

## CONTUSION DE ABDOMEN Y ESTALLIDO INTESTINAL

Dres. Carlos A. Bortagaray, Miguel Realini y Germán Amorim  
(Hospital Salto)

Durante nuestro turno de guardia en el Hospital Salto, y en un período de seis años, hemos observado cuatro enfermos con estallido intestinal por traumatismo abdominal.

Haremos una breve síntesis de las historias clínicas y de la conducta terapéutica seguida en esos casos, deseando referirnos a la utilización de la sonda de Cantor para aspiración intestinal que usamos corrientemente con gran resultado.

OBSERVACION N° 1. — J. F., 53 años, octubre 1945. — Tiene una hernia inguinal bilateral desde hace varios años, pero perfectamente reductible.

A las 10 de la mañana se golpeó contra el arado en la región inguinal izquierda. Sintió intenso dolor en esa región, el que luego se irradió al resto del vientre, teniendo también vómitos repetidos. La hernia se hizo irreductible. Fué trasladado en un auto a la ciudad, ingresando al Hospital cinco horas después del accidente.

Comprobamos en el examen: facies intoxicado, mal estado general, quejándose continuamente de intensos dolores en el vientre y en la región inguinal izquierda. Temperatura 36,5. Pulso 90.

En la región inguinal izquierda se observa una tumoración del tamaño de una naranja, tensa, irreductible y muy dolorosa a la palpación. Hay defensa y dolores intensos en todo el vientre.

Se hace lavaje de estómago.

Se interviene con el diagnóstico de hernia estrangulada, por los Dres. Bortagaray y Realini. Anestesia local. Se hace incisión inguinal, llegando al saco herniario que se disecciona con dificultad, pues es muy fibroso y adherido. Al abrirlo sale líquido turbio y gases. La hernia se reduce espontáneamente. Se secciona el cuello del saco, pudiéndose observar un desgarramiento intestinal extenso. Como no se puede exteriorizar el asa, se hace anestesia general y laparotomía media infraumbilical. Se observa un estallido del intestino, que va del borde libre hasta casi el borde mesentérico, más o menos a un metro de la válvula ileocecal; las asas están cubiertas de falsas membranas y hay líquido purulento en el vientre. Se hace resección intestinal de unos treinta centímetros, seguida por anastomosis término terminal. Cierre del meso. Sulfamidas, intraperitoneal. Se coloca un tubo de drenaje en el Douglas, cerrando la pared por planos. Se reseca parte del saco herniario, cerrando el resto, dejando una tira de goma de drenaje que penetra dentro del vientre. Cierre parcial de la pared. Penicilina, sulfamidas, sueros y transfusiones.

Octubre 26: Se le coloca la sonda de aspiración, que el enfermo se saca en dos oportunidades. Comienza recién a funcionar el día 28 por la mañana. El estado general es bueno, el vientre inferior algo balonado. La sonda se le deja hasta el día 2 de noviembre, en que se retira porque el enfermo ya mueve espontáneamente su vientre.

Aparte de un flemón de la pared en la región inguinal, este enfermo hizo un postoperatorio sin complicaciones, siendo dado de alta, curado, el 20 de noviembre.

OBSERVACION N° 2. E. K., 6 años, noviembre 1945. Hace 46 horas un caballo le dió una coxa en el vientre, en la fosa ilíaca derecha. Quedó en reposo porque tenía dolores intensos en esa región, vomitando todo lo que había ingerido en la cena. Continuó con vómitos y dolores en el día de ayer y hoy, siendo llevada al Hospital de Bella Unión, de donde es trasladada en avión a nuestra ciudad. Al ingreso se comprueba: Pulso 140, facies peritoneal, ojos hundidos, lengua seca. Se queja de continuo. El vientre es inmóvil a la respiración. A la palpación se encuentra defensa generalizada e intenso dolor más marcado en la fosa ilíaca derecha, donde también hay una equimosis. Se hacen tonicardíacos, sueros y transfusiones para levantar el estado general. Intervención por los doctores Bortagaray y Santo. Anestesia general. Laparotomía media infraumbilical. Se encuentra pus libre en el vientre y a la exploración se comprueba un estallido intestinal a cincuenta centímetros del ángulo duodeno yeyunal. Este estallido es transversal, llegando hasta el borde libre. Se regularizan los bordes del estallido y se sutura en dos planos con hilo de algodón. El mesenterio está edematoso y acartonado, con falsas membranas, lo mismo que toda el asa intestinal, por lo que se decide exteriorizar el asa con la sutura, manteniéndola con mechas fuera de la pared abdominal. Se coloca un tubo en el Douglas, cerrando parcialmente la herida por planos.

Noviembre 11: Mal estado general, vientre distendido, no se puede hacer pasar la sonda de aspiración.

Noviembre 12: Vomita líquido bilioso, se puede pasar la sonda, extrayéndose gran cantidad de líquido de retención gástrica. Persiste el mal estado general, con gran inquietud.

Noviembre 13: La sonda funciona bien, mejora el estado general. Ha expulsado gases espontáneamente.

Noviembre 14: Continúa con buen estado general; tuvo una deposición espontánea.

Noviembre 15: Se pinza la sonda, lo que no produce distensión abdominal.

Noviembre 16: Se retira la sonda. Continúa luego el postoperatorio sin ningún incidente, siendo dado de alta en perfectas condiciones, el día 11 de diciembre.

OBSERVACION N° 3. N. S., 10 años, febrero 1950. Ingresa porque hace 24 horas un caballo le dió una coz en el bajo vientre. Debió quedar en cama por los dolores que sentía. Tuvo también vómitos repetidos. A su ingreso se comprueba: facies de intenso sufrimiento, palidez, dolor y defensa generalizada en todo el vientre. Se hace la preparación preoperatoria y se interviene. Doctores Bortagaray y De Paula. Anestesia general. Laparotomía media infraumbilical. Hay gran cantidad de pus libre en el vientre. Se comprueban dos perforaciones intestinales sobre el borde libre del intestino delgado, tipo de estallido, a ochenta centímetros de la válvula ileocecal, las que se suturan en dos planos. Drenaje del Douglas con tubos. A pesar del tratamiento intensivo postoperatorio, continúa con pésimo estado general, falleciendo durante la noche.

OBSERVACION N° 4. — J. F., 18 años, julio de 1951. — Hace cuatro horas, al descender de un camión en movimiento, cayó al suelo, pasándole la rueda trasera por encima del vientre. Ingresa algo shockado y con intensos dolores. Pulso 90. Vientre inmóvil, con dolor y defensa generalizada. En la región inguinal derecha tiene una erosión extensa. Radiografía de pelvis, normal. Sondaje vesical, orina clara. Se hace el diagnóstico de estallido intestinal. Intervención por los Dres. Bortagaray y Realini. Raquianestesia, novocaína 0.12 cent. Laparotomía media infraumbilical. Se encuentra líquido intestinal libre en el vientre, y a la exploración se observa un estallido sobre el borde libre del intestino delgado, a un metro de la válvula ileocecal. Se trata de un estallido amplio, de bordes desgarrados, con pérdida de la serosa intestinal. Se decide hacer la resección intestinal con anastomosis término-terminal. Drenaje del Douglas con tubo y cierre de la pared, por planos. Transfusión, antibióticos, sueros.

Julio 4: Se le coloca la sonda de Cantor, extrayéndose gran cantidad de líquido de retención gástrica. A pesar de las tentativas realizadas, la sonda no pasa al duodeno, aunque continúa extrayendo líquido de retención con facilidad. Continúa con buen estado general en los días siguientes.

tes, movilizándolo el vientre espontáneamente, por lo que se le retira la sonda el día 8 de julio. Es dado de alta el día 19 de julio en perfectas condiciones.

### Consideraciones

En nuestras cuatro observaciones ha fallecido uno, lo que nos da un porcentaje de mortalidad del 25 %. El enfermo de la observación primera fué intervenido a las seis horas del accidente; el de la segunda, a las 46 horas; el tercero a las 24 y el de la cuarta, a las cuatro horas. El único caso fallecido era un niño que ingresó con pésimo estado general, ya que no mejoró a pesar del tratamiento realizado.

Teniendo este trabajo en preparación, leímos un relato del Dr. Pierini, de Buenos Aires, a la Academia Argentina de Cirugía, comentado por los Dres. Uriburu, Pasman, Cisneros, Pérez, Del Río y Christman.

En él se hacen comentarios a raíz de tres casos con dos muertes, llamando la atención sobre los errores de diagnósticos, lo que trajo por consecuencia la intervención en enfermos en plena peritonitis; sobre todo cuando los accidentados eran portadores de hernias inguinales, en las que, suponiéndose atascadas, se realizaban maniobras de taxis, con reducción e introducción dentro de la cavidad abdominal, de asas perforadas. Según Pierini, para explicar el estallido intestinal, por contusión parieto-abdominal, se deben considerar tres mecanismos: primero, la elongación o tracción, que es el menos frecuente; segundo, el estallido, que se produce generalmente en los enfermos que tienen hernias inguinales. Durante el traumatismo, la presión abdominal y el contenido intestinal harían el mismo efecto, según Sergi, que una cámara de goma colocada en una red que, al ser inflada, se introduciría entre las mallas de aquélla, estallando. Fué lo que sucedió en nuestro enfermo de la observación primera, el que tenía una hernia inguinal. El tercer mecanismo es el aplastamiento, que se produjo en las otras tres observaciones, dos de ellas por coz de caballo, y la última por pasarle una rueda de camión encima del vientre.

