

SESION PLENARIA

RELATO: *

HERIDAS DE COLON Y RECTO

RELATOR:

Dr. CARLOS ACOSTA DUOMARCO

CONTRIBUCIONES:

Heridas de colon y recto. *Dres. Julio Mañana, Vladimir Guicheff y Erich Pollak.*

Tratamiento de las heridas de colon. *Dres. Boris Asiner, Alberto Valls y Victoriano Rodriguez De Vecchi.*

Lesiones colorrectales por cuerpos extraños ingeridos. *Dres. Hugo Bogetti, Antonio F. R. Pietravalle y Arnaldo Pagani.*

Heridas de colon. *Dres. Romeu Machado Da Luz Tarouco, Juan C. Castiglioni Barriere y Mario Camaño.*

DISCUSION

* El relato fue publicado en el Tomo I, pág. 231 a 249.

HERIDAS DE COLON Y RECTO *

Dres. JULIO MAÑANA, VLADIMIR GUICHEFF
y ERICH POLLAK

Presentamos a consideración de ustedes, 12 casos de heridas traumáticas de colon y recto, operados o seguidos en su evolución por los comunicantes.

De las 12 observaciones, 9 eran de sexo masculino y 3 de sexo femenino. Dos personas eran de raza negra.

La edad osciló entre los 16 y 79 años. Teniendo la década de 30 a 40 años, el mayor número de casos. El medio social a que pertenecían era de clase pobre, dado que las observaciones recogidas pertenecen a hospitales generales (Pasteur y Clínicas). El alcoholismo y la pederastia son causas concomitantes a destacar. Un caso probado de pederastia y otro sospechable.

Con respecto a la etiología, es de destacar: 9 lesiones traumáticas externas; 1 por empalamiento; 1 por probable lesión espontánea, considerando ésta como rotura del colon a un esfuerzo de defecación; y una rotura de recto peritoneal, por maniobra instrumental endoscópica (rectosigmoidoscópica) diagnosticada por el propio endoscopista al hacer la exploración proctológica; fue intervenida a las 9 horas del accidente traumático, con buena evolución. De las 9 heridas externas, 4 fueron por heridas de bala y 5 por arma blanca. Las heridas externas penetrantes produjeron, en su mayoría, lesiones multiviscerales o importante hematoma de algún compartimento peritoneal.

El lapso transcurrido entre la herida traumática y el momento de consulta, fue de: en 2 casos de media hora, 2 casos de 1 hora, 1 caso de 2 horas, 1 caso de 8 horas, 1 caso de 12 horas, 2 casos de 48 horas y 1 caso de 24 horas. En nuestros casos no ha existido mortalidad. Pero la presencia de peritonitis o infecciones periviscerales se ve con más frecuencia a medida que transcurren las horas. La causa de la consulta tardía depende más de la distancia que mediaba entre el lugar del accidente y el centro de asistencia, que a las razones de ocultamiento del herido por su estado patológico. Creemos que entre las 6 y las 9 horas, es un tiempo prudencial para que el pronóstico vital no se torne francamente desfavorable.

* Trabajo de la Clínica del Prof. Piquinela.

LESIONES ENCONTRADAS

En los 12 casos recogemos 16 heridas de intestino grueso, dado que alguna de las observaciones presentaba heridas múltiples.

La topografía fue: 4 veces de ciego; 4 veces de recto, 2 extraperitoneal y 2 intraperitoneal; 2 veces colon ascendente; 2 veces sigmoides, 1 vez ángulo derecho del colon, 1 vez ángulo izquierdo del colon. De colon descendente no tenemos ninguna observación. Con respecto a la topografía lesional, surge que el ciego, por su posición relativamente superficial y móvil, fue el órgano, junto con el recto, el más injuriado; las lesiones del recto se explican por agresiones endoanales. En nuestra casuística, tanto el sigmoides como el colon ascendente tienen la misma frecuencia. Puede explicarse en el sigmoides por su posición anterior y movilidad, pero no así en el colon ascendente. A pesar de su protección por la parrilla costal, tenemos una herida de cada ángulo cólico. La lesión del ángulo izquierdo del colon, fue una herida toracoabdominal puntiforme que lesionó el ángulo sin herida esplénica asociada. En las heridas toracoabdominales bajas y laterales, pensar en la posibilidad de la lesión colónica.

