CIR. DEL URUGUAY, V. 49, Nº 1: 70-73, enero/febrero 1979

Lesiones viscerales múltiples por hipertensión abdominal por esfuerzo

Dres. Roberto L. Estrugo, Héctor Geninazzi y Gunther Müller

Se presenta un caso de peritonitis aguda y hemoperitoneo secundario a lesiones viscerales múltiples por hipertensión abdominal debida a esfuerzos bruscos reiterados. Se efectúan consideraciones sobre la etiología y el mecanismo patogénico. Se destaca el éxito terapéutico.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Abdomen / Abdominal / Injuries.

Se presenta un caso de lesiones viscerales múltiples intraabdominales como consecuencia de un esfuerzo violento y brusco.

El interés de la presentación radica en señalar este mecanismo como posible dentro de las lesiones viscerales y contribuir a la casuística nacional.

OBSERVACION CLINICA

Paciente de 27 años, sin antecedentes patológicos previos salvo constipación habitual. A la hora 16, en ocasión de un esfuerzo violento y reiterado, comienza con dolor abdominal intenso.

Subido a una silla y mientras desenroscaba la roseta del duchero, pierde el equilibrio. En el intento de recuperar su posición vertical presenta un dolor abdominal intenso que no pudo topografiar.

Minutos después, evacúa su intestino. El esfuerzo de la defecación es intenso y requiere maniobras digitales para la extracción de un fecaloma (constipado habitual).

En tal circunstancia se intensifica su sufrimiento que se acompaña de mareos, sudoración fría, palidez y palpitaciones.

Pasa 4 hrs., aproximadamente, en su domicilio; pese a los calmantes no logra aliviar su sufrimiento por lo que el médico lo envía a Sanatorio con una orden de ingreso que dice: "Pase a Cirujano de Urgencia; cuadro agudo de vientre postesfuerzo; dolor y defensa generalizada. No vómitos".

Examen: Lúcido doloroso 37,5°C. axilar, 38°C. rectal, 100 p.p.m., P. A. 110/90, palidez cutánea pero no mucosa; respiración contenida. Abdomen: moderadamente globuloso sin cicatrices operatorias. No hay evidencias de traumatismo exterior. No hay movilidad respiratoria, dolor difuso espontáneo.

A la palpación duele difusamente; se aprecia contractura generalizada con las características de "vientre en tabla". Macidez hepática conservada, Traube normal. Fosas lumbares libres. Ruidos hidroaéreos escasos.

Pleuropulmonar: clínicamente normal.

Cardiovascular: tonos bien golpeados, ritmo regular de 100 p.p.m. sin ruidos agregados.

Tacto rectal: a la inspección ano y perineo sin evidencias de lesión exterior. Canal anal normal. Ampolla libre sin materias. Douglas intensamente doloroso, no ocupado.

Diagnóstico clínico primario: peritonitis difusa aguda por perforación de víscera hueca, probablemente rectosigmoide, por cuerpo extraño introducido por vía anal. Se coordina para intervención quirúrgica.

La radiografía simple de abdomen muestra: 1) ausencia de neumoperitoneo; 2) presencia de gases en intestino delgado con algunos niveles en la posición de pie.

Intervención: Hora 22.30 (90 minutos después del ingreso). Anestesia general. Incisión: mediana infraumbilical. Abierto peritoneo, se comprueba escasa cantidad de sangre con coágulos. Se observa escaso exudado, no se observan materias fecales. *Estallido incompleto de sigmoide* en tres sectores con desgarro seromuscular, anfractuoso y decolamiento submucoso; la mucosa está totalmente sana. *Desgarro extenso del mesosigmoide* en continuidad con la lesión visceral; ese desgarro es el origen del escaso hemoperitoneo que se encontró. Sutura del sigmoide (capa seromuscular) a puntos separados con lino. Hemostasia a nivel del mesosigmoide por medio de sutura a puntos separados con lino. *Pequeño desgarro del peritoneo del fondo vesical* con muscular conservada; sutura con puntos separados de lino. *Desgarro seromuscular* de *colon transverso* en la unión de sus dos tercios proximales con el tercio distal; peritonización a puntos separados de lino.

Estallido completo de yeyuno en la proximidad del ángulo duodenoyeyunal con una perforación de 1 cm. de diámetro, en el borde antemesentérico; existe protrusión mucosa; escaso líquido intestinal en peritoneo próximo.

Cierre en 2 planos con lino a puntos separados.

Estómago y resto del intestino delgado y colon intactos; vesícula tensa sin cálculos. Hígado y bazo sanos. Lavado peritoneal, control de hemostasia. Drenaje del Douglas con tubo de látex que se extrae por contraabertura en Fosa Ilíaca izquierda. Se deja 1 gramo de Kanamicina intraperitoneal.

Cierre por planos y puntos totales de nylon.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 7 de junio de 1978.

Residente de Cirugía y Médicos Auxiliares de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Rivera 5716, Montevideo (Dr. R. Estrugo).

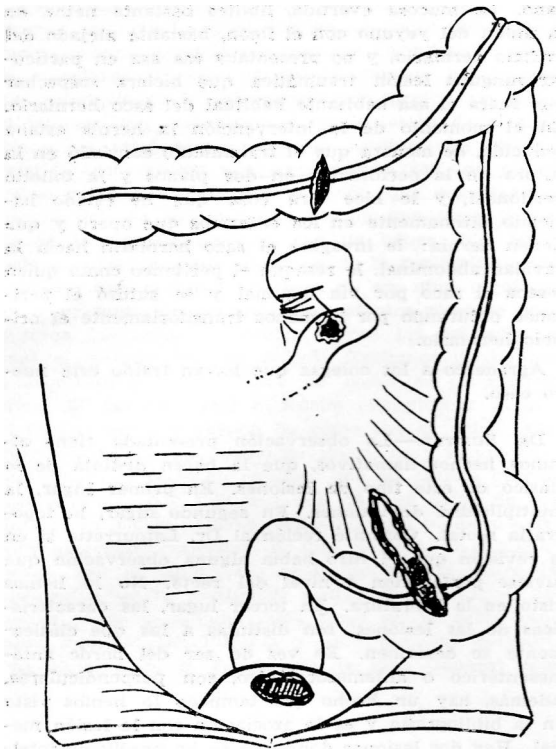

FIG. 1.— Esquema de hallazgos operatorios. Desgarro seromuscular de colon transverso y sigmoide. Desgarro de mesosigmoide, techo vesical y perforación completa de delgado.

Evolución: Satisfactoria; se retiró la sonda nasogástrica al cuarto día. Buena tolerancia digestiva; expulsa gases y materias al cuarto día; 24 hrs. más tarde se retira el drenaje. Herida seca y limpia. Alta con control en policlínica.

COMENTARIOS

Del análisis de la historia clínica surgen hechos que conviene destacar: el comienzo brusco del cuadro y su intensidad manifiesta nos lleva a pensar en un accidente perforativo. El examen nos muestra un paciente febril, taquicárdico, pálido, con polipnea superficial y con vientre en tabla Tal síndrome nos lleva al diagnós ico de peritonitis difusa aguda.

Planteado este diagnóstico, sólo cabe el tratamiento quirúrgico de urgencia. Las especulaciones teóricas sobre el origen probable de esta peritonitis sólo caben a los efectos de decidir el emplazamiento de la incisión operatoria. En última instancia, la incisión mediana resuelve el problema de la falta de diagnóstico etiológico previo.

Según se desprende de la anamnesis, la instalación de una peritonitis en un paciente sin antecedentes previos y el máximo dolor en F. Izquierda nos descartaba en primera instancia las causas más frecuentes: apendicitis aguda, ulcus gastroduodenal perforado.

El máximo de dolor en la fosa ilíaca izquierda orientaba hacia la lesión colónica; por la juventud del paciente descartamos la sigmoiditis aguda perforada. Asimismo investigamos la ingestión accidental de huesos o espinas. Se señala como datos negativos de valor la ausencia de traumatismo previo y de hernia.

Como elementos positivos se destaca la vinculación directa entre el esfuerzo y la instalación del cuadro peritoneal Por otra parte resultaba sospechoso las maniobras digitales para extracción de un fecaloma en un individuo joven, lo que hizo pensar en la introducción de un cuerpo extraño por vía anal.

Vistos los hallazgos operatorios, se justifica plenamente la vinculación del cuadro peritoneal con el esfuerzo, y el máximo de intensidad del dolor en el hemivientre izquierdo.

El mecanismo de producción de las lesiones multiviscerales del paciente que presentamos fue la hipertensión abdominal brusca por esfuerzos reiterados a glotis cerrada. Tal hipertensión resultó del violento esfuerzo para mantener el equilibrio seguido luego del pujo defecatorio para evacuar un fecaloma. Esto acontece en un paciente con poderosa musculatura abdominal.

En nuestro medio varios trabajos se ocupan del tema, pero es Latourrette quien en una importante revisión de 70 casos titulada "Perforaciones espontáneas en intestino sano", destaca que las situaciones observadas con mayor frecuencia son el levantamiento brusco de un peso y el esfuerzo defecatorio.

Generalmente se trata de la transmisión de la hipertensión abdominal al contenido de una hernia resultando lesionado en un 50 % de los casos el intestino delgado y en un 30 % el intestino grueso.

Nuestro caso tiene, por lo tanto, de particular dos cosas. En primer lugar, no era portador de hernia. En segundo lugar, presentaba, además, lesiones diversas con compromiso de varias vísceras agrupadas en dos sectores separados de la cavidad abdominal. Hacia abajo, el desgarro del mesosigmoide origen del hemoperitoneo, continuado por una efracción seromuscular del colon y del peritoneo vesical vecino.

En el sector alto, una lesión similar del colon transverso sin compromiso mucoso ni del meso, asociado a un estallido de un asa yeyunal vecina, ésta era la causa de la peritonitis.

Destacamos que ningún sector del intestino tenía patología previa.

RESUME

Hipertension abdominale par effort. Lésions viscérales multiples

On présente un cas de péritonite aigue et hémopéritoine à consquence de lésions viscérales multiples par hipertension abdominale due à des efforts brusques et réitérées.

On étude l'étiologie et pathogénie, on souligne le succès thérapeutique.

SUMMARY

Multiple visceral lesions due to abdominal hypertension caused by effort

A patient presented acute peritonitis and hemoperitoneum, secondary to multiple visceral lesions, caused by abdominal hypertension due to reiterated abrupt effort. Etiology and pathogenic mechanism is discussed. Therapy was successful.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CAMAÑO MC, AMORIN CAL R. Contusión abdominal en portador de hernia inguinal. Rotura del intestino delgado. *Rev Cir Urug*, 39: 48, 1969.
2. LATOURRETTE F. Rotura espontánea de colon. Peritonitis difusa. *Rev Cir Urug*, 35: 47, 1965.
3. LATOURRETTE F. Las perforaciones en intestinos sanos. Perforación por esfuerzo, llamada espontánea. *Rev Cir Urug*, 36: 123, 1966.

DISCUSION

DR. VALLS.— Yo cuando presento el esquema del muñeco con la caída, estaba mirando que el respaldo de la silla pudo haber dado contra el abdomen y que el enfermo no se haya dado cuenta. A lo que se sumó la hipertensión abdominal e hizo que hubiera tensión del delgado para arriba y estallara en un lugar donde el ángulo de Treitz puede ser un obstáculo a ese nivel y producirse la máxima presión y colaborar con la distensión de las vísceras abdominales en la provocación de la lesión. En ese momento que el enfermo se cae no se va a acordar más de ese detalle posiblemente. Eso era lo que quería decir.

