

PERFORACIONES TRAUMATICAS DE RECTO

Dr. ROMEU MACHADO DA LUZ TAROUÇO

1) INTRODUCCION

Motiva este trabajo, la vivencia de dos casos de perforación traumática de recto, que se sucedieron en un corto lapso. Consultada la literatura sobre el particular y obtenida la opinión de otros cirujanos, nos encontramos con una gama enorme de opiniones y criterios que diferían del seguido y sostenido por nosotros.

Por creer en las bondades de los procedimientos tácticos que hemos usado, es que los expresamos para que sean considerados, adoptados o juzgados por los que nos lean.

Creemos que una conducta quirúrgica determinada, sobre un órgano cualquiera de la economía, resulta de una serie de factores, de los cuales los más importantes serían: el conocimiento de la anatomía del órgano con sus relaciones topográficas, que nos permite valorar la anatomía patológica de la lesión y su posible extensión lesional; la fisiología del mismo para poder jerarquizar la consecuente alteración funcional. Elementos básicos sobre los que debemos actuar con un sólido conocimiento patológico, sea por acción medicamentosa o quirúrgica, que le devuelvan al órgano en causa, su anatomía y fisiología normales.

2) CONCEPTOS ANATOMICOS

Desde el punto de vista traumático, se debe considerar el recto en sus tres sectores: perineal, ampular y peritoneal, sobre todo en lo que a práctica civil se refiere, ya que en las heridas de guerra lo habitual es la participación de dos o de los tres sectores mencionados, por la brutalidad común del agente vulnerante.

Hay que considerar la situación profunda en la excavación pélvica, protegida por un verdadero colchón muscular y óseo, que explica lo poco frecuente de este tipo de traumatismo y justifica las dificultades quirúrgicas para el abordaje. La ausencia

de meso peritoneal como en el sigmoide, nos habla de la imposibilidad de la exteriorización de la zona lesionada, conducta que en aquel sector ha salvado tantas vidas. La posible participación ósea, sobre todo en las heridas por armas de fuego, explica las heridas desgarrantes por las esquirlas óseas y el peligro de la osteítis u osteomielítis que pueden marcar otro rumbo en la evolución ulterior.

Naturalmente que. en las fracturas de pelvis, se pueden ver heridas de recto que agravan aún más el cuadro de choque y que frente a aquélla puede pasar desapercibida (8).

La frecuente lesión muscular. sobre todo en las heridas de los glúteos, debe hacer temer y prever la infección por agentes anaerobios, a punto de no desestimar la lesión muscular frente a la herida del recto y, ponerla a plano mediante la limpieza quirúrgica de la misma, mejor manera de prevenir la gangrena gaseosa y el tétanos.

La relación casi inmediata con la vejiga en el hombre, sobre todo con el bajo fondo vesical, explica la frecuente concomitancia lesional, como en nuestro segundo caso. En la mujer se interponen vagina y útero que alejan aquella posibilidad, pero ofrecen la frecuente asociación lesional con el recto, como puede verse en las maniobras abortivas.

Cada sector del recto, desde el punto de vista de su anatomía topográfica, ofrece, como veremos, particularidades clínicas y terapéuticas propias.

3) CONCEPTOS FISIOLÓGICOS

El recto, por su constitución anatómica ampular y el sistema esfinteriano de que está dotado, actúa como reservorio de materias fecales a ser exoneradas.

Según Best y Taylor (1), el colon pelviano sirve de almacén de las heces, las que pasan al recto, cuando aquel se sobrecarga, debido al empuje gradual de su contenido hacia abajo o por el peristaltismo en masa descrito por Holtzknecht y recién cuando la presión intrarrectal alcanza 40 ó 50 mm. de Hg. se produce el reflejo de defecación.

Como sabemos, las heces están constituidas por un gran porcentaje de bacterias con un potencial patógeno elevado. Las materias fecales moldeadas y desecadas llevan a que la difusión peritoneal, en las heridas de recto, no sea tan extensa como en las del ciego (5), con una menor gravedad, sobre todo en las etapas iniciales de la peritonitis; lo que está favorecido por la topografía del peritoneo agredido, cuya zona de máximo poder defensivo se encuentra justamente en la pelvis.

