

PERFORACION DE SIGMOIDES POR CUERPO EXTRAÑO INGERIDO*

Drs. Carlos A. Bortagaray y Antonio De Fino
(Salto)

En la bibliografía a nuestro alcance no hemos podido encontrar ningún caso similar a este que hoy presentamos, por lo que creemos interesante hacer su relato con fines casuísticos. Se trata de un enfermo de nuestra clientela privada.

F. M. oriental, 58 años.

Antecedentes personales: Operado de hernia inguinal derecha hace tres años; por lo demás, ha sido siempre muy sano.

Enfermedad actual: El día 26 de mayo, después de almorzar, sintió dolores agudos en la región hipogástrica, irradiados luego a ambas fosas ilíacas, pero predominando, sobre todo, en la fosa ilíaca derecha. Tuvo algunas náuseas.

Examinado a la hora 18 se comprueba: Temperatura 38, pulso 94, buen estado general, lengua saburral, vientre con discreta limitación a los movimientos respiratorios.

A la palpación se provoca dolor intenso en la fosa iliaca derecha en el punto Mac Burney, donde hay también defensa discreta. También le duele la fosa izquierda, aunque con menos intensidad.

Tacto: rectal: Douglas doloroso aunque no parece ocupado.

Se ordena una leucocitosis que da 15.000 glóbulos blancos.

Se decide la intervención con el diagnóstico de apendicitis aguda, aunque llama la atención la iniciación con el dolor brusco en el hipogastrio y fosas ilíacas.

Intervención: Doctores Bortagaray y De Fino.

Anestesia general: Eter 02, Dr. Irigoyen.

Mac Burney: Al abrir el peritoneo sale líquido purulento, se exterioriza el ciego observándose que el apéndice no presenta

* Esta comunicación fué presentada en la sesión del 14 de setiembre de 1949.

lesiones que justifiquen la presencia de pus libre. A la exploración se comprueba que el líquido viene, sobre todo, de la fosa ilíaca izquierda y del Douglas; se coloca un separador ancho de Finochietto y se puede palpar en el sigmoide una tumoración pequeña, que da la sensación de cuerpo extraño. Se hace apendicectomía y se cierra la incisión.

Se hace en seguida una incisión de Mac Burney izquierda exteriorizándose el sigmoide, en el que se encuentra, sobre su parte más baja, un pequeño orificio por el que hace saliencia un pequeño trozo de madera de 2 centímetros de largo.

Se hace el drenaje del Douglas con un tubo por un ojal supra-púbico.

Como el sigmoide no se puede exteriorizar, se aísla el sitio de la perforación con mechas, las que mantienen el intestino en el fondo de la herida, la que se deja abierta.

Se le hace suero fisiológico, transfusión de sangre 250 cc., penicilina y estreptomycin, y en los siguientes días eftiazol por la boca.

Post-operatorio: Transcurrió sin mayores incidentes, temperatura 37,5 los dos primeros días, luego apirético.

Mayo 27. — Vientre plano móvil.

Mayo 28. — Expulsa gases.

Mayo 29. — Lavaje intestinal.

Junio 2. — En la curación hay materias fecales.

Junio 3. — Se comienza a retirar las mechas.

Junio 5. — Se han sacado todas las mechas. Es dado de alta del Sanatorio el día 11 de junio, con la herida todavía abierta, pero granulante; no vienen más materias fecales, mueve el vientre espontáneamente.

Junio 20. — La herida está curada.

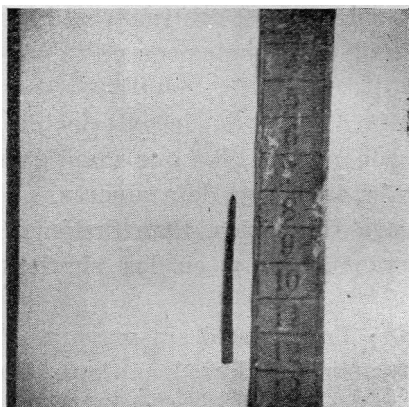
Examinado el cuerpo extraño, del que presentamos la fotografía, resultó ser un trozo de escarbadiante de 4 centímetros de longitud, del cual hacían saliencia del intestino 2 cms.

Los familiares dicen que hace cuatro días el enfermo comió “niños envueltos” (carne cocida y arrollada con escarbadiantes); suponemos que en ese momento pudo haber ingerido un trozo de éstos.

Consideraciones: Hemos observado perforaciones de sigmoi-

des por diverticulitis, las que según Chutro ocuparían el cuarto lugar en el orden de frecuencia del origen de las peritonitis generalizadas: 1º) Apendicitis aguda; 2º) Úlcera gastroduodenal perforada; 3º) Divertículo de Meckel; 4º) Diverticulitis sigmoidea.

Hay numerosas observaciones de perforaciones rectosigmoideas por cuerpo extraño introducidas por el ano; en esta misma Sociedad en el año 1944 el Dr. Sarroca, de Paysandú, presentó un caso muy interesante, que fué relatado por el Dr. Loubejac.