ANATOMIA PATOLOGICA LESIONAL

Depende: de la causa traumática, de las horas transcurridas y de las lesiones concomitantes o que desarrolló el proceso mórbido en su cronopatología. En nuestra casuística, las heridas fueron pequeñas, de 1 a 3 cm., en su mayoría regulares, con la mucosa evertida y parcialmente desgarrada, parece producirse la evaginación de la mucosa por la retracción de la muscular sobre la submucosa, y a la exuberancia de la capa mucosa. Generalmente el borde de la mucosa tiene un halo hemorrágico fino. No hemos observado una lesión por estallido. En una observación, probablemente por herida espontánea de la unión rectosigmoidea, la herida era limpia, de 2 cm. de diámetro, circular, con la mucosa evertida; el estudio anatomopatológico de ella no mostró lesión preexistente ni concomitante. La salida del contenido intestinal por la herida es un hecho no tan frecuente como es de imaginar. Tenemos una lesión del ángulo izquierdo del colon, puntiforme, que exclusivamente produjo un importante neumoperitoneo, sin salida macroscópica del contenido intestinal.

LESIONES ASOCIADAS

La lesión más frecuentemente observada es el hematoma del mesocolon y el hematoma retroperitoneal, ya sea pararrectal extraperitoneal o retroperitoneal de los flancos. Este hematoma

lo hemos observado seis veces; una vez de manera manifiesta, pues tuvo su origen en una herida de los vasos hipogástricos, creando una fistula arteriovenosa entre la vena y la arteria hipogástricas.

El hemoperitoneo fue escaso en la mayoría de las observaciones. La herida del epiplón mayor la observamos en un caso. Las heridas de asas delgadas, 5 asas delgadas, en 1 caso; heridas del lóbulo izquierdo del hígado, 1 caso. Peritonitis puriforme franca, 1 caso, que tenía una evolución de 48 horas. Peritonitis sospechable, 2 casos, uno de 12 horas de evolución y otro de una hora. Es de suponer que cuanto más tiempo transcurra entre el momento de la herida y el de la consulta, más frecuente será la contaminación peritoneal. Pero en un caso con un intervalo de una hora, había franca serosidad turbia dentro del vientre.

La celulitis retroperitoneal sólo la vimos una vez, y de grado moderado, en una paciente que tuvo una lesión de región glútea alta e hirió colon sigmoideo por detrás, produciendo un hematoma infectado retroperitoneal. En ninguna de las dos heridas de recto extraperitoneal vimos celulitis pélvicas.

TRATAMIENTO

Preoperatorio.— La intubación nasogástrica o con sonda de Cantor fue la regla. Hacemos resaltar la importancia del vaciado del tracto digestivo alto. Las medidas de reposición general tienen que ser adecuadas a cada paciente, pero con la premura que requiere el caso. La sonda vesical a permanencia es de rigor, por tener la obligatoriedad de la evacuación vesical (drenaje del Douglas) y para controlar la reposición postoperatoria. Antibioticoterapia de amplio espectro es la regla.

La anestesia.— En la totalidad de los casos fue general. Pero en un paciente de 79 años, con 48 horas de evolución de una herida de la unión rectosigmoidea, con peritonitis e íleo inflamatorio, a pesar de la sonda gástrica y de la vacuidad aparente del contenido intestinal alto, en la inducción anestésica realizó un vómito que inundó las vías aéreas, requirió suspender la anestesia, aspirar las vías aéreas y con anestesia local realizar una gastrostomía para aspirar el contenido digestivo para luego seguir con anestesia general la prosecución del acto operatorio. Creemos que estos vientres deben ser explorados casi obligatoriamente con anestesia general.

Las incisiones.— Existen diversos tipos de incisiones en nuestra casuística. Pero las incisiones medianas o paramedianas verticales, tienen la primacía.

El tratamiento efectuado.— Lo dividiremos en dos grandes grupos: a) las de colon y recto peritoneal, y b) las de recto extraperitoneal.

Las heridas de colon y recto peritoneal, fueron cerradas de primera intención en todos los casos, menos en uno, pues se trataba de una herida rectosigmoidea, francamente infectada, y se procedió a la exteriorización simple de la herida colónica. Los otros casos en su mayoría fueron cerrados en dos planos, uno total y otro seroseroso, generalmente con material de sutura no reabsorbible. En los dos últimos casos en que nos tocó actuar, hemos realizado un monoplano total. Con respecto a la derivación de las materias fecales, sólo se realizó en un caso, en el paciente que se había exteriorizado la propia lesión colónica de la unión rectosigmoidea. El drenaje fue de rigor, teniendo preferencia por el yuxtalesional y del Douglas, exteriorizados por contraaberturas.