4) CONCEPTOS PATOLOGICOS

En la lesión rectal domina la infección, en cualquiera de los sectores considerados, siendo mayor la urgencia y la gravedad cuanto más alta sea la zona lesionada. En el sector peritoneal, es la peritonitis secundaria que marcará el pronóstico y la casi obligada asociación lesional con asas delgadas ileales que obligarán al cirujano a descartar la participación de las mismas; ejemplo, en los casos 3 y 4.

En el sector subperitoneal de la ampolla rectal, lo que domina es la celulitis del espacio pelvirrectal, que va a depender fundamentalmente de la agresividad mayor o menor de los gérmenes en causa, pudiendo haber una reacción peritoneal que haga presumir clínicamente la perforación del sector alto, la que obligará por sí a la laparotomía exploradora. Entra dentro de este cuadro nuestro primer caso.

Hay que tener presente en estos casos el tejido celular subperitoneal con todos sus elementos constitutivos, que envainan al recto en forma laxa para permitir su función de distensión, ascenso y descenso; cuyos elementos de mayor importancia traumática son las venas, no sólo por la producción de sufusiones hemorrágicas con o sin hematomas que van a facilitar el incremento de la infección, sino fundamentalmente por las tromboflebitis sépticas que pueden determinar un cuadro de septicohemia con colonizaciones secundarias en el hígado y/o en pulmón, por la vía porta o cava respectivamente. Cuadro de relativa poca importancia actual, por las bondades del tratamiento antibiótico.

Hay que considerar en estos casos la posibilidad de hemorragias profusas que no se detienen con los procedimientos de orden médico, obligando a un procedimiento quirúrgico de urgencia para salvar la vida. En tales casos, si la herida es baja, se aborda por vía perineal, pero si es alta, subperitoneal, el abordaje transperitoneal amplio se impone, aconsejándose en estos pacientes, sobre todo cuando se asocia la infección, la amputación de Hartmann, realizada en este tipo lesional por Mattei, Cornet y Touze-Résillot, citados por Michotey y Brandone (10), que la efectuaron en uno de sus casos como único medio de cohibir una hemorragia y que la aconsejan en los casos de desgarros rectales importantes, hemorragias serias y con más razón en los casos de celulitis gangrenosa, afirmando que: en los casos vistos tardíamente, la única operación de salvataje es la mencionada amputación colorrectal de Hartmann.

Otro elemento importante a considerar, es la posibilidad de la formación de abscesos retroperitoneales derechos o izquierdos, siendo más frecuentes estos últimos y cuya sintomatología

funcional puede pasar más o menos desapercibida debido al uso intensivo de los antibióticos. Se manifiesta en general por un síndrome de psosis. Es posible la apertura espontánea de los mismos en la cavidad peritoneal o en los órganos vecinos. El ascenso de la infección por detrás del peritoneo, puede hacer participar el riñón y mismo el diafragma en su evolución. Esta posibilidad hay que tenerla "in mente", según Muldoon (11) para poder tratarla precozmente mediante incisión en los flancos con disociación muscular y drenaje.

Un aspecto patológico interesante es el vinculado con el agente causal, bien estudiado por Weigel (16) y Routley (12). Destacamos por su frecuencia relativa, las perforaciones de recto a consecuencia de los enemas. Es fácil de comprender el mecanismo de perforación a consecuencia de un enema baritado, con sonda más o menos rígida en un intestino inflamado. Es de destacar, en estos casos, la posible reacción del tejido perirrectal frente al bario, con una esclerosis que puede ser muy importante y englobar a los uréteres, como lo ha señalado Blatt (2). Este motivo justifica contraindicar el estudio baritado de colon en las heridas de recto. Scott (13) destaca la frecuencia de este mecanismo, frente a los dispositivos actuales de plástico, con puntero rígido y que son desechables. Con la aparición, en nuestro medio, de soluciones para enema en este tipo de recipiente, es de prever un incremento en este tipo de traumatismo.

En el sector perineal, lo que prima es la lesión del sistema esfinteriano, que puede determinar una secuela grave desde el punto de vista anatómico y funcional; sin desestimar la infección del espacio celular isquiorrectal. Como ejemplo de este tipo lesional, tenemos el caso 5.