Estudios de Gregoire, de Guillaume, y otros, han puesto de manifiesto que en el intestino delgado hay zonas más expuestas

a los traumatismos, y que serían: una superior yeyunal, que se extiende hasta más o menos un metro treinta centímetros del ángulo duodenoyeyunal, y la otra zona, inferior ileal, que se extiende hasta más o menos un metro de la válvula íleocecal.

Estas zonas más expuestas se explican por la disposición de las asas delgadas. Las dos primeras se dispondrían horizontalmente, contra la columna lumbar, sobre la que se lesionarían en el traumatismo. Las seis últimas asas ileales, tendrían una disposición vertical estando protegidas por la cintura pelviana; pero las dos últimas están situadas delante del promontorio y la sínfisis sacroilíaca, lesionándose contra este plano óseo.

En la producción de las lesiones tiene gran importancia el estado de vacuidad o de repleción intestinal, la movilidad de las asas, y el estado de contracción o de relajación de la pared abdominal.

El pronóstico siempre es grave, dependiendo de la magnitud de las lesiones y del tiempo transcurrido desde el accidente. En la actualidad el pronóstico se ha visto mejorado por distintas circunstancias: la rapidez en el transporte de los lesionados, los antibióticos, las transfusiones, el perfeccionamiento de la anestesia, etc.

En el tratamiento preoperatorio debemos considerar el estado de shock, que combatiremos con transfusiones de sangre y plasma, sueros, etc.

La utilización de los antibióticos y las sulfamidas, y el equilibrio del estado humoral, nos permiten llevar a la intervención a estos enfermos en condiciones más o menos aceptables.

El tratamiento en tres de nuestras observaciones (1ra., 2da. y 4ta.) fué la resección intestinal, seguida de entero anastomosis término-terminal, debiendo proceder de esta manera por la extensión de las lesiones, que no nos permitió efectuar la sutura en dos planos, conducta más simple, más rápida y menos chocante.

En la observación 2da., además del estallido, el asa estaba acartonada y edematosa; la resección hubiera tenido que ser muy amplia, con gran riesgo para nuestra pequeña enferma. Decidimos hacer la sutura en dos planos, y exteriorizar el asa,

conducta que realizamos sistemáticamente en las perforaciones tíficas, con buen resultado.

En el postoperatorio continuamos con las transfusiones, sueros, antibióticos, sulfamidas, controlando el estado humoral (hematocrito, proteínas y cloruros). Además utilizamos sistemáticamente un recurso de extraordinaria eficacia en cirugía de urgencia y cirugía abdominal: la sonda de aspiración intestinal. En nuestros dos primeros enfermos utilizamos la sonda duodenal común sin oliva y con varios orificios en su extremidad. Luego la sustituimos por la sonda de Cantor, que se construye con gran facilidad con una sonda duodenal larga, un dedil de goma, y cuatro o cinco centímetros de mercurio metálico. La sonda, introducida por la nariz, pasa rápidamente al duodeno en menos tiempo que en cualquier otro tipo de sonda (nosotros la utilizamos también para tubaje duodenal). Recomendamos su uso por la facilidad en su fabricación, en su colocación y en su manipulación. Se podría creer que, como la introducción de la sonda y la llegada al estómago se hace con gran rapidez, su progresión es continuada y fácil; sin embargo, debe vigilarse cuidadosamente, pues a veces la sonda no camina, quedando detenida en algún repliegue mucoso, o en la parte superior y posterior de la gran tuberosidad del estómago, en la zona vértebrocostal, como muy bien lo ha señalado el profesor Otero, en un trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay en 1950, donde aconseja, en estos casos, colocar al paciente en decúbito ventral, para que la sonda progrese y continúe su trayecto correcto, que fué lo que pasó en nuestra observación N° 4. Además de la vigilancia cuidadosa de la marcha de la sonda, se debe hacer el control radiológico con un aparato portátil en la cama del enfermo. Mostraremos placas de algunos casos, en las que hemos utilizado la sonda de Cantor, para confirmar lo que dejamos dicho en el curso de este trabajo.

#### BIBLIOGRAFIA

- CARDEZA, HECTOR. — "A propósito de dos casos de oclusión intestinal intubados con sonda Cantor,". Boletín Sociedad de Cirugía, XX' 374, 1949.
- CANTOR, M. — "New simplified intestinal decompression tubes". Am. J. of Surg. T. 72, 137, 1946.

CANTOR, M.; KENNEDY, C. and REYNOLDS, R. — "Use and abuse of intestinal decompression tubes". Am. J. of Surgery, T. 73, 437, 1947.

PIERINI, A. "Perforación traumática del intestino delgado. Comentarios sobre tres observaciones". Bol. de la Acad. Arg. de Cirugía, XXXV, 223, 1951.

---