DR. LATOURRETTE.— Yo creo que es muy interesante el caso que traen los consocios y tiene de interés fundamentalmente el hecho de las lesiones viscerales múltiples. En la revisión que yo hice, de la casuística mundial más de 5 casos que presenté en la Sociedad de Cirugía; las lesiones por estallido, por el supuesto mecanismo del esfuerzo, son lesiones únicas, en intestinos sanos, condición fundamental para llamarles rupturas espontáneas a estas lesiones intestinales. Es interesante digo, la presencia de leiones viscerales múltiples por este mecanismo, porque si bien es cierto que uno cuando opera una peritonitis por perforación, en general explora todo el intestino, después de ver esta observación con más razón es imprescindible hacer un inventario lesional completo de todo el tubo digestivo. A propósito y como son a veces las casualidades, en mi guardia del Hospital de Clínicas en el día de ayer, operé un nuevo caso de perforación yo creo que también espontánea. Un hombre de 71 años portador de una hernia inguinal izquierda, de hacía 6 meses, que tenía una lesión de rodilla además que lo hace caminar con dificultad, va caminando e introduce el pie en un desnivel del terreno y trastabilla y al caer hacia una cuneta, siente un dolor abdominal que él muy gráficamente dice: "Se me rompió algo adentro de la barriga". Y efectivamente llegó con una peritonitis difusa. Conociendo el caso, le hicimos una radiografía que mostró un gran neumoperitoneo bilateral, a tal punto que yo pensé que la perforación era de sigmoides por la cantidad de aire que había. Lo operamos y tenía una perforación con las características de las perforaciones del intestino sano. La mucosa evertida, límites bastante netos, en la unión del yeyuno con el íleon, bastante alejado del orificio herniario, y no presentaba esa asa en particular ninguna lesión traumática que hiciera sospechar que fuera el asa habitante habitual del saco herniario. En el momento de la intervención la hernia estaba reducida, de manera que el tratamiento consistió en la sutura de la perforación en dos planos y la toilette peritoneal, y le hice otra cosa que he estado haciendo últimamente en los enfermos que opero y que tienen hernia: le invaginé el saco herniario hacia la cavidad abdominal, le resequé el peritoneo como quien reseca el saco por vía inguinal y se suturó el peritoneo obturando por lo menos transitoriamente el orificio herniario.

Agradezco a los colegas que hayan traído este nuevo caso.

DR. SUIFFET.— La observación presentada tiene algunos hechos llamativos, que la hacen distinta de lo clásico de este tipo de lesiones. En primer lugar, la multiplicidad de lesiones. En segundo lugar, la topografía rectal. Consulté recién al Dr. Latourrette si en la revisión que él hizo había alguna observación que tuviese perforación a nivel del recto. No lo hemos visto en la literatura. En tercer lugar, las características de las lesiones, son distintas a las que clásicamente se describen. En vez de ser del borde antemesentérico o antemesocolónico, son perpendiculares. Además, hay un hecho que tampoco lo hemos visto en la bibliografía y es la asociación con la lesión mesial. Hay dos lesiones donde no se ha producido totalmente la lesión de todas las capas sino solamente de la seromuscular. Desde luego, que esto no invalida la posibilidad de que ese haya sido el mecanismo de la lesión, porque habitualmente cuando se observa, ya está constituida y entonces la mucosa está evertida. De la misma manera, cuando se produce la perforación diastásica del colon en la oclusión cerrada, puede estar conservada la mucosa y la seromuscular abierta. Pero en esos casos, la seromuscular se abre a lo largo de las bandeletas y no perpendicularmente a la dirección del eje del intestino. Es decir que es una observación muy particular. Ni que hablar que los autores lo habrán pensado para encasillarla en este mecanismo patogénico, el cual es aceptable, pero discutible. Cuando el comunicante dijo que habían tenido dudas de la posibilidad de un cuerpo extraño rectal, lo que después fue descartado, recordamos un caso. Operamos un paciente hace muchos años con un trauma por cuerpo extraño introducido por el ano. Presentaba peritonitis por una lesión rectal de la cara anterior del recto peritoneal, inmediatamente por encima del fondo de saco de Douglas, una lesión exactamente igual a la del caso presentado, a nivel del sigmoides y una contusión de la primer asa yeyunal, por un objeto introducido a través del recto. La posición del sigmoides caído en el Douglas facilitó la lesión de la pared sin perforarlo totalmente. Cuando vi el diapositivo, pensé que el transverso debía estar más bajo que en el dibujo y podría ser también lesionado por cuerpo extraño. Después, fue aclarado que no había ninguna causa de esa naturaleza. De cualquier manera, no planteamos reparos a la interpretación, pero hay elementos que no son los que habitualmente se producen por este mecanismo.