5) CONCEPTOS TERAPEUTICOS

Para que un órgano agredido sane, lo primero, lo básico y clásico, es ponerlo en reposo funcional. Para lograr esto en el recto, no sólo hay que tratar de que no lleguen materias fecales, por supresión de la vía oral y mediante colostomía derivativa, sino fundamentalmente y como complemento importante, suprimir el sistema esfinteriano en forma temporaria. La mejor manera para lograrlo es mediante una esfinterotomía posterior, de la cual no hemos visto ninguna secuela y cumple el objetivo que nos proponemos: evitar que en el recto se acumulen materias y gases.

Gabriel (6), sin embargo, no la aconseja por el temor de la lesión del sistema esfinteriano, afirmando que si se establece una buena asa de colostomía, aquélla no es necesaria.

Vacarezza (15), en su trabajo sobre perforaciones traumáticas del recto en el niño, llama la atención sobre la gravedad de este tipo de afección, que exige para su buena evolución, un diagnóstico y tratamiento medicoquirúrgico precoz. Hace especial referencia al uso de corticoides, ya que el niño puede fallecer a consecuencia de un agotamiento de sus suprarrenales. Considera como hecho básico para la buena evolución del caso clínico, efectuar el cierre primario de la lesión y discute la indicación de la colostomía en cada caso particular.

Suiffet (14), en nuestro medio, refiere diez observaciones de heridas de recto, mencionadas en la discusión del trabajo de Vacarezza y que han sido resueltas con un amplio criterio terapéutico ajustado a cada una de las eventualidades clinicopatológicas. Es interesante destacar las 6 observaciones de traumatismos rectales en el adulto, del sexo masculino, por introducción de cuerpos extraños en el recto, hecho que había sido ocultado.

Fueron operados con más de veinticuatro horas de evolución, falleciendo 5 de los mismos. Este dato sirve de índice de la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz para disminuir el porcentaje de mortalidad.

6) CASUISTICA

CASO Nº 1.— A. M., 37 años. C.A.S.M.U. Lo vimos en su domicilio el 5 de noviembre de 1964, a la hora 12, con una historia funcional de dolor abdominal bajo, de tres horas de evolución. El examen abdominal era el propio de una apendicitis aguda con reacción peritoneal, con máximo dolor y defensa en F.I.D. Se indica su internación para intervenirlo de urgencia, planteando nuestras dudas diagnósticas por el inicio súbito del cuadro y el síndrome peritoneal ostensible ya a las tres horas de iniciado el proceso. Frente a nuestra duda, el paciente nos confiesa que durante un acto sexual le introducen algo por el ano, lo que le determinó un vivo dolor en hipogastrio. Se hizo pues el diagnóstico de perforación traumática de recto con participación peritoneal. Recién se logró su internación a la hora 17, cuando le practicamos un estudio radioscópico, no comprobándose neumoperitoneo. El tacto rectal mostró intenso dolor en el Douglas y vino sangre en el guante.

A la hora 18 lo intervenimos con anestesia general, efectuándose una laparotomía exploradora mediante incisión mediana infraumbilical. Se comprobó exudado peritoneal turbio y un edema sumamente importante de todo el subperitoneo con participación del meso sigmoide que estaba engrosado con unos 2 cm. de espesor aproximadamente. No se comprobó herida peritoneal. Se efectúa: colostomía transversa derecha de Wangensteen y drenaje suprapúbico. Se termina la intervención con una esfinterotomía anal posterior, lográndose una amplia dilatación anal que permite visualizar la herida de la cara anterior de la ampolla a unos 8 cm. de la margen del ano. En el postope-

ratorio se hizo: dieta oral absoluta por 48 horas, antibioticoterapia a amplias dosis y enemas con eftiazol disuelto. La evolución fue excelente, cerrándose la colostomía al 16-12-64, previo estudio rectosigmoidoscópico por el Dr. Cardeza. Permanece curado sin trastornos funcionales anorrectales.

CASO N° 2. A. L. da C., 15 años. Hospital de Clínicas. Lo vimos a la hora 18 del 17 de febrero de 1965, en una guardia del Hospital de Clínicas, media hora después de haber recibido un balazo en cara externa de región glútea derecha, sin orificio de salida. Presentaba un cuadro de choque: palidez de piel con sudor, inestabilidad, ansiedad con taquicardia y presión arterial dentro de límites normales; el abdomen presentaba una franca reacción peritoneal con dolor y defensa en hipogastrio. El tacto rectal reveló Douglas doloroso, viniendo sangre en el guante. El sondeo vesical mostró orina hematuria, por lo que se deja la sonda a permanencia. Con el diagnóstico clínico de herida de recto y vejiga, se obtiene un estudio radiológico simple de abdomen de frente y de perfil, que descarta el neumoperitoneo y muestra la bala en la pared de la hemipelvis izquierda.

Se va a la intervención, mediante una laparotomía exploradora por incisión mediana infraumbilical con anestesia general. Se comprueba: discreto exudado peritoneal turbio, indemnidad de las asas ileales y una equimosis con desgarro a nivel del bolsillo del Douglas. En la exploración se ratifica que existe herida de vejiga y de recto. Hay importante edema subperitoneal con equimosis del espacio pelvicosubperitoneal que dificultan las maniobras quirúrgicas, agravadas por la estrechez pélvica. Se sutura la vejiga y el recto con catgut N° 1 y se deja un drenaje con tubo de goma en el Douglas que se exterioriza por contraabertura suprapúbica. Se procede luego a efectuar una colostomía ilíaca izquierda derivativa en asa de Waagensteen. Cierre de la pared por planos, dejándose la piel abierta. Se termina la operación con una esfinterotomía anal posterior, lográndose una amplia dilatación anal; a pesar de los lavados de la ampolla, no se logró visualizar la herida por vía endoscópica, no insistiéndose por haber salido el enfermo de la anestesia. La evolución fue excelente. Al segundo día la orina era clara y al décimo día se saca la sonda vesical sin más trastornos. Se efectuaron enemas de 100 c.c. con eftiazol disuelto cada seis horas, antibioticoterapia a amplia dosis a base de penicilina, estreptomina y tetraciclina.

Dado de alta, ingresa al Hospital Pasteur el 22 de marzo de 1965, para el cierre de la colostomía que se llevó a cabo sin incidentes. Los estudios previos revelaron: normalidad humoral; colon por enema con relleno hasta la colostomía sin signos lesionales. Uretrocistografía con buen relleno de vejiga, con límites netos; no hay escape. La rectosigmoidoscopia, efectuada por el Dr. Davidovich, mostró que la insuflación y la introducción del tubo es ligeramente dolorosa con hipersecreción mucosa y congestión. No se visualiza la cicatriz de la efracción rectal. La intervención se efectuó el 8 de abril, con alta definitiva a la semana. Permanece curado sin trastornos funcionales.

CASO N° 3.— E. R., 23 años. Historia clínica N° 20.106, Hospital Pasteur. Ingresa el 16 de junio de 1962, luego de un aborto provocado de tres meses

de amenorrea. No aporta datos al interrogatorio. Al examen: febril, algo confusa, con dolor en bajo vientre, cuyo hipogastrio muestra dolor y defensa a la palpación. El examen genital muestra: metrorragia, cuello reblandecido con orificio externo entreabierto. Con el diagnóstico clínico de peritonitis por perforación traumática de útero, es intervenida de urgencia por el Dr. Cazabán con anestesia general, mediante un Pfannenstiel explorador. Comprueba: hemoperitoneo, perforación de cara anterior de útero de 4 cm. de bordes desgarrados, desgarró de rectosigmoide de unos 20 cm. de extensión con materias fecales en peritoneo, perforación de dos asas de gadas y restos fetales en el peritoneo.

Efectúa: 1) Sutura con catgut de la brecha uterina. 2) Colostomía ilíaca izquierda a cabos separados. 3) Sutura de las asas delgadas con lino. 4) Drenaje del Douglas. Cierre por planos. Recibe penicilina y cloromicetina en el postoperatorio, que fue bueno. Dada de alta el 27/6/62, reingresa al mes para cierre de la colostomía, que se llevó a cabo sin incidencias. Buena evolución ulterior. En este caso la colostomía a cabos separados prácticamente fue de necesidad por la extensión del desgarró colorrectal.

