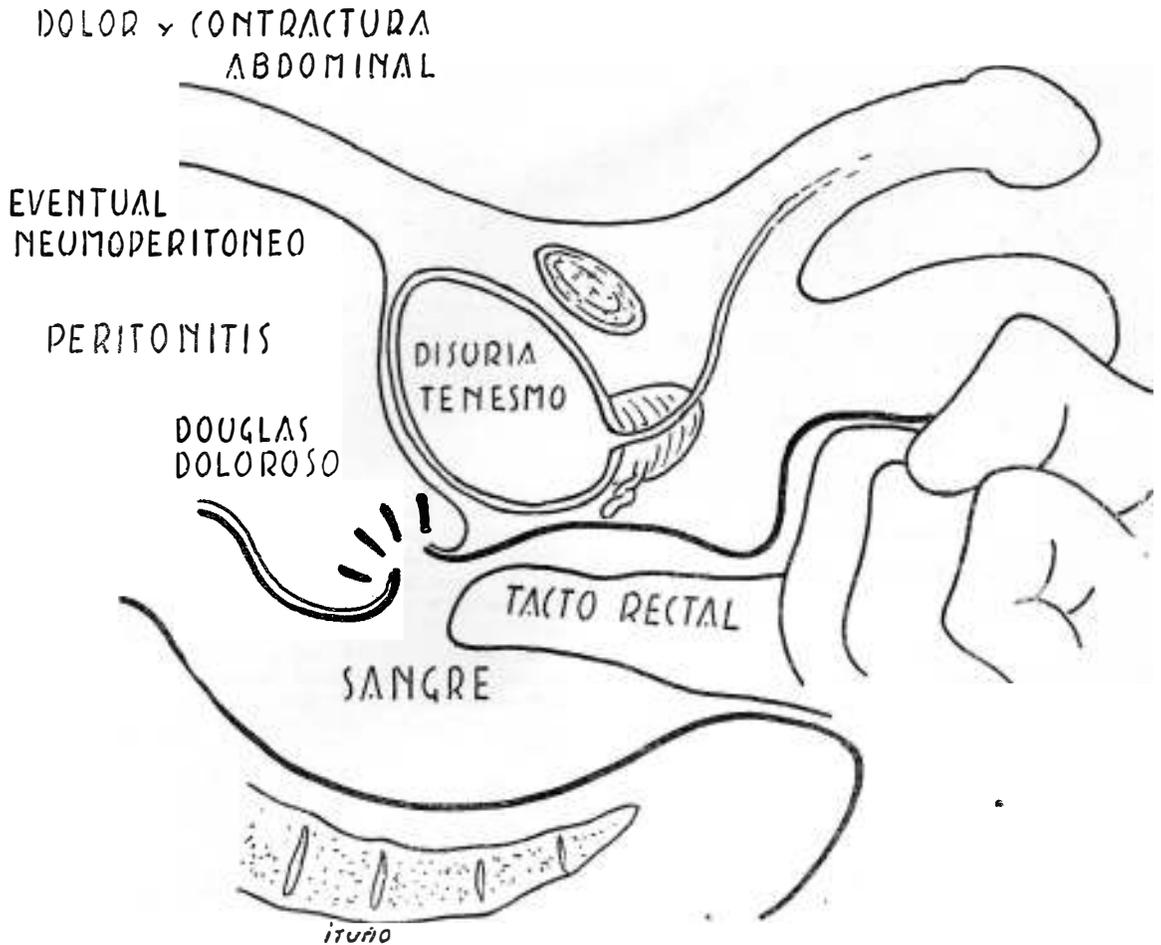


FIG. 1.—Herida de recto. Diagnóstico clínico.

que permiten certificar el diagnóstico de herida rectal.

El examen proctológico debe ser completo, lo más minucioso posible, aunque en una primera etapa no se deberá insistir y recoger sólo los datos que nos permiten establecer el diagnóstico positivo. El examen se completará con el enfermo anestesiado y en posición correcta. Entonces sí, el examen proctológico completo nos permite realizar una exacta evaluación de las lesiones, su topografía, su extensión, la participación de sectores vecinos y el estudio anatómico del aparato esfinteriano, de muy especial significado como veremos oportunamente.

La inspección se debe realizar en las mejores condiciones, con el enfermo sedado, en buena posición, con buena iluminación.

El tacto rectal recoge datos valiosísimos: dolor, aparición de sangre, dolor a la movilización, dolor en el fondo de saco de Douglas y permite muchas veces explorar directamente la herida (Fig. 1).

