

TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS DE COLON

Dres. BORIS ASINER,* ALBERTO VALLS **
y VICTORIANO RODRIGUEZ DE VECCHI ***

En nuestra labor como Cirujanos de Guardia **** hemos reunido cierta experiencia en los problemas del tratamiento de heridas de colon. En 1958 presentamos a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el resultado de una serie de heridas tratadas con la táctica de "cirugía en una etapa" —sutura primaria-resección anastomosis— en condiciones de "práctica civil" en que actuamos. Ampliando esa experiencia e incluyendo en la revisión los casos tratados en el Hospital de Clínicas de 1954 a 1966, efectuamos esta comunicación.

La lesión colónica resultante de trauma abdominal "abierto" o "cerrado", es poco frecuente en nuestro medio.

Heridas de colon (46 casos): únicas, 12; múltiples, 14; asociadas, 20.

Edad: osciló entre 12 y 63 años.

Sexo: predominaron los hombres en proporción de 2 a 1.

Las heridas colónicas (excluidas las operatorias), pueden ser

Traumatismos abiertos.

Heridas por:

Arma blanca	15
Arma de fuego (proyectiles o fragmentos)	23
A penetración:	
Abdominal	32
Extraabdominal	6
Toracoabdominal	5
Lumbar	0
Glútea	
Pelviana	0

* Cirujano Docente Adscripto de Cirugía (F.M.). Cirujano de Guardia del Hospital Maciel (M.S.P.). Cirujano del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas (F.M.). Jefe de Sala.

** Cirujano Profesor Adjunto de Cirugía (F.M.). Cirujano de Guardia del Hospital Pasteur (M.S.P.). Cirujano del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas (F.M.). Jefe de Sala.

*** Adjunto de Clínica Quirúrgica (F.M.). Cirujano ayudante (M.S.P.).

**** Hospitales: Maciel, Pasteur, de Clínicas (Fac. de Medicina) y Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

Traumatismos cerrados.

Directos

(Anterior, lateral, posterior, ej.: aplastamiento, por trauma contra columna, pelvis, costillas.)

Indirectos

(Ej.: desplazamientos bruscos, con desgarro: del meso o colon; caída de altura.)

0

Traumatismo desde la luz intestinal.

Endoscopia:

Rectosigmoidoscopia

Biopsia endoscópica.

Cuerpos extraños (espinas, escarbadientes etc.) 0

“Empalamiento”

Insuflación aguda distensiva, brusca: explosión por aire comprimido 0

Enema, en:

Estudio radiológico

Simple evacuador

0

Lesiones concomitantes.

Intestino delgado, 9; duodeno, 1; estómago, 0; diafragma, 2; hígado, 2; páncreas, 1; bazo, 2; vejiga, 1; tórax, 2; miembros (fracturas), 0; pelvis (fracturas), 0; traumatismo craneoencefálico, 0; epiplón, 4; mesoapéndice, 1; riñón, 1.

Tiempo transcurrido entre la lesión e intervención quirúrgica.

De 46 casos presentaron a su ingreso cuadro de:

Shock ...) Frecuentemente presentes en lesiones asociadas o
Anemia aguda) múltiples. Habitualmente en las heridas aisladas, la
Peritonitis ...) repercusión general observada fue poco importante
 (manifiesta).

Sumariamente analizaremos algunos de los múltiples factores que gravitan en la evolución y recuperación:

A) *Tipo. Caracteres del agente agresor.*
Modo de producción

1) *Arma de fuego:* Projectiles de revólver; de escopeta: bala, cartucho, chumbos.

Además de las lesiones intestinales colónicas, frecuentemente producen lesiones asociadas: ansas delgadas (múltiples o aisladas), etc. Las heridas de escopeta determinan habitualmente lesiones múltiples. Cuando el calibre es grande, los destrozos y gravedad son mayores.