CASO N° 4. V. G., 84 años. Historia Clínica N° 20.015, Hospital Pasteur. Ingresa el 17 de mayo de 1962 con una historia funcional de colitis y toque del estado general; en el transcurso de los exámenes y al efectuársele rectosigmoidoscopia el 1° de junio, el instrumento entra con facilidad; al retirar el mandril, se observa la presencia de asas delgadas en el campo visual, índice de que había entrado en la cavidad peritoneal. Al retirar el rectosigmoidoscopio, se observa perfectamente la herida ocasionada en la cara anterior de la ampolla rectal. La mucosa está congestiva, cubierta de secreciones mucosas. Se decide la intervención de urgencia que es practicada por el Dr. Gregorio con anestesia local, quien efectúa una colostomía transversa derecha, drenaje del Douglas y esfinterotomía anal posterior; se comprobó: líquido peritoneal, intenso proceso de sigmoiditis diverticular y la perforación de la cara anterior del recto. La evolución inmediata fue buena, pero el 25 de junio hace un accidente vascular agudo del miembro inferior izquierdo que evoluciona a la gangrena, obligando a una amputación supracondílea del miembro, que se llevó a cabo el 28 de junio de 1962, falleciendo en caquexia a los once días de la última operación.

Este caso demuestra la utilidad de la colostomía derivativa, ya que, a pesar de no haberse suturado la brecha la evolución de la herida rectal fue buena. Se justifica en este caso el no abordaje quirúrgico para el cierre de la lesión por dos razones: 1ª) por el estado inflamatorio del rectosigmoide que obligaría un cierre precario; y 2ª) por tratarse de un recto preparado por enemas y constipantes, previos a toda maniobra instrumental.

CASO N° 5. J. W. R., 25 años. Historia clínica N° 21.985, Hospital Pasteur. Ingresa al Servicio el 16 de marzo de 1961. Cuatro días antes, resbaló y se cae sobre una botella rota, produciéndose una herida anorrectope-rineal. Estreñido desde entonces con tránsito urinario normal. Al examen: febril, aspecto tóxico con dolor perineal, donde se observa herida cortante de 3 cm. de longitud en la parte posterior de la región anal. Al tacto: la-

xitud completa del esfínter con sección de la parte posterior del recto perineal en una extensión de unos 5 cm., penetrándose en el espacio presacro, dando salida a pus amarillento con infiltración de los espacios laterorrectales.

Se efectúa tratamiento médico de prueba, con rápida mejoría general y local. Es dado de alta el 30 de marzo, con una moderada incontinencia esfinteriana.

Este caso, si se hubiera visto en las primeras horas, se justificaría la puesta a plano de la herida y se discutiría la indicación de una colostomía derivativa que sería lo ideal para poner un reposo al recto.

Consideramos que en este tipo de lesión, que no sobrepasa el elevador en su haz puborrectal, no es necesaria la colostomía derivativa, ya que la infección del espacio isquiorrectal puede ser yugulada con las medidas de orden medicoquirúrgico locales y que la continencia anal es recuperable con el tiempo.

7) CONCLUSIONES

El análisis de estos cinco casos, puede plantear discusiones que serían defendidas por los que actúan con distinto criterio frente a problemas semejantes.

Creemos que profundizando en el análisis, podríamos llegar a unificar las opiniones, que no pueden ser dogmáticas, sino amplias y maleables, adaptándose a cada una de las distintas circunstancias clínicas que se presenten. A los que preconizan el cierre simple de la perforación, les diríamos que estamos de acuerdo, siempre que se cumplan determinadas circunstancias; por ejemplo: el diagnóstico precoz con tratamiento antes de las seis horas y máxime si el paciente había recibido una preparación de colon previa como se observa en las maniobras instrumentales, ginecológicas o proctológicas, para las cuales el paciente ha recibido un purgante y o enema de limpieza previos. Si queremos actuar con un criterio fisiopatológico frente a las perforaciones traumáticas de recto, se imponen una serie de normas terapéuticas que podemos esquematizar como sigue:

1) Tratamiento primario del estado de choque con la sedación del paciente y la normalización de la volemia, ya sea con soluciones hidroelectrolíticas, plasma o sangre total si hay concomitancia de hemorragia.