En las lesiones rectales bajas, ampulares y perineales, la inspección junto con la palpación, con el enfermo anestesiado y en posición ginecológica, permite realizar un prolijo exa-

men bajo visión directa. Importa en este caso evaluar perfectamente las posibles lesiones del aparato esfinteriano que requerirán una reparación anatómica perfecta y que no pueden pasar desapercibidas.

La endoscopia puede ser riesgosa y no está plenamente justificada. Puede hacerse sí, una rectoscopia baja, sobre todo con el enfermo anestesiado, lo que permite determinar la exacta topografía de heridas ampulares, medias o bajas.

La radiología puede mostrar un neumoperitoneo, de gran valor diagnóstico, a la vez que demuestra las posibles lesiones óseas asociadas.

Los estudios contrastados rectales están contraindicados dada la gravedad del pasaje del contraste baritado al peritoneo y a los ambientes celulares pelvianos (12).

La insuflación rectal con aire y posterior examen radiológico tampoco tiene justificación por cuanto maniobras mucho menos agravantes pueden hacer el diagnóstico.

El estudio radiológico del aparato urinario está plenamente justificado. Nos aporta datos sobre el estado de los uréteres, vejiga y uretra cuando se completa con una uretro-cistografía.

La puncion peritoneal puede ser demostrativa en las lesiones intraperitoneales, incluso se puede llegar al lavado peritoneal por paracentesis y estudiar el liquido obtenido y precisar la indicación operatoria sobre todo en los traumatismos cerrados abdominales o pelvianos (67).

En la mujer resulta obvio insistir en que un examen genital es obligatorio no sólo para despistar lesiones asociadas, sino porque completa la exploración de la pared anterior rectal.

Finalizamos este capítulo anotando que las heridas de recto en la gran mayoría de los casos forman parte de un complejo lesional regional y hay que buscar todas las posibilidades de lesiones asociadas.

La importancia de este estudio regional preoperatorio surge de la posibilidad de desconocer lesiones en el curso de la operación y de la necesidad del conocimiento integral para elegir vías de abordaje, directivas técnicas y aún conducta particular con el recto (22).

PRINCIPIOS TERAPEUTICOS

Planteamos en primer término los principios generales que rigen para este tipo de heridas, considerando secundariamente la conducta quirúrgica para cada tipo de lesión.

Tres principios deben de llenarse inexorablemente (22, 67):

- a) reconstrucción anatómica perfecta;
- b) drenaje de los espacios perirectales;
- c) reposo funcional del recto.

a) *Reconstrucción anatómica perfecta.*— De enorme jerarquía cuando se trata de heridas de los sectores perineal y anal que interesan al aparato esfinteriano.

El conocimiento pormenorizado de la anatomía del órgano y un riguroso examen lesional permiten adecuar la terapéutica al tipo de herida de que se trate.

La reconstrucción anatómica perfecta va vinculada al concepto funcional de este sector tan especial; el no cumplimiento de esta premisa puede dejar graves trastornos que conducen a un mal funcionamiento del esfinter, a una estenosis o a una incontinencia.

b) *Drenaje de los espacios perirectales.*— Tienen por objeto evitar la formación de colecciones serosas, hemáticas o purulentas, de enorme gravedad. El agente agresor destruye láminas y comunica espacios que pueden llevar las colecciones a otros territorios, lo que justifica su avenamiento al exterior (22).

Por otra parte, la cicatrización por fibrosis de los espacios de deslizamiento perirectales, de gran valor en la fisiología de la defecación trae aparejadas graves consecuencias en la dinámica del recto por lo que se debe evitar a toda costa la formación de estas colecciones que conducen inexorablemente al bloqueo por fibrosis de dichos espacios.

c) *Reposo funcional del recto.*— Conlleva implícito el concepto de evitar el tránsito de materias por la luz rectal permitiendo una correcta cicatrización de la herida. Se logra por medio de una colostomía iliaca

CONDUCTA QUIRURGICA

Con un criterio esquemático se pueden dividir las heridas rectales en dos grupos: heridas simples y heridas complejas.

Simple son las heridas únicas, sin asociación lesional, puntiformes, bien determinadas, regulares y fácilmente abordables, de tal modo que una simple sutura y drenaje retrorectal puede ser suficiente.