Muy interesante la observación presentada.

Dr. Geninazzi.— Lo que manifestó el Dr. Latourrette, es muy importante en el sentido de hacer una exploración exhaustiva cada vez que nos encontramos frente a lesiones de esta naturaleza, porque fue lo que nos aconteció en la intervención quirúrgica, es decir, lo primero que encontramos fue la lesión de sigmoides y de meso sigmoides, y a medida que progresaba la intervención nos encontramos con una nueva lesión y finalmente la última lesión que encontramos fue la del asa yeyunal que era la que tenía perforación incluyendo mucosa, que de haber sido ignorada hubiera persistido la causa de la peritonitis. Por supuesto que nosotros tratamos de ser muy objetivos en la presentación del caso, presentamos cómo se produjeron los hechos y cuáles fueron los hallazgos y cuál el método que se utilizó. Tratamos de no ser interpretativos en la forma de como se produjeron ellos. El esquema sólo intentaba ejemplificar lo que el propio paciente refería de cómo fue su caída. Era muy categórico, un muchacho joven, muy lúcido además, era muy claro en explicar que no recibió ningún traumatismo (por supuesto que en una caída de esa naturaleza podría haberlo recibido), pero tampoco existían evidencias externas de que hubiera un traumatismo. Por lo tanto, la vinculación directa entre la instalación de la peritonitis difusa aguda con el esfuerzo no cabe ninguna duda como no le cabía ninguna duda al Dr. Pitamiglio (que también colaboró con nosotros en la realización de este trabajo) que fue el médico de urgencia que envió a este paciente y para los que lo vimos antes y luego de la intervención y de acuerdo al interrogatorio al que sometimos al paciente después de haber sido intervenido para tratar de aclarar las mismas dudas que aún hoy tenemos y que es lógico que así haya quedado hoy en el ambiente. No queríamos ser interpretativos pero había una cosa que nos llamaba la atención, si Uds. recuerdan el esquema, las lesiones estaban agrupadas en dos sectores: dos sectores alejados de lo que sería la zona de máximo impacto en el momento en que el paciente pierde el equilibrio y trata de recuperarlo bruscamente con un movimiento inverso, y lo que uno veía en el abdomen era como si una verdadera onda expansiva hubiera recorrido desde el centro hacia la periferia tomando dos sectores: uno el sector meso sigmoides y colon sigmoides con el peritoneo supravesical, eran exactamente vecinos, se aponían en ese lugar, y lo mismo con el colon transverso que se aponía a la primer asa yeyunal próximas al ángulo duodeno - yeyunal que lo fijaba. Interpretar como el esfuerzo determina la transmisión de presiones intraabdominales para producir esa lesión, bueno, no quisimos entrar en eso. Tratamos de que el título reflejara realmente lo que nosotros queríamos expresar. Encontramos "lesiones viscerales múltiples post-esfuerzo", ese fue el cuadro y así lo mencionamos.

Agradecemos a todos los comentarios y la atención prestada.