2) Diagnóstico lo más correcto y precoz posible con cuatro elementos básicos aparte de la historia funcional, que son: a) pesquisar la participación peritoneal por el examen clínico y el neumoperitoneo por la radiología; b) sonda vesical; si hay hematuria se confirma la asociación lesional y se deja la sonda como medida terapéutica; c) examen proctológico con inspección perineal, tacto rectal y anoscopia.

3) Cumplidos los dos primeros ítems, se va al tratamiento quirúrgico, cuya táctica va a depender del diagnóstico clínico. Si hay participación peritoneal evidente o una simple sospecha clínica, se impone la laparotomía exploradora, que debe ser realizada mediante incisión mediana o paramediana izquierda infraumbilical, con anestesia general y con una doble finalidad básica: cierre de la o las lesiones encontradas, no olvidando de pesquisar las posibles lesiones ileales por su frecuencia y, efectuando una colostomía derivativa, sea transversa derecha o sigmoidea. Algunos preconizan efectuarla a cabos separados, nosotros creemos que la colostomía en asa de Wangensteen, cuando se logra un buen espolón, cumple perfectamente con aquella finalidad y ofrece menor morbilidad al cerrarla.

En los traumatismos de recto, se debe aconsejar la colostomía transversa, sea derecha o izquierda. Es preferible esta última por dejar menor extensión de colon desfuncionalizado y por ser mejor tolerada por los enfermos, por el hecho de que aquí las heces están más desecadas. Todas estas ventajas se ven acrecidas en la colostomía sigmoidea, que sería el sitio ideal de elección, si no fuera por las posibilidades evolutivas de la lesión rectal, que hagan necesaria una intervención ulterior de resección que se vea dificultada por aquella.

La limpieza peritoneal debe ser cuidadosa y el drenaje del Douglas ofrece una seguridad mayor que debe ser contemplada siempre que haya contaminación peritoneal. Nunca hemos usado antibióticos en la cavidad peritoneal. La intervención debe terminar con una correcta esfinterotomía anal posterior, única manera de lograr una completa desfuncionalización del recto. El Prof. Larghero preconizaba introducir una sonda Nélaton gruesa en el colon efectuando un lavado profuso del sector a desfuncionalizar, hasta que el agua saliera limpia por el ano dilatado; afirmando que la mejor manera de preparar un colon era mediante la total exoneración de su contenido. Nosotros hemos usado pequeños enemas con efitiazol disuelto, en el postoperatorio y repetidos cada seis horas. Creemos en las bondades de esa quimioterapia local asociada a la acción antibiótica sistémica.

Si la herida es ampular sin participación peritoneal, la táctica a seguir va a variar con el tipo de lesión anatómica. Si es una herida pequeña, la colostomía con esfinterotomía asociada a la quimio y antibioticoterapia, son suficientes para la curación. Si hay un desgarramiento amplio de la ampolla, a aquellas medidas se debe agregar el abordaje perineal para la sutura del recto y el drenaje del espacio celular, con lavado amplio del mismo, utilizando las vías de acceso descritas por Chifflet (3, 4)

en nuestro medio. Hay que considerar como elemento importante al agente agresor, pues si es por herida de bala no se debe conformar con el cierre simple de la herida y tener presente la acción concusiva del proyectil con posible caída de escara secundaria y efectuar siempre en estos casos una desfuncionalización correcta del sector lesionado

Para tratar las lesiones del recto perineal, lo que importa es la puesta a plano de la herida, con correcta hemostasis y drenaje del espacio isquiorrectal, no preocupándose mayormente de la sutura del recto o del esfínter, máxime si la herida es del sector posterior. La sección del esfínter y rectoperineal no se sigue de incontinencias, siempre que se conserve el haz puborrectal de los elevadores, que dan sostén al recto.

En general no se necesita una colostomía en estos casos, bastando con un régimen adecuado y con quimio y antibioticoterapia. Si la herida es lateral, al explorarla hay que tener presente al nervio pudiendo, cuya lesión puede alterar la dinámica del sistema esfinteriano anal. Si es anterior, en la mujer, plantea la asociación lesional con vagina, que puede determinar una fistula como secuela. En el hombre hay que explorar guiado por una sonda uretral como tutor (9).