En cambio las heridas complejas, amplias, desgarrantes, que afectan un sector importante del órgano, o de difícil acceso quirúrgico, o que participan de un complejo lesional pelviano, o están ubicadas en sectores de difícil acceso, requieren cumplir con las tres directivas que anotábamos anteriormente: sutura, drenaje retrorectal y colostomía iliaca (Fig. 2).

En circunstancias excepcionales, dada la topografía de la herida o la gravedad del enfermo por la asociación de otras lesiones o frente a un enfermo evolucionado con procesos supurados perirectales, puede estar indicado renunciar a suturar la herida realizando sólo una colostomía iliaca y los drenajes necesarios de los espacios perirectales.

Si se trata de una herida grave, con pérdida de sustancia, desgarrante, de la unión recto sigmoidea o del recto intraperitoneal y que compromete el meso y por ende la vascularización, procede realizar una resección con anastomosis término terminal y colostomía proximal de derivación.

Las heridas pequeñas, rectales bajas, perineales o esfinterianas, pueden tratarse simple-

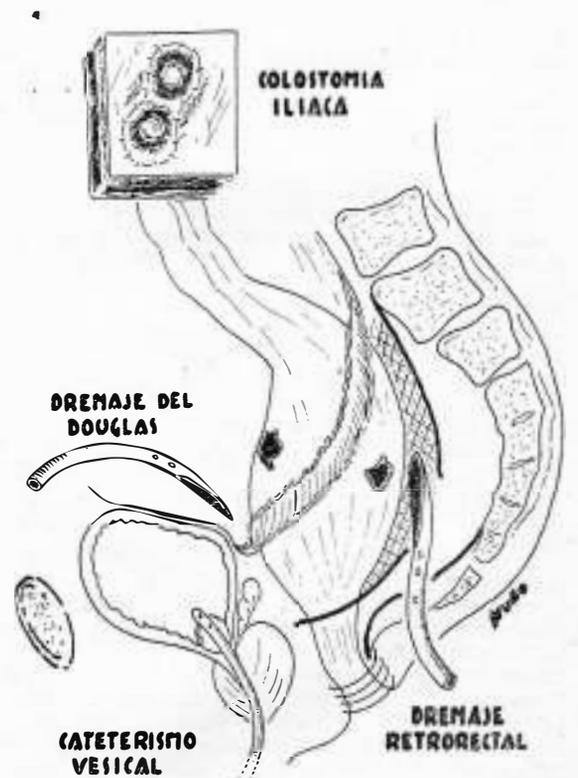


FIG. 2.— Tratamiento quirúrgico de una herida de recto.

mente con una regularización de la herida y sutura, completando la terapéutica con una desgravación endoanal.

La conducta frente a la herida en sí puede resumirse en: abordaje adecuado a la topografía de la herida y tratamiento de la herida propiamente dicha.

La sutura de la herida se hará previa regularización de los bordes, resecaando los tejidos necrosados o alterados o de dudosa vitalidad.

Hacemos un plano a puntos separados con material no reabsorbible y si hemos hecho un abordaje peritoneal, hacemos un segundo plano sero muscular también a puntos separados pero con hilo no reabsorbible.

MEDIDAS PREOPERATORIAS

El herido rectal es en potencia un shockado y un infectado desde el primer momento.

Combatir el shock si está presente o prevenirlo, será el primer gesto terapéutico.

Sedación psíquica, sedación del dolor y reposición sanguínea si el estado general del enfermo lo requiere.

Cateterismo vesical desde el inicio para detectar lesiones del aparato urinario, para prevenir la retención de orina y para el control de la diuresis horaria.

Antibióticos de amplio espectro y a grandes dosis.

Seroterapia antitetánica y antigangrenosa para cubrir la eventualidad de las gravísimas complicaciones por contaminación a anaerobios.

CONDUCCION DEL ACTO QUIRURGICO

Anestesia general o epidural para permitir un examen completo a fin de tener el mejor inventario lesional y poder exponer sin dificultades la zona herida. Jamás empleamos anestesia local salvo en pequeñas heridas anales.

La posición operatoria será la ginecológica o de litotomía, con buenas pierneras y con la mesa en ligero Trendelenburg. Se logra así una buena exposición del periné y permite el abordaje abdominal cómodo.

Se recomienda para esta posición un campo operatorio similar al de Kelly, que tome ambos miembros inferiores y cubre la pelvis y el abdomen, todo en un campo único, fenestrado en el periné y con una ranura longitudinal en el abdomen para la laparotomía mediana. Se obvia así la engorrosa maniobra de campos separados que nunca cubren bien y que se desplazan permanentemente durante el acto operatorio.

Insistimos en la necesidad de que el equipo quirúrgico sea un equipo entrenado. El cirujano que aborda una herida de recto debe conocer lo que tiene entre manos. Comparados con Larghero (56) el criterio de que si no se tienen a mano los elementos necesarios o no se cuenta con un equipo entrenado, puede ser más beneficioso para el enfermo resolverle los problemas más urgentes y diferir el acto operatorio unas horas hasta contar con todo lo necesario para brindarle al paciente la mejor asistencia.

TRATAMIENTO DE LA HERIDA

Tratar una herida rectal significa tener una amplia exposición a fin de alcanzar la herida cómodamente para realizar una reparación irreprochable.

El abordaje abdominal por laparotomía mediana infraumbilical logra una buena exposición para las heridas de los sectores altos y ampulares medios.

Indiscutible es este abordaje si se sospechan lesiones asociadas de otros órganos intraperitoneales o vesicales.

La exposición de la cara anterior rectal se hace penetrando a través del fondo de saco de Douglas en el espacio interpróstato rectal. Se puede intentar la sutura de este sector, lo que resulta siempre difícil. El drenaje prerrectal se hace con una lámina de goma que se saca por el ano.

La exposición de la cara posterior se hace penetrando en el retroperitoneo por sección peritoneal a nivel del promontorio.

Puede obtenerse una información indirecta observando el tejido célula-linfo-adiposo del pedículo hemorroidal: enfisema o infiltración hemática denuncian una herida de la pared rectal posterior.

En esas circunstancias se deben explorar ambos uréteres y examinar su integridad.

Las lesiones de la pared posterior baja, o las heridas del sector perineal, si se tiene la certeza de que no hay lesiones intraperitoneales asociadas, pueden abordarse por vía perineal.

Se puede ir directamente a la herida si es ano rectal o abordar por vía látero coccígea para las heridas posteriores bajas (Fig. 3).

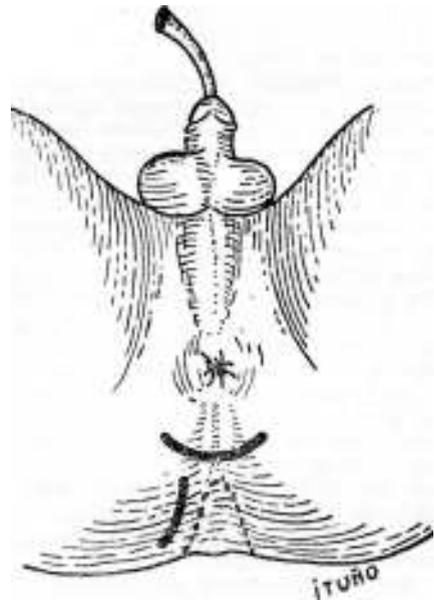


FIG. 3.—Vía de abordaje posterior para el drenaje retrorectal. Vías látero coccígea y pre coccígea: transversa y arciforme.