En una conferencia que nuestro distinguido amigo Dr. Julio V. Uriburu pronunciara en el Hospital Salto, luego publicada en Cirugía (1-73, 1947) cita, entre otras causas de perforación del sigmoideas, la del cuerpo extraño que desciende por el intestino, diciendo: "generalmente el cuerpo extraño, cálculo biliar, etc., se detiene en el intestino delgado, pero puede detenerse en una estrechez patológica del asa sigmoidea. El cuerpo extraño obra como agente patogénico de la perforación, pero la verdadera etiología corresponde a la estrechez inflamatoria o neoplásica".

En nuestra observación no había ninguna estrechez inflamatoria o neoplásica, ni tampoco divertículo sigmoideo; la perforación se produjo en un sigmoideas de aspecto normal.

Procedimos en el tratamiento de nuestro enfermo con el mismo criterio que si hubiera tenido una herida de asa sigmoidea, realizamos una exteriorización que no se pudo hacer completa por brevedad del meso.

Esta conducta, aconsejada en nuestro país por el profesor **Larghero** en numerosas publicaciones, nos ha dado éxitos, como lo ha señalado uno de nosotros en una comunicación ante esta Sociedad sobre "Heridas de intestino grueso", lo que nos exime de mayores comentarios.

Dr. Palma. --- El caso que presentan **Bortagaray** y **De Fino** es muy interesante y en apoyo de esto, yo voy a recordar un caso que tuvimos el año pasado en la Clínica del Profesor **Stajano**, de peritonitis difusa de origen sigmoideo, no precisamente por cuerpo extraño, pero sí por diverticulitis. Se hizo una laparotomía mediana-exploradora frente al cuadro de peritonitis difusa, cuya causa no era evidente y teniendo en cuenta que el foco originario no estaba presumiblemente en fosa ilíaca derecha. Se encontró que una diverticulitis sigmoidea era la causa de la peritonitis difusa.

Como tratamiento se hizo una técnica distinta a la habitualmente utilizada en estos casos. No se exteriorizó el asa omega, ni tampoco se hizo la extirpación del sigmoide enfermo, con anastomosis, ni ano artificial. La zona enferma correspondía al segmento pélvico, (porción proximal), del colon ileo pélvico. Se efectuó el decolamiento del asa sigmoide en la porción ilíaca, de manera de poder ascender la porción pelviana del asa ileo pélvica, y se colocó la zona enferma sobre la cavidad de la fosa ilíaca interna. Por delante de dicha zona del colon se colocó un pequeño drenaje de **Miculicz**, no el clásico drenaje, sino una pequeña bolsa de gasa impregnada en penicilina y sulfadiazina y dentro de la cual se colocaron unas pequeñas mechas, cubriendo por delante el sigmoide y aislándolo de la cavidad peritoneal. Por delante se colocó el epiplón mayor. Se puso otra mecha pequeña en la fosa parieto-cólica, por encima del área afectada. Es decir que se elevó el segmento enfermo del colon ileo pélvico, quitándolo de la pelvis y situándolo en la fosa ilíaca, a la vez que se le aisló de la gran cavidad peritoneal.

La evolución del enfermo fué excelente y curó sin dejar secuelas.

Dr. Ardao. --- Como dicen los autores el trabajo presentado es interesante como contribución casuística.

En esta Sociedad se han presentado perforaciones intestinales por cuerpo extraño: el **Dr. Lockhart** y colaboradores del Servicio del Profesor **Surraco**, presentaron el caso de una tumoración de la región hipogástrica mediana, cuyo aspecto clínico fué el de una lesión tumoral del uraco. El estudio de la pieza reveló que se trataba de un granuloma y una cavidad absexual producida por un cuerpo extraño, es decir por una espina de pescado que había perforado el sigmoide. Por otra parte son bien conocidas estas perforaciones por espina de pescado tanto del estómago como de otras porciones del tubo intestinal.

Estimo también que es una observación interesante del punto de vista

de la conducta terapéutica. La perforación del sigmoide, con toda la gravedad que la acompaña, evolucionó en muy buenas condiciones curó en el curso de pocos días, a pesar de no haberse podido hacer el tratamiento más lógico como es la exteriorización y sutura de la perforación. Es posible que la estreptomycin y los antibióticos que se utilizaron conjuntamente con el tabicamiento pelviano hayan obrado en una forma muy favorable y desde ese punto de vista, es una experiencia que vale la pena recoger.

Por otra parte parte, estimo que es loable la presentación de estos trabajos y felicito a los colegas de Salto que se preocupan de recoger su experiencia y la envían a la Sociedad de Cirugía de Montevideo. Son socios del interior de la República que al enviar su colaboración a esta Sociedad mantienen vínculos con nosotros, contribuyendo a elevar el nivel científico común de nuestra profesión quirúrgica.