En ninguno de estos casos se debe olvidar la prevención del tétanos con el suero y vacuna correspondiente.

En todos los casos, preconizamos una dieta oral absoluta por 48 horas en el postoperatorio inmediato, haciendo suero glucofisiológico por vía intravenosa en un volumen de 2.500 c.c. guiados por la diuresis y luego líquidos por boca durante otras 48 horas, para luego ir entrando en un régimen de colon estricto. En cuanto a los antibióticos, usamos penicilina por vía intramuscular a razón de 1 millón de unidades cada 3 horas, estreptomicina 1 g. intramuscular diario y cloromicetina por vía intravenosa a razón de 2 g. diarios. A las 48 horas se puede disminuir la dosis total diaria o sustituir los antibióticos de acuerdo a la evolución clínica. La quimioterapia con eftiazol la efectuamos con 1 g. disuelto que lo aplicamos en forma de un pequeño enema a repetir cada 6 horas.

Al mes se debe efectuar un estudio rectosigmoidoscópico, de cuyo resultado recogeremos un índice para el cierre de la colostomía.

8) SUMARIO

Se presentan cinco casos de traumatismo de recto y se consideran los elementos anatómicos, fisiológicos, patológicos y terapéuticos de mayor jerarquía en este tipo de afección.

Se insiste en la desfuncionalización del recto, como elemento básico en la terapéutica. Se resalta el valor de la esfinterotomía anal posterior con aquella finalidad.

El índice pronóstico básico, cuando son bien tratados, sigue siendo el lapso transcurrido entre el accidente y la intervención.

BIBLIOGRAFIA

1. BEST, C. H. y TAYLOR, N. B. "Bases fisiológicas de la práctica médica", 5ª ed., México, Ictha, 1954 (pág. 583).
- BLATT L. J. Injury of the Rectum by tip of disposable enema. Report of a case. "Arch. Surg.", 80: 442: 1960.
3. CHIFFLET, A. La travesía del peneo casentino "Bo. Soc. Cir. de Uruguay", 21: 539: 1950.
4. CHIFFLET, A. "Anatomía de contenido pélvico. Curvatura del recto". Montevideo, Rosgal, 1956 (pág. 280).
5. CHRISTOPHER, D. "Textbook of Surgery", 7ª ed., Philadelphia and London, Saunders, 1960 (pág. 700).
6. GABRIEL, W. B. "The principles and practice of Rectal Surgery", 3ª ed., London, H. K. Lewis y Co. Ltd., 1945 (pág. 236).
- GEORGIADIS, N. J. Intraperitoneal injuries of the Rectum and Rectosigmoid encountered in civilian practice. "Dis. Colon and Rectum", 7: 380: 1964.
8. LISCIÀ, R. e LICCI, G. Le lesioni del visceri dello scavo pelvico conseguenti a fratture del Bacino. Presentazione di un raro caso di lesione del retto. "Arch. Ital. Chir.", 88: 229: 1962.
9. MCLEAN, D. W. and SMATHERS, W. The Treatment of injuries to the Anus and Rectum. "S. Clin. North America", 33: 1193: 1953.
10. MICHOTTEY, G. et BRANDONE, G. Deux cas de perforation traumatique du rectum par corps étrangers. "Marseille Chir.", 12: 27: 1960.
11. MILDON, J. P. Traumatic perforation of the Rectum and the retroperitoneal space. "Dis. Colon and Rectum", 7: 222: 1964.
12. ROTTLEY, E. F. Rectal impalement. "Postgrad. Med.", 27: 696: 1960.
13. SCOTT, J. Perforation of the rectum by enema tip. "Illinois Med. J.", 117: 240: 1960.
14. SUFFET, W. Discusión del trabajo de Vacarezza (15).
15. VACAREZZA, A. y ROSASCO, C. Perforaciones traumáticas del recto en el niño. "Rev. Cirug. Uruguay", 35: 40: 1965.
16. WEIGEL, C. J. Traumatic injuries to the large bowel and rectum in industry. "Amer. J. Proctol.", 13: 155: 1962.