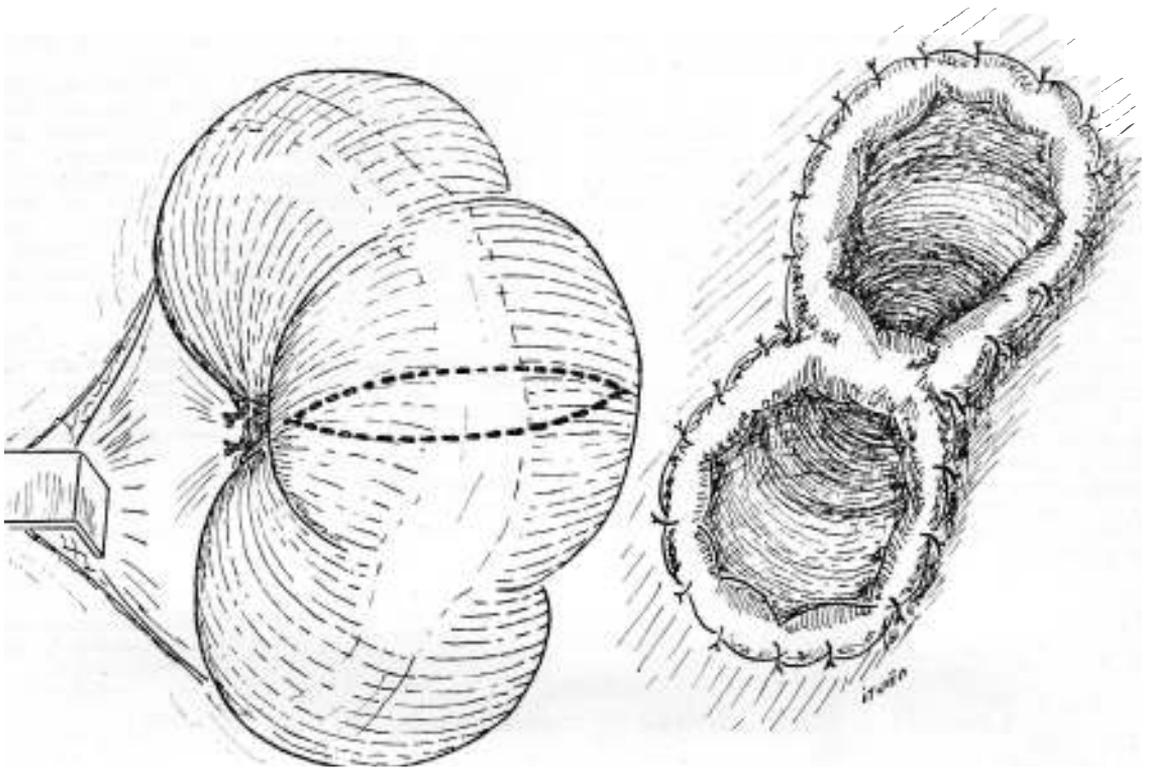


FIG. 4.— Colostomía iliaca en asa - plana. Campbell - Turbull.

El sector ano perineal merece una atención especial. Se debe operar con criterio plástico y funcional (22).

Amplia exposición de la herida, lavado profuso, extracción de coágulos, cuerpos extraños y tejidos desvitalizados.

La reparación en sí deberá hacerse con un criterio de anatomización perfecta, plano por plano comenzando por el elevador y luego por el esfínter. Afrontamiento muscular perfecto. Sutura con hilos finos. Evitar los espacios muertos proclives a la formación de colecciones, temibles siempre por su grave evolución.

La mucosa se suturará cuidadosamente con material reabsorbible cuidando el afrontamiento de las estructuras que la componen, fundamentalmente la línea cripto papilar. La sutura mucosa, en lo posible debe ser hermética.

DRENAJES PERIRRECTALES

En las lesiones subperitoneales encuentran indicación indiscutible.

En las lesiones que interesan el sector peritoneal del recto, se imponen los drenajes peritoneales adecuados: del Douglas, de la fosa iliaca izquierda.

En las lesiones combinadas, en donde el recto se encuentra lesionado en sus dos sectores, abdominal y pelviano, está indicado drenar el Douglas y drenar los espacios retrorrectales (Fig. 2).

Pero es en las lesiones subperitoneales donde encuentran su máxima indicación los grandes drenajes retrorrectales.

Drenaje retrorrectal.

Es el drenaje que por vía perineal posterior drena los espacios celulosos retrorrectales.

La vía de penetración es perineal posterior (Fig. 3), látero cóccigea, longitudinal, a dos centímetros del borde del cóccix o precóccigea, transversa o arciforme, a un centímetro por delante de la extremidad ósea.

Por esta vía se llega primero al plano del elevador que debe atravesarse para llegar a los dos espacios retro rectales: alto y bajo.

Esta división está dada por dos láminas de sostén perfectamente individualizables: la hoja precóccigea de Waldeyer que limita por debajo el espacio retro rectal bajo y la hoja presacro o ligamento sacro rectal que limita por debajo el espacio retro rectal alto (Fig. 2).

La primera o ambas hojas deben ser atravesadas para lograr el drenaje del espacio retro rectal bajo o alto.

Para llegar al espacio retro rectal alto necesitamos la vía combinada abdómino perineal. Una vez penetrados en el espacio presacro por vía abdominal, se aborda por vía perineal atravesando el elevador y la hoja precóccigea de Waldeyer; con un instrumento curvo se sigue la curvatura del sacro y con la mano abdominal se le guía hasta la lámina presacro que se sec-

ciona por arriba, logrando de este modo una amplia comunicación entre el espacio retro rectal alto y el exterior a través del periné posterior.

Drenamos habitualmente con tubo de goma cortado en media caña (FIG. 2). También puede usarse con éxito una lámina corrugada de goma fuerte, ancha, bien ubicada. La incisión debe ser amplia, de tal modo que los drenajes no queden apretados por los tejidos que se retraen.