Es importante considerar en el mecanismo de las heridas por bala, la producción posible, según calibre y velocidad del proyectil, una "zona de afectación perifocal", daño tisular, en la pared colónica y/o su vascularización, aun sin contacto directo. Cuando pierde su energía cinética (si el calibre es grande) produce, en su trayecto intraabdominal, lesiones colaterales, más allá de la zona del contacto directo, con posible necrosis consecutiva. Es importante tenerlo presente, porque requiere resección perifocal, "regularización" —en las heridas de la pared colónica— hasta zona supuesta sana, verificando el sangrado de los bordes. Evitará posible falla de sutura ulterior o de anastomosis. Podría explicar ciertos fracasos de "sutura primaria", gesto fácil y de simplicidad, pasible de haber sido realizado en tejido dañado, mal irrigado o distorsionado, dando necrosis secundaria. (Teniendo presentes otras causales concomitantes: contaminación e infección, distensión postoperatoria y fallas técnicas.) La lesión perifocal en heridas de arma blanca es mínima o inexistente.

2) *Arma blanca:* En nuestra serie, 15 a 38 por "traumas abiertos". La indicación operatoria que es imperativa, ha certificado penetración, topografía y caracteres lesionales.

3) *Desde la luz:*

- Cuerpo extraño: espina, escarbadiete, etc.
- "Empalamiento": graves, porque a menudo el hecho es ocultado; concurren tardíamente, o no son diagnosticados.
- Aparato de endoscopia: al introducir o tratar de franquear una zona estenosada, o al biopsiar (en sector colónico sigmoideo) sobre todo en viejos.
- Insuflación aguda: estallido, insuflación por aire comprimido, a menudo lesiones múltiples, sobre todo lado izquierdo, con efracción (completa o incompleta) parietal.
- Por enema: para estudio radiológico de colon o simple enema evacuador.

4) *Traumatismo cerrado de abdomen*: directo, indirecto.

El alcance colónico es poco frecuente en los traumatismos cerrados de abdomen. Tenemos dos casos en nuestra serie. El diagnóstico fue operatorio; la evolución satisfactoria. La producción de lesión colónica por trauma abdominal es grave, tanto por su presencia como por la frecuencia de lesiones concomitantes asociadas, en especial vísceras macizas (hígado, bazo), fracturas de pelvis, miembros, etc., que pueden desplazar la atención y que dificultan el diagnóstico preoperatorio y el tratamiento.

Resulta de todo ello, importante morbimortalidad.

La lesión colónica puede producirse por aplastamiento, compresión, desgarro o laceración. Frecuentemente aquí el trauma se aplica en una superficie limitada de abdomen en forma intensa, brusca, con alta velocidad (choque de vehículos, etc.). A menudo son hallazgos operatorios en intervenciones realizadas por hemorragia interna o peritonitis en evolución. El colon, como víscera hueca (paredes colapsables), puede escapar al efecto del trauma (mayor frecuencia de lesión en ciego ascendente por sus paredes finas), lo que estaría en relación con su poca frecuencia, sumado a su posición periférica. En sujetos alcoholizados, politraumatizados, la lesión puede estar "enmascarada" y la eventual presencia de shock o hemorragia hacer difícil el diagnóstico preoperatorio; más aún cuando lesiones asociadas importantes desvían la atención. En las heridas penetrantes la intervención obligatoria tiene alcance diagnóstico y terapéutico. Se tendrá presente que la lesión parietal abdominal es el hecho más frecuente (lesión cutánea, equimosis, hematoma, rotura muscular). Pero excluir lesión visceral, en este caso colónica, presenta serias dificultades. El estudio radiológico simple agrega importantes datos. Será unido al análisis de los hechos clínicos. Permitirá orientar la conducta (morfología alterada, densidades, desplazamientos, elementos de irritación peritoneal, íleo, líquido intraperitoneal o neumoperitoneo). La contribución del laboratorio es a menudo escasa. La punción abdominal diagnóstica puede ser útil. Cuando es positiva (con análisis macro y microscópico de lo obtenido), es orientadora, pero cuando resulta negativa, su valor no es absoluto.

