

CONTRIBUCION.

HERIDAS DE COLON *

*Dres. ROMEU MACHADO DA LUZ TAROUCO,
JUAN C. CASTIGLIONI BARRIERE y MARIO CAMAÑO*

I) INTRODUCCION

Nuestra contribución al tema se limitará al análisis de las historias clínicas del archivo de la Clínica Quirúrgica 1, en los últimos veinte años (1946-65).

Dejaremos de lado los traumatismos del recto por haber sido motivo de una reciente comunicación de uno de los autores (4).

No entraremos a discutir el diagnóstico de las heridas de colon, que en general no plantea problemas. La existencia de la herida, su topografía, el examen del abdomen, el tacto rectal y la radiografía simple (la contrastada está proscrita cuando se sospecha lesión colónica), llevan en general a la laparotomía inmediata. En caso de duda la exploración quirúrgica no debe posponerse más de seis horas, ya que los resultados mejoran con la precocidad del tratamiento.

Centraremos nuestro estudio en la conducta a seguir con una herida de colon, ya que éste es el problema básico que enfrenta el cirujano que encuentra este tipo de lesión, sin entrar en el estudio de la patología.

La experiencia emanada de las últimas grandes guerras (1,7) y en nuestro medio los trabajos de Larghero (3), enseñaron que el tratamiento de elección de una herida de colon, dada su gravedad y posibilidades evolutivas, era la exteriorización o la sutura con colostomía proximal. Este criterio ha permitido salvar muchas vidas.

La evolución de la cirugía, los modernos conocimientos sobre la fisiopatología del shock, el uso más amplio de la transfusión de sangre y antibióticos, el perfeccionamiento de la anestesiología y la técnica quirúrgica, han hecho que tal criterio estricto fuera sustituido por uno más amplio y ecléctico y que se adecúa a una serie de factores: edad del enfermo, agente causal de la herida (arma blanca o de fuego), estado del peritoneo, tipo de lesión colónica, asociaciones lesionales, etc.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Walter Sniffet.

El herido de colon es portador de una peritonitis hiperséptica o de una celulitis de ese tipo en las zonas de acolamiento, que es habitualmente la causa de muerte. Es preciso recordar que, en estos casos, la herida se produce en un colon lleno de materias, lo que la diferencia de las heridas iatrogénicas, producidas generalmente en un colon preparado para la intervención.

Las asociaciones lesionales son el otro factor a considerar en el pronóstico de estos enfermos.

II) MATERIAL

Se limita a las historias que han llegado a nuestras manos. No agregamos casos privados para no apartarnos de nuestro fin, que es aportar la experiencia de la Clínica en que actuamos.

Analizamos 19 casos de heridas de colon, en un total de 160 traumatismos de abdomen fichados.

III) ETIOLOGIA

Los 19 casos comprenden 14 heridas por arma blanca y 5 por arma de fuego.

La preponderancia del sexo masculino es amplia: 17:2. Predominan los adultos jóvenes entre 20 y 30 años.

IV) TRATAMIENTO

El tratamiento médico recibido se adaptó a la conducta que en cada época se seguía frente a la peritonitis y el shock. Destacaremos el uso más adecuado, con el correr del tiempo, de los antibióticos, la transfusión de sangre y las soluciones hidroelectrolíticas.

Desde el punto de vista quirúrgico se practicaron dos procedimientos: 1) *Exteriorización*, con o sin sutura previa del colon lesionado, en 14 casos. Hubo dos muertes en este grupo, lo que hace un 13,3%. 2) *Sutura primaria* en 5 casos, todos con buena evolución.

No encontramos en nuestra revisión ninguna resección de colon ni sutura con colostomía proximal, procedimientos que pueden tener indicación en este tipo de enfermos.

V) ANALISIS DE LOS CASOS

La distribución según la topografía de la lesión, el tratamiento realizado y la evolución, es la siguiente:

Heridas de ciego: 3 casos, uno de ellos con lesión de yeyuno asociada. Se hizo sutura en los tres, agregándose en uno apendicectomía. Evolucionaron bien, con un promedio de internación de 11 días.

Herida de colon ascendente, 1 caso. Se hizo sutura primaria y evolucionó bien. Alta a los 11 días.

Heridas de colon transverso: 9 casos. Cinco por arma blanca y 4 por bala. De las heridas por arma de fuego, 1 se asoció con lesión de riñón izquierdo y otra con herida de hígado y riñón derecho. Todas fueron exteriorizadas y evolucionaron bien, con un promedio de internación de 48 días. El paciente que tuvo asociada lesión de hígado, debió ser reintervenido por peritonitis biliar.

De las heridas de arma blanca, dos afectaban sólo al colon, una fue suturada y otra exteriorizada, evolucionando bien. La tercera se asoció a herida de riñón y yeyuno; exteriorizada, evolucionó bien. Promedio de internación en estos tres casos: 11,3 días. Las dos restantes tenían lesión de estómago asociada, agregándose en una herida de hígado con anemia aguda. Ambos fallecieron, encontrándose en la necropsia una peritonitis difusa en los dos casos, a la que se sumaba en uno de ellos una complicación pulmonar debida a la aspiración de un vómito durante la inducción anestésica.