REPOSO FUNCIONAL DEL RECTO

Se logra por la supresión del tránsito de materias por medio de una colostomía de desfuncionalización.

Se obtiene así un aislamiento de la sutura, se evita la contaminación si la sutura no es absolutamente hermética (condición no imprescindible en un recto destransitado).

La colostomía debe ser iliaca porque su situación distal es la que más se aproxima a lo fisiológico: evacúa materias formadas y es

de más fácil manejo. Deja por debajo un cabo intestinal corto que permite lavados diarios con suero fisiológico y antisépticos.

Utilizamos habitualmente la colostomía iliaca plana de Campbell - Turnbull (16, 98) (FIG. 4), de fácil ejecución, que destransita casi completamente desde el primer momento.

Como medida complementaria puede utilizarse la desgravitación endo anal por cualquiera de los tres métodos: dilatación anal, tubo endo anal o esfinterotomía posterior. Pretenden anular el mecanismo esfinteriano que crea con su cierre una hipertensión en la ampolla.

Nos inclinamos por una dilatación digital anal moderada que puede complementarse con tactos rectales diarios para evitar la hipertoniá del esfínter.

No utilizamos el tubo endoanal que actúa como cuerpo extraño y provoca molestias a veces intolerables.

La esfinterotomía posterior no la utilizamos jamás, puede dejar grandes secuelas muy difíciles de tratar posteriormente.

Complicaciones tardías y secuelas de la cirugía anal

Dr. LUIS PRADERI *

En nuestro medio, las complicaciones tardías y secuelas de la cirugía anal por afecciones benignas, no son de gran frecuencia felizmente (38), pero no por ello dejan de ser importantes, pues algunas son muy difíciles o aún imposibles de curar.

Como ya se ha dicho, la cirugía de las regiones esfinterianas, exige conocimientos y tácticas precisas, pues la ruptura de sus delicados mecanismos suele ser muy difícil de restaurar ad-integrum.

Las complicaciones tardías más comunes, en una rápida enumeración, son: *recidiva del proceso* (fístulas, hemorroides, etc.), *retardo de cicatrización*, *anitis*, *fisuras*, *prurito*, *plicomas* y *sicopatías*.

Entre las secuelas se destacan además del *prolapso mucoso*, dos que por su trascendencia y su difícil corrección son las más importantes: *las estenosis* y *las incontinencias anales*.

En este estudio analizaremos las que consideramos de mayor entidad y de más compleja etiopatogenia y tratamiento. Una vez más repetimos el concepto de que *el tratamiento más efectivo es el profiláctico*.

Hemos reunido las causales más frecuentes de las complicaciones tardías y secuelas, y son *en su mayoría iatrogénicas* (49).

La cirugía anal es realizada: 1) sin los conocimientos anatómo-funcionales básicos; 2) ignorando la teoría de la táctica y técnica ope-

ratoria; 3) sin adecuada y correcta semiología; 4) en forma ligera y descuidada, desconociendo la trascendencia de actos y gestos quirúrgicos; 5) abandonando el postoperatorio; y 6) sin un diagnóstico exacto.

Retardo de cicatrización.— Así llamamos a la persistencia de un área granulante, secreta, con una infección latente, punto de partida de otras complicaciones más graves como anitis (ano húmedo, anitis pruriginosa), estenosis e incontinencias parciales.

Cuando persiste esta área, más allá de los plazos comunes de cicatrización, el cirujano debe investigar, si ya no lo ha hecho en el preoperatorio, afecciones generales como diabetes, trastornos nutricionales, hepatopatías, tuberculosis, Nicolás y Favre, etc. (89). Aun en presencia de estas afecciones, muchas veces la cicatrización es normal.

Otras veces es la existencia de afecciones anorrectales ignoradas, como focos de infección (91), hemorroides residuales. Por lo general esta complicación a la cual el enfermo no da mayor entidad, responde a la cirugía de las fisuras y las fístulas (1); las resecciones muy amplias en fístulas complejas, las dehiscencias de suturas o la retracción de la mucosa o la piel, invaginando sus bordes, formando recesos o bolsillos donde se acumulan las secreciones, o a defectos de técnica (1a). Debe entenderse muy bien que no siempre las incisiones y las resecciones por ser más amplias tardarán mayor tiempo en cicatrizar.

Las resecciones deben extirpar todo el tejido enfermo, seccionando en zonas sanas, y

* Profesor Adjunto de Cirugía (Fac. Med. Montevideo).