B) *Orificio de entrada. Posible trayecto*

Es probable la lesión colónica en toda herida penetrante abdominal o aun extraabdominal. Sea a topografía intra o extraperitoneal, especialmente si su curso se realiza sobre zona de proyección colónica. En heridas por arma de fuego es impor-

tante reconstruir el trayecto, previo estudio clínico y radiológico, teniendo en cuenta el orificio de entrada, localizando la bala si no hay orificio de salida o marcando ambos orificios con indicadores radiopacos (agrafes, monedas, etc.). Se tomarán placas simples, si es posible de pie, acostado, frente, oblicuas y perfil. En heridas a penetración toracoabdominal, la comprobación de la bala en el área de proyección abdominal es indicación de exploración quirúrgica. La posibilidad de lesión extraperitoneal obligará a la movilización y decolamiento, completando el examen de toda la circunferencia intestinal; evitará desconocer una herida posterior. Por otra parte, el estudio radiológico podrá ser útil también para estudio de lesiones concomitantes (craneoencefálicas, tórax, miembros, pelvis, etc.).

C) *Localización de la lesión. Extensión. Forma*

La herida puede ser puntiforme, dando salida a escaso contenido o sólo gas. En colon descendente, con materias duras y alto tono parietal muscular, es posible no hallar elementos patológicos en la cavidad abdominal, induciendo a error y desconocimiento de una lesión. A veces una fístula fecal puede ser el resultado de ella. La contaminación y difusión está relacionada a la dimensión de la lesión y al tipo y carácter del contenido. Es más grave en el colon derecho y transversal (semilíquido). En la práctica civil la herida por arma blanca es frecuentemente lineal. La producida por proyectiles, balas (calibre chico) son pequeñas, desgarradas, únicas o múltiples, separadas o agrupadas en un solo sector colónico. Puede estar en el borde antemesentérico, única (lateral, tangencial), en pleno colon, frecuentemente dos heridas, una anterior y otra posterior (que siempre será investigada). El destrozo puede ser extenso y plantear la necesidad de resección (varias lesiones en un sector), anastomosis primaria o, exteriorización, con abocamiento como ano. Reiteramos la importancia de tener presente la "lesión perifocal" en heridas por bala. El inventario lesional exploratorio podrá afirmar o excluir lesiones asociadas intraperitoneales (ansas delgadas, etc.), o retroperitoneales (vasos y vísceras). Será investigada la condición del meso, heridas, a disposición radial o transversal, paralelas al margen intestinal, que son más graves por mayor posibilidad de interferencia vascular o simplemente por afectar un vaso importante. Pueden resultar hematomas más o menos extensos y secundaria necrosis intestinal, que es necesario tratar. Puede haber contenido patológico intraperitoneal, sangre, materias, gas o, en el espacio retroperitoneal, edema, enfisema, infiltración sanguínea o hematomas.

D) *Traumas toracoabdominales. Cerrados. Abiertos*

Los traumatismos toracoabdominales fueron: cerrados (1), abiertos (3), sobre todo en el lado izquierdo. Aun en los no penetrantes pueden producirse lesiones colónicas y esta posibilidad debe ser tenida en cuenta. Se plantean a veces problemas de conducta y de tipos de incisión. Si no existen contraindicaciones, se efectuarán radiografías de tórax que serán valiosos elementos de juicio. De ser necesaria la exploración quirúrgica del tórax y de abdomen, en general nos inclinamos por incisiones particularizadas para cada sector.

E) *Lesiones asociadas.*
(*Intestino delgado, etc., vísceras sólidas, etc.*)

La exploración y el inventario serán meticulosos, aun sin planteamiento previo de posibilidad.

F) *Tipo. Táctica quirúrgica instituida*

La gravedad es diferente por lesión pequeña reparable a otra que requiera resección o "cirugía en etapas".

G) *Edad. Estado general del paciente*

Estos elementos, como la presencia o ausencia de shock o hemorragia, influyen a veces decisivamente en la conducta.

TACTICA QUIRURGICA

El plan quirúrgico, orientación táctica, puede ser cumplido realizando:

- a) "Cirugía en una etapa":
 - por "sutura primaria";
 - por "resección-anastomosis" y restablecimiento de la continuidad.*

En lesiones de ciego y colon ascendente extensas, la resección cólica con anastomosis ileocólica, evitará ileostomía.

- b) "Cirugía en más de una etapa":
- por "simple exteriorización o derivación externa;
 - por "sutura de herida distal y colostomía por encima" (colostomía de desfuncionalización);
 - por resección del sector lesionado y exteriorización de los cabos.

En la elección de una u otra táctica —intervención única o intervención inicial seguida de operaciones adicionales— es conveniente tener presente tanto el viejo consejo "es preferible curar el enfermo en más de una intervención que matarlo en una", como el más recientemente complementado propuesto por Chifflet: "curar al enfermo en una operación es mejor que dejarlo morir en tres". La táctica será acorde al análisis de todas las circunstancias presentes, en cada caso individual.

Los avances quirúrgicos fundamentan una necesaria revisión de la actividad quirúrgica en el tiempo. No se sustrae a estas circunstancias, lo referente a la orientación táctica en el tratamiento de las heridas colónicas. Es necesario un análisis juicioso para la adopción de la conducta a cumplir.

La experiencia bélica ha valorado favorablemente la cirugía "en etapas", resultando una disminución de la morbimortalidad. Sin embargo, la aplicación de esta orientación a la práctica civil, ha determinado que autores (Imes, P. R. y col.; Pontius, R. G. y col.; Wordhall, J. P. y Ochsner, A.; Roof, W. R. y col.; De Bakey, M., etc.) con importantes estadísticas, sustenten un criterio diferente para la práctica civil. Aconsejan la "cirugía en una etapa"—"sutura primaria"—"resección-anastomosis". Nuestra experiencia está de acuerdo con este criterio, aunque basada en indicación seleccionada, de acuerdo a cada caso y posibilidades. Resulta de ello:

- disminución global de la mortalidad,
- disminución de la morbilidad,
- abreviación de los plazos de internación y economía.

Hay ya una experiencia mundial que valora la orientación señalada. En el Uruguay, Prat, D. efectuó dos suturas primarias; Otero, J. P. una, aunque manifestándose contrario a dicha conducta. Posteriormente, Bortagaray, C. y Realini, M. se suscriben a esta conducta, que Larghero enseñaba en sus guardias y había publicado en "Temas de Urgencia". Cendán, J. E., en 1952, efectuó en uno de sus casos, resección primaria (lesión extensa cólica derecha) con anastomosis. En 1958 presentamos a la Sociedad de Cirugía una serie de heridas de colon tratadas, con esta orientación, preconizando la táctica de cirugía en "una etapa". En 1962, Praderi, R. y Ormaechea, C. presentan otra serie con la misma tendencia.

En la actividad bélica, las heridas suelen ser:

- por proyectiles, fragmentos, de calibre grande, alta velocidad y potencia;
- hay a menudo atraso en la aplicación del tratamiento quirúrgico;
- contaminación habitualmente evolucionada, con toque peritoneal mayor;
- resultante deterioro del estado general;
- interferencia en el transporte de heridos.

En estas circunstancias, lo aconsejable ha sido exteriorizar la lesión colónica tendiendo a la “cirugía en etapas”.

En la práctica civil, las heridas colónicas suelen ser:

- por proyectiles de baja velocidad y escaso calibre;
- lo habitual es que no haya gran dilación en la aplicación terapéutica e intervención quirúrgica;
- los medios disponibles son mejores.

A pesar de realizarse una “cirugía” con colon no preparado —sin vacuidad ni aseptización previa, microbismo latente importante—, es posible por adecuada técnica (“toilette”, aislamiento de focos, aspiración, secado, lavado y uso de antibióticos), disminuir el grado de contaminación e infección. Ya en 1917, Frazer y Drummond publicaron el resultado de heridas colónicas tratadas con “sutura primaria”. Y en 1945, Imes, P. R. señala sus ventajas. Aplicación seleccionada del procedimiento, con esa tendencia. Otros autores presentan resultados coincidentes. En nuestro medio era habitual la “cirugía en etapas” con exteriorización o desfuncionalización colónica, tal como el Prof. Larghero lo preconizara.

