

RUPTURAS MULTIPLES DE INTESTINO DELGADO POR CONTUSION ABDOMINAL DIRECTA

Dres. ALBERTO L. PATARO
y *ANTONIO F. R. PIETRAVALLO*

La ruptura del intestino delgado por un traumatismo cerrado de abdomen o por otros mecanismos, ocasiona cuadros sumamente graves, claros y de fácil diagnóstico en ciertas oportunidades, pero en otras su diagnóstico es difícil, sobre todo cuando la perforación es muy pequeña y es bloqueada rápidamente por el epiplón o vísceras vecinas.

El estado de shock que acompaña a estos enfermos posterga a veces la intervención quirúrgica precoz, que es el tratamiento ideal para estos casos. Cuando el diagnóstico no es correcto o faltan elementos de juicio para certificarlo, se prefiere esperar para favorecer la recuperación del enfermo, siendo a veces esta espera de funestas consecuencias.

La operación urgente por contusión abdominal, cuando está indicada, tiende a evitar la anemia aