

RESECCION INTESTINAL EN HERIDAS MULTIPLES DEL INTESTINO DELGADO *

Dres. MARIO CAMAÑO y CARLOS ITUÑO

CONSIDERACIONES GENERALES

El cirujano de urgencia se ve enfrentado frecuentemente con enfermos portadores de una herida penetrante de abdomen, sea ésta producida por arma blanca o por arma de fuego.

La solución siempre será quirúrgica e irá desde la simple exploración, al tratamiento de grandes lesiones viscerales y o vasculares.

Vamos a considerar aquí brevemente las lesiones a nivel del intestino delgado provocadas por esos agentes y exponer una solución quirúrgica rápida y eficaz para el caso de las lesiones múltiples reunidas en un sector del intestino. Ilustraremos el trabajo con cuatro casos de nuestra experiencia personal.

En las heridas penetrantes de abdomen, dada su topografía y el volumen que ocupa, el intestino delgado es el órgano más frecuentemente lesionado (1, 3, 5).

En un estudio de Goldman (1) en 155 casos de heridas penetrantes abdominales, el intestino delgado se encontró lesionado en 110 casos.

La gravedad de estos enfermos está regida por múltiples factores: la hemorragia, la asociación lesional (colon, páncreas, estómago, etc.), la peritonitis, las condiciones del enfermo, etc.; no vamos a considerar estos hechos.

En el caso particular de las heridas penetrantes que interesan exclusivamente al intestino delgado y su meso, la gravedad está dada por la hemorragia, la peritonitis y los riesgos de complicaciones postoperatorias. Destacamos desde ya, que la peritonitis juega en este caso particular un rol secundario.

Trabajo efectuado en la Clínica del Prof. Walter Suiffet. Hospital Pasteur.

La mortalidad en las heridas penetrantes abdominales ha descendido en los últimos años a cifras del 3 al 7', (1, 2) y está vinculada fundamentalmente a la hemorragia severa y a las lesiones asociadas.

PATOLOGIA LESIONAL

Heridas de arma blanca

Pueden verse perforaciones, generalmente dobles y múltiples, secciones totales o parciales. las heridas siempre son lineales, heridas incisivas o cortantes, orientadas longitudinal, transversal u oblicuamente. Por lo general son pequeñas, de $1\frac{1}{2}$ a 2 cm. Pueden estar ubicadas junto al borde mesentérico e incluso lesionar al meso. En estos casos la lesión puede pasar desapercibida si no se le busca cuidadosamente, aunque siempre se denuncian por un hematoma a nivel del meso.

No se asocian a otras lesiones parietales, son heridas limpias, de bordes nítidos, lineales y sangran abundantemente.

Heridas por arma de fuego

Aquí el aspecto es otro. Son también heridas dobles, generalmente múltiples. El aspecto macroscópico es el de una perforación pequeña, pero con lesiones parietales con el aspecto de un foco contusivo y equimótico de la pared que la rodea.

La topografía de las perforaciones es similar a las provocadas por arma blanca.

TRATAMIENTO

Cuando se trata de lesiones únicas o múltiples, pero aisladas, separadas entre sí, el tratamiento de elección para las heridas provocadas por arma blanca, es la sutura lineal en dos planos, a puntos separados.

Si se trata de heridas por proyectil de arma de fuego, es conveniente resecar los bordes, regularizarlos y realizar una sutura lineal en dos planos, tomando tejidos sanos, no mortificados por el foco contusivo.

Hay circunstancias en que esta solución quirúrgica no es la indicada y es necesario, de acuerdo al tipo de lesiones, realizar una resección intestinal con restablecimiento de la continuidad intestinal por anastomosis terminoterminal (4).

Las indicaciones para realizar una resección intestinal en heridas del intestino delgado se pueden resumir así:

- 1) Múltiples heridas reunidas en un área limitada del intestino (observaciones 1, 2, 3 y 4).
- 2) Herida mesial que secciona varios vasos del meso y compromete la vascularización del intestino (observaciones 2, 3 y 4).
- 3) Heridas amplias, de ambas caras, a cualquier topografía, en que la sutura por separado de ambas puede estenotar la luz intestinal (4).
- 4) Lesión intestinal asociada a herida importante del mesenterio.

En las figuras 1 y 2 pueden verse estos tipos de lesiones, corresponden a las piezas operatorias reseçadas en los pacientes de las observaciones 2 y 4.

CASOS CLINICOS

OBSERVACION 1.—47 años, hombre. Cinco horas antes del ingreso: herida de arma blanca en F. I. I. Al ingreso se comprueba: anemia. Evisceración del intestino delgado a través de herida de F. I. I. Contractura parietal moderada. Se resuelve la intervención de urgencia.

Operación (22-V-1965, Dr. Camaño): Anestesia general. Sangre, dos volúmenes. Incisión paramediana transrectal izquierda. Se comprueba: en un sector de unos 30 cm., seis heridas del yeyuno, dos de las cuales lo seccionan casi totalmente.

Procedimiento: Resección intestino-mesentérica con anastomosis terminoterminal en dos planos. Cierre por separado de otras tres heridas yeyunales. Lavado peritoneal profuso. Cierre parietal por planos con drenajes peritoneales.

Evolución: Buena evolución hasta el duodécimo día, en que presenta en forma brusca una hemorragia digestiva cataclísmica, alta, falleciendo 12 horas después.

Necropsia (Dr. Arsnaga): Peritoneo y suturas intestinales, bien. Úlcera duodenal con erosión de la arteria gastroduodenal, segura causa de la hemorragia que motivó su muerte.

OBSERVACION 2. 18 años, hombre. Treinta minutos antes del ingreso, recibe una herida de arma blanca en F. I. I. Al ingreso se comprueba: buen estado general sin signos de anemia aguda. Herida penetrante de abdomen en F. I. I. por donde se exterioriza el epiplón mayor. Se decide la intervención de urgencia.



Fig. 1: Se aprecian cinco heridas de arma blanca en un sector de 26 cm. del intestino delgado, tres de ellas sobre el borde mesentérico con lesión del mismo. **Fig. 2:** ● ho heridas de o ntes en un sector de 28 cm. del intestino delgado provocadas de arma de fuego. Dos de las heridas comprometen el mesenterio. Se observan dos hematomas mesentéricos.

Operación (22 VII-1965, Dres. Amorín y Camaño): Anestesia general. Incisión paramediana laterorrectal interna izquierda. Se comprueba: importante hemoperitoneo y cinco perforaciones del íleon agrupadas en un sector de unos 30 cm. fig. 1) y una herida del mesenterio a ese nivel.

Procedimiento: Resección intestinommesentérica con anastomosis terminoterminal en dos pl nos a puntos separados.

Evolución: Excelente. Alta al noveno día.

OBSERVACION 3. 23 años, hombre. T nt ni ut t s del ingreso recibe una herida de arma blanca en F.I.I. S compru ba al ng so: bu u estado general. Sin signos de anemia agud . Presenta un he id p n tr nt abdominal a nivel de la F.I.I. por donde asoma el epiplon may r.

Operación (5-VII-63, Dr. Ituño): Anestesia general. Incisión p ram diana transrectal izquierda. Se comprueba: en un sector localizado del int st no delgado, cinco heridas cortantes, una de ellas sobre el borde m sentérico, interesando el mesentérico y el intestino. que aparece seccionado incompletamente a ese nivel. Gran hematoma del meso.

Procedimiento: Resección intestíno-mesentérica con anastomosis terminoterminal en dos planos a puntos separados.

Evolución: Sin incidentes. Alta al sexto día.

OBSERVACION 4. 45 años, hombre. Una hora antes del ingreso, recibe herida de bala en región paraumbilical derecha. Al ingreso se comprueba: buen estado general. Alcoholizado. No hay signos de anemia aguda. Orificio de entrada de bala en región paraumbilical derecha, sin orificio de salida. Contracción abdominal. Douglas negativo. La radiografía simple de abdomen no aporta datos de interés. Se decide intervención quirúrgica, previa aspiración gástrica, dejando sondas gástrica y nasogástrica.

Operación XI, 1965. Dr. Itaño. Anestesia general. Incisión mediana supraumbilical. La exploración muestra agrupadas en un sitio de unos 30 cm. de intestino delgado, ocho perforaciones del íleon, una de ellas sobre el borde mesentérico (fig. 2 con hematoma del meso). Se resecó. No se encontraron otras lesiones asociadas.

Procedimiento: Resección intestíno-mesentérica con anastomosis terminoterminal en dos planos a puntos separados.

Evolución: Sin incidentes. Alta al octavo día.

COMENTARIO

Se presentan cuatro casos de heridas penetrantes de abdomen, tres producidas por arma blanca y una por arma de fuego.

Las lesiones viscerales fueron sólo de intestino delgado y su meso.

En los cuatro casos, dado el tipo y la topografía de las lesiones, se hizo resección intestinal y anastomosis terminoterminal.

La evolución postoperatoria en tres casos fue excelente, sin complicaciones y fueron dados de alta curados. En un caso (obs. 1) el paciente falleció a los doce días a consecuencia de una hemorragia digestiva cataclísmica en donde la necropsia mostró tratarse de una úlcera duodenal con erosión de la arteria gastroduodenal. La anastomosis intestinal estaba en perfectas condiciones.

Consideramos que en estos casos, la resección intestinal, seccionando el intestino en una zona sana, bien vascularizada, con una correcta hemostasis del mesenterio y anastomosis terminoterminal realizada con una técnica correcta, resultó un procedimiento más rápido, más eficaz, más seguro, sin riesgos de estenosis de la luz ni isquemia del asa.

En cualquiera de los casos, hubiera sido difícil y riesgoso realizar suturas por separado de cada una de las heridas.

SUMARIO

Se presentan cuatro casos de heridas penetrantes de abdomen, tres por arma blanca y una por arma de fuego.

Las únicas lesiones comprobadas en los cuatro casos fueron de intestino delgado y de mesenterio.

En los cuatro casos, las heridas estaban agrupadas en un sector de poca longitud del intestino y en todos ellos se hizo la resección con anastomosis.

Se exponen las indicaciones para realizar este procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. GOLDMAN, L. I.; DE LAURENTIS, D. A. and ROSEMOND, G. P. Penetrating Abdominal Wounds in Civilian Population. "Am. J. Surg.", 104: 46; 1962.
2. WELCH, C. E. and GIBBINGS, W. P. Abdominal Trauma. "Am. J. Surg.", 79: 252; 1950.
3. SILVEIRA, C. Traumatismos abdominal. "7º Congreso Uruguayo de Cir." 1956.
4. OTERO, José P. Traumatismos de abdomen. "Bol. Soc. de Cir. del Uruguay", N° 4; 1950.
5. LARGHERO YBARZ, P. Heridas de abdomen con lesiones de intestino grueso. "Bol. Soc. de Cir. del Uruguay", t. XIII, N° 10-11-12: 409; 1942.