La orientación táctica será resuelta luego de analizar cada caso, tomando en cuenta:

- 1) Condiciones del estado general y edad, presencia o no de shock y/o hemorragia.
- 2) Inventario lesional: tipo, magnitud, extensión y topografía de la lesión.
- 3) Grado de contaminación.
- 4) Agente causal.
- 5) Tiempo transcurrido desde la lesión hasta el tratamiento operatorio.
- 6) Existencia de lesiones concomitantes asociadas (abdominales, extraabdominales).
- 7) Disponibilidad del “medio quirúrgico” (sangre, materiales, etc.) y experiencia quirúrgica.
- 8) Posibilidad en el manejo de la lesión y eventual presencia de obesidad.

Tendiendo a cirugía en “una etapa”, previo análisis de los numerales señalados.

Es aconsejable, y puede ser imperativo, la cirugía en “etapas”, si la lesión es:

- extensa;
- si hay importante contaminación;
- si hay retraso en la aplicación de la terapéutica e intervención;
- si las condiciones generales son deficitarias, incluyendo en el balance la edad;
- o por lesiones asociadas graves o importantes.

DIAGNOSTICO DEL ALCANCE LESIONAL COLONICO

Una juiciosa valoración clínica (examen general, abdominal, tacto rectal, etc.), estudio de la posición del paciente y heridor, tipo de arma, calibre, etc., estudio del trayecto, orificio de entrada y salida con el complemento de radiología (ubicación de la bala y reconstrucción de su curso), existencia de proctorragia, etc., pueden orientar al diagnóstico de alcance colónico. El primer paso es el contralor y nivelación del estado general, “reanimación”. Es aconsejable establecer una ordenación en el plan terapéutico. Corregir los disturbios presentes, teniendo en cuenta que el tratamiento de la lesión colónica es un objetivo a cumplir, pero no siempre prevalente, cuando hay lesiones asociadas importantes. Será resuelto luego de un inventario completo de la situación. Es de primer plano, en caso de herida toracoabdominal.

La signología es habitualmente poco evidente en la etapa inicial (en especial en traumas cerrados) y no está “integrada” en forma completa, salvo casos evidentes y claros. Reafirmamos que no existe período asintomático —“etapa libre”— sino situaciones en las que es difícil el reconocimiento de existencia de complicación visceral colónica. Sobre todo en los politraumatizados, donde tiene valor fundamental el contralor imprescindible, sucesivo, seriado y personal, “no delegado”. Reiteración de exámenes clínicos y eventualmente radiológicos (aun la posible punción abdominal diagnóstica). Es necesario realizar la intervención en etapa “recuperable”. Habrá constancia en la historia de la condición del estado general, pulso, presión, temperatura axilar y rectal, resultado de contralor de diuresis, aspiración nasogástrica (cuando está intubado) y la impresión clínica. Las manifestaciones de alcance lesional colónico son habitualmente las de peritonitis más o menos evolucionada. El solo dolor a la compresión y descompresión localizado en un sector

abdominal o que se hace extensivo en un enfermo politraumatizado, es ya elemento de juicio importante. Aunque son característica habitual de lesión de víscera maciza, pueden estar presentes el shock y la anemia. En caso necesario se interrogará también a los testigos. Forgue señalaba que “en los casos de duda, operar”. Es una indicación siempre aconsejable y la experiencia lo ha confirmado. La morbimortalidad está aumentada en operaciones “demoradas”. Cualquiera sea el agente de la herida abdominal, la complicación visceral —en este caso colónica— como de toda otra víscera, no será jamás excluida por el mero examen objetivo, explorador externo. Más aún por la proscrita “exploración” por estilete o digital. Únicamente con todo preparado como para intervención mayor, será cumplida la exploración quirúrgica. Puede empezarse con anestesia local, pero disponiendo de anestesista y de todo el “equipo” (clasificación sanguínea, sueros suficientes, aspiradores, etc.). Herida penetrante con complicación visceral, como posibilidad, sólo será afirmada o excluida por exploración quirúrgica completa. El alcance colónico será planteado por:

- la topografía de la herida colónica;
- la existencia de cuadro peritoneal;
- la exteriorización fecal por la herida;
- la exteriorización de sangre por el ano;
- evisceración y lesión visible (sectores de colon móviles).

Toda herida penetrante abdominal tendrá posible significación de alcance visceral-intestinal colónico. Requiere una inmediata y oportuna intervención quirúrgica. No será pospuesta si hay hemorragia o por la comprobación de una presión arterial baja. Lógicamente se hará reposición sanguínea. En el hemiabdomen derecho, el cecocolon está en extensión prevalente; en el sector izquierdo alto, el transversal, con meso móvil y en el izquierdo bajo, e hipogastrio, el sigmoide, también con meso móvil. Tenemos casos en nuestra serie de lesión sigmoidea por herida penetrante de fosa iliaca derecha. Lógicamente vinculado al arma, a la penetración y dirección. De ahí que todo sector de colon móvil debe ser siempre explorado, aun en heridas de topografía alejada.

Anestesia general, intubación endotraqueal, buena vía de aire y oxigenación. Prevenir y evitar vómitos, inundación respiratoria. Adecuada aspiración de secreciones al final de la intervención.

Incisión siempre amplia, mediana infraumbilical o supraumbilical, extendidas, o paramediana derecha o izquierda. En ciertos casos hemos usado incisión de Gurd, “bitransversa” supra

o infraumbilical. Lo importante es lograr, de acuerdo al hábito individual, una amplia exposición (uso de separadores de García Capurro o de "valvas gigantes").

Exploración: Inventario lesional completo aislando los focos de contaminación, limitándolos (uso de aspirador, limpieza y aun lavado en procesos difundidos, con suero y antibióticos en solución si es posible, y aspiración, Cetavlon o Espadol en la herida misma). En casos de hemorragia, hemostasis inicial y reposición sanguínea. En cuanto al lavado, creemos con Altemeier, W. A. que en casos de afectación localizada es innecesario. La supresión de la polución macroscópica y el cierre de perforaciones y zonas de posible fuga, dado que la cavidad peritoneal tiene resistencia, permite con el complemento de antibioticoterapia general de amplio espectro, prescindir del lavado. Este puede debilitar las defensas naturales contra la infección y facilitar la difusión de bacterias al resto de la cavidad abdominal.

Táctica: Efectuar el tratamiento de la lesión, si es posible, en el sector colónico superficializado; dominio y facilidad de maniobras. Identificación de la lesión orientado por la herida y trayecto, con inventario lesional minucioso. Las lesiones serán bloqueadas y aisladas. Nuestra conducta tiene tendencia a la reparación "primaria" adecuando a los elementos anteriormente señalados. No desconocer o dejar lesión sin tratar. A pesar del hecho de que se actúe habitualmente sobre colon no asepticado, con contenido fecal, es posible, cumpliendo las premisas antedichas, obtener resultados satisfactorios en la mayoría de los casos. Los resultados han sido:

Las complicaciones tenidas, fueron	Morbilidad por	{	íleo postoperatorio	2	
			infección de herida parietal, incisión ...	6	
			fístula por falla de sutura	4	
			absceso	1	
			evisceración	1	
			eventración	3	
			parotiditis	1	
	Mortalidad por	{	embolia	1	
			peritonitis {	por falla de sutura	0
				(Es decir, que por sutura primaria, no ha habido mor- talidad.)	
Contaminación evolucionada				1	
		hemorragia retroperitoneal por lesión renal	1		

Habitualmente dejamos drenaje 'de contralor' cercano al foco, sacado del modo más directo, por contraabertura, así como drenaje del Douglas en los casos requeridos. Si la "reparación primaria" se juzga imposible, se decidirá por:

- exteriorización o
- colostomía y desfuncionalización o
- sutura y colostomía proximal,
- resección y exteriorización de los cabos (más fácil en colon transversal y sigmoide).