Las lesiones del recto extraperitoneal: uno fue resuelto por una incisión y drenaje retrorrectal por vía perineal con drenaje del espacio perirrectal; concomitantemente se le realizó una colostomía izquierda de derivación. El otro caso se intervino y se hizo diagnóstico intraoperatorio de herida perineal del recto, retrovesical y se cerró con puntos separados de la lesión rectal, drenaje suprapúbico y dilatación anal con tubo endoanal.

Complicaciones y evolución.— Con respecto riesgo vital, en nuestra serie no tuvimos ninguna muerte. Las complicaciones que observamos fueron retenciones de orina en los heridos de recto extraperitoneal y una evisceración.

CONSIDERACIONES

Hemos incluido exclusivamente en este tema las heridas traumáticas de colon y recto, dejando de lado todas aquellas en que pudiese existir la sospecha de lesiones preexistentes, como neoplasmas, colitis ulcerosa, diverticulitis, etc. Incluimos sólo un caso que se etiquetó como lesión espontánea a un esfuerzo de defecación, pero nos quedó la duda de si no se trataba de una maniobra endoanal por pederastia. La mortalidad en nuestra pequeña casuística fue 0, elemento que nos llama la atención, porque hay estadísticas, como la de Reiffersel, de 1.722 casos, que arroja una mortalidad del 30%.

En cuanto a la conducta terapéutica, deben separarse dos grandes tipos: las de colon y recto intraperitoneal y las de recto extraperitoneal.

Las primeras deben ser intervenidas por vía abdominal; generalmente con cierre simple y avenamiento de la cavidad peritoneal, cursan bien. Debemos destacar que, en nuestra casuística, no tuvimos ninguna lesión grande de colon que nos

haya obligado a una resección de urgencia. La derivación contemporánea de las materias fecales por intermedio de una colostomía, puede ser obviada, pero no nos olvidemos que en casos de peritonitis evolucionada o herida francamente infectada, como en caso nuestro, la exteriorización de la lesión o la colostomía de derivación previa a la lesión, debe ser un arma en el arsenal terapéutico no olvidada. La gastrostomía descompresiva es otro de los recursos que no se deben olvidar.

En las heridas de recto subperitoneal, nos inclinamos por el drenaje del espacio pararectal por vía perineal y la colostomía de derivación en el sigmoide.

SUMARIO

- 1) Se presentan 12 heridas traumáticas rectocolónicas.
- 2) Se excluyen las posibles roturas colorrectales debidas a lesiones preexistentes de estas vísceras.
- 3) Se realizan consideraciones sobre etiología, sobre tiempo de evolución de la herida, sobre topografía de ésta, sobre lesiones concomitantes, elementos que deben ser jerarquizados para una buena prosecución del tratamiento.
- 4) Del punto de vista terapéutico, las separamos en dos grandes grupos: las de colon y recto intraperitoneal y las de recto extraperitoneal.
- 5) Para las de colon y recto intraperitoneal proponemos el drenaje de la cavidad abdominal y el cierre simple. Para las de recto extraperitoneal proponemos el drenaje por vía perineal y colostomía en el colon sigmoide.

BIBLIOGRAFIA

- BARGSTRÖM, S.—Subcutaneous emphysema following rectal perforation. "Act. Chir. Scand.", 104: 465; 1952.
- BOUCHERON, M.—Lesions traumatiques du colon. "Enc. Med. Chir. Fr.", 9062 M: 1957.
- GRODSKY, C.—Perforation of the colon and rectum. During administration of barium enema. "Dis. Colon. Rectum", 2: 216; 1959.
- JONES, J. D.—Perforations of the Rectum. "Brithis Med. J. Surg.", 6: 515; 1953.
- KLEIN, R.—Traumatic perforations of the rectum and distal colon. "Amer. J. Surg.", 86: 515; 1953.
- POINTIERS, R. G. GRECH, O. et DE BAKEY.—Traitement des plaies du gros intestin en pratique civil. "Ann. Surg.", 291: 1955.