Heridas de ángulo izquierdo: 3 casos, 2 por arma blanca y 1 por bala. Este, asociado a lesión renal, se exteriorizó el colon y fue dado de alta a los 11 días. De las heridas por arma blanca, una fue suturada y dejado el colon bajo la piel. Falló la sutura con formación de un flemón pútrido, que al ser drenado se transformó en una colostomía. Alta a los 21 días. Este paciente evolucionó bien gracias a la exteriorización. El restante tenía heridas de yeyuno asociadas y se le hizo cierre primario. Alta a los 20 días.

Herida de colon descendente: 1 caso, por arma blanca, se exteriorizó. Alta a los 19 días.

Heridas de colon sigmoide: 2 casos, por arma blanca. Una asociada a herida de tórax, se le exteriorizó el colon y fue dado de alta a los 17 días. El otro paciente presentaba cuatro heridas de delgado, que fueron tratadas. Como presentó signos de peritonitis, fue reintervenido al cuarto día, comprobándose dos heridas de sigmoide que habían pasado desapercibidas. Se exteriorizó el colon, se trató la peritonitis y fue dado de alta a los 18 días.

De los 14 pacientes con exteriorización del colon, no se analiza el reingreso para el cierre de la colostomía. Sólo diremos que no hubo ninguna muerte por este procedimiento.

VI) CONCLUSIONES

La elección del procedimiento a practicar en un colon herido, depende de muy diversos factores.

En nuestra serie, los casos en que se practicó la sutura primaria tuvieron una evolución ideal. Llenaban, para practicar tal procedimiento, varias condiciones:

- heridas de arma blanca, punzantes o cortantes pequeñas, sin atricción de tejidos ni hematomas;
- ausencia de lesiones asociadas importantes, abdominales o en otros sectores;
- ausencia de peritonitis constituídas y posibilidad de realizar el tratamiento precozmente;
- que desde el punto de vista general no hubieran taras previas que contraindicaran este procedimiento, potencialmente más riesgoso;
- disponer de los medios para el correcto tratamiento, médico y quirúrgico.

Cuando no se llenan todas las condiciones para dar al herido las máximas seguridades, se debe de practicar otro procedimiento, que puede ser: la exteriorización, transformando la herida en una colostomía; exteriorizar el colon suturado; sutura primaria con colostomía proximal; en casos excepcionales, resección.

En las heridas por bala, la fuerza viva del proyectil determina lesiones moleculares a distancia de la herida, lo que puede hacer fallar una sutura que tomó tejidos aparentemente sanos. Este solo factor hace riesgoso y no aconsejable el cierre primario en estas circunstancias.

La mortalidad de esta serie, en la que predominan los procedimientos de exteriorización, es de 10,5%, acorde con la de las mejores estadísticas consultadas (2, 5, 6, 7).

Se debe señalar que las muertes ocurrieron en enfermos que tenían otra víscera afectada, lo que recalca la conocida gravedad que las asociaciones lesionales imprimen a cualquier traumatismo abdominal. Los dos fallecidos de nuestra serie, al igual que en la de Larghero (3), presentaban la asociación de herida de colon y estómago, confirmando que son las más graves (3).

VII) SUMARIO

Se analizan 19 casos de heridas de colon: 14 por arma blanca y 5 por arma de fuego. En 5 casos se hizo cierre primario con buena evolución. En los 14 restantes se exteriorizó el colon lesionado. Fallecieron 2 pacientes con lesión asociada de colon y estómago.

VIII) BIBLIOGRAFIA

1. HAMILTON BAYLEY.—Surgery of modern Warfare. 3^o Ed. E. & S. Livingstone Ltd. Edinburgh, 1944.
2. ISAACSON, J. E.; BUCK, R. L. and KAILLE, H. R.— Changing concepts of treatment of traumatic injuries of the colon. "Dis. Colon & Rectum", 4: 168; 1961.
3. LARGHERO YBARZ, P.— Heridas de abdomen con lesión del intestino grueso. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 13: 409; 1942.
4. MACHADO DA LUZ TAROUÇ, R.— Perforaciones traumáticas del recto. "XVI Congr. Urug. Cir.", T. II: 466; 1965.
5. PONTIUS, R. G.; GREECH, O. and DE BAKEY, M. E.— Menagement of large bowel injuries in civilian practice. "Ann. Surg.", 146: 291; 1957.
6. ROOF, W. R.; MORRIS, G. C. and DE BAKEY, M. E.— Menagement of perforating injuries to the colon in civilian practice. "Am. J. Surg.", 99: 641; 1960.
7. VANNIX, R. S.; CARTER, R.; HINSHAW, D. B. and JOERGENSEN, E. J.— Surgical menagement of colon trauma in civilian practice. "Am. J. Surg.", 106: 364; 1963.