Procedimientos de "cirugía en etapas", que estarían así justificados, como la larga convalecencia que de esta táctica surge, y operaciones adicionales, con posible morbilidad. En varias estadísticas "la reparación primaria" —sutura— tiene un índice cercano a "0" (cero) de mortalidad y la "resección primaria" y "anastomosis", "táctica de reparación primaria", también tiene menor o igual mortalidad que la "táctica en etapas".

Hemos realizado "sutura primaria" en:

- heridas de bordes netos o fácilmente regularizables, recortando los bordes atricionados o alterados (edema, infiltración hemática, etc.) de zona lesional perifocal parietal;
- buenas condiciones vitales del sector colónico afectado, buen color y buen sangrado;
- meso indemne, con buenos latidos en pedículos y arcada marginal colónica.

Efectuamos la sutura, reparación, en el sentido transversal al eje, evitando estenosis. Cuando hay importante atrición, el sector colónico afectado será resecado, hasta zona de segura viabilidad. Cuidamos en afrontar más que bordes, "superficies", con buen apoyo seromuscular por puntos totales separados, hilos no reabsorbibles, invaginantes o aun surget de catgut crómico "0" fijado en trechos, evitando "sutura en bolsa". Plano seroso de cubierta con hilo fino, no reabsorbible, a puntos separados, evitando diafragmas o estrecheces.

La "resección y anastomosis" con restablecimiento de la continuidad en casos de:

- imposibilidad de "sutura" primaria, o
- lesión extensa, en especial con topografía cecoileal (evitar ileostomía), o
- varias lesiones juntas en un sector resecable, o
- existencia de compromiso vascular, pedicular, o de la arcada marginal.

Si hay imposibilidad de “reparación primaria”, la “exteriorización” —con o sin movilización colónica en sector colónico fijo— tiene su indicación. En lesiones sigmoidorrectales bajas puede efectuarse colostomía proximal, sigmoidocolónica o transversa derecha, agregada a la sutura y el drenaje correspondiente. En los casos de hematomas —lesión de meso extensa—, será investigada la irrigación vascular colónica cuidadosamente: circulación en las arcadas marginales, condición, calibre, y aspecto y latidos, así como los pedículos principales. Si se hace resección, se investigará el modo de sangrado del corte de sección.

Hacemos prevención de evisceración —dehiscencia parietal— realizando puntos de contención totales; extraperitoneales —refuerzo— apoyados sobre tubos cortos de goma por delante de la herida operatoria (con acero o nylon).

En el postoperatorio usamos antibióticos de amplio espectro y el contralor es ajustado a un balance diario (hídrico-electrolítico, etc.) en los casos requeridos. Hacemos profilaxis y prevención antitetánica; en ciertos casos hemos hecho también la antigangrenosa. Damos énfasis a la movilización en cama y al levantamiento precoz.

El resultado de nuestra serie ha sido:

En 46 casos de lesiones colónicas	Operados: 45	Cirugía en una etapa	Sutura primaria	35
			Mortalidad	0
			Morbilidad (fistulas)	4
			Resección-anastomosis	2
			Mortalidad (por hemorragia retroperitoneal)	1
		Cirugía en más de una etapa	Exteriorización simple	4
			Con colostomía	3
			Con cecostomía	1
			Sutura con exteriorización	2
			Con fistula	1
			Con evisceración	1
		Resección con colostomía	0	
	No operados: 1 (lesión por rectosigmoidoscopia).			

Mortalidad:

- 1 muerte por rectosigmoidoscopia.
- 1 muerte por embolia al 9º día.
- 1 muerte por hemorragia retroperitoneal.
- 1 muerte por peritonitis evolucionada fecal.
- 1 muerte por falla renal aguda.

Morbilidad:

- 4 fistulas.
- 6 supuraciones de herida operatoria.
- 1 evisceración.
- 2 eventraciones.
- 1 íleo.

RESUMEN

Se presenta la experiencia en el tratamiento de una serie de heridas de colon en "condiciones de práctica civil", analizando su modo de presentación —patología y clínica— en relación a la orientación terapéutica quirúrgica —táctica de cirugía en una "etapa"— "reparación primaria" como tendencia. Son también analizadas otras posibilidades de solución, de acuerdo a diferentes tipos lesionales.

BIBLIOGRAFIA

- ASINER, B. y VALLS, A. Hemorragias colónicas. "Bol. Soc. Cir. Urug.", T. XXXII: N° 45; 1961.
- BEALL, A.; CROSTHWAIT, R. W. y DE BAKEY, M. E.—"Clínicas Quirúrgicas de N. A.", Octubre 1965, pág. 1273.
- BOWERS, W. F. and TURELL, R.—D. of Colon and Rectum. "S. Co.", 1959.
- BORTAGARAY, C. y REALINI, M.—"Bol. Soc. Cir. Urug.", 18: 701; 1947.
- BRADFORD, B. (Jr.); BATTLE, I. H. (Jr.) and PASSACHOF.—"Ann. of Surg.", 123: 32; 1946.
- CENDAN ALFONZO, J. E.—Comunicación personal, 1952.
- COLCK, B. P.—"Surgery", 17: 1; 1945.
- CUTLER, E. C.—"Surg. Ginec. Obst.", 82: 261; 1946.
- DIXON, J. C.; MARTIN, G. and OCHSNER ALTON.—"Am. J. Surg.", 68: 143; 1945.
- CHRISTENSEN, N.; IGNATIUSS, S. and MATHEWSON, C.—"Am. J. of Surg.", 89: 753.
- FRASER, Y. and DRUMMOND, H.—"Brit. J. Surg.", 1: 321; 1917.
- GORDON TAYLOR, G.—"Brit. J. Surg.", 32: 247; 1944
- IMES, P.—"Surg. Ginec. Obst.", 81: 608; 1945.
- ISAACSON, J.; BUCK, R. and KHALER, R.—"Dis. Col. and Rect.", 4: 169; 1961.
- LARGHERO YBARZ, P.—"Temas de E. de Urgencia, 95: 127. Monteverde. Montevideo, 1944.
- LAUFMAN, H.—"Surg. Ginec. Obst.", 72: 219; 1946.
- LORIA, F. L.—"Surg. Ginec. Obst.", diciembre 1948.
- MILSTEIN, J. Comunicación personal.

- OTERO, J. P.—“Bol. Soc. Cir. Urug.”, 21: 331; 1950.
- PIQUINELA, J. E. y MEROLA, L. (h.).—“Bol. Soc. Cir. Urug.”, 31: 14; 1960.
- PONTIUS, R.; GRECH y DE BAKEY, M. E. “Ann. Surg.”, 196: 291; 1957.
- POER, D. H.—“Arch. Surg.”, 61: 1058; 1950.
- PRAT, D.—“An. Fac. Med. Montevideo”, 6: 455; 1921.
- ROOF, W.; MORRIS, A. y DE BAKEY, M. E.—“Am. J. Surg.”, 99: 641; 1960.
- SILVEIRA, C.—“7º Cong. Urug. Cir.”, 1: 149; 1956.
- SUIFFET, W.—Comunicación personal.
- TAYLOR, E. R. and THOMPSON, J. E.—“I. A. in S. G. y O.”, 87: 105-209; 194
- TUCKER, J. W. and FEY, W. P.—“Surgery”, 35: 213; 1954.
- VALLS, A. y ASINER, B.—“Bol. Soc. Cir. Urug.”, T. 29, Nº 6: 383-393; 195 .
- WOODHALL, J. P. and CHISNER, A.—“Surgery”, 29: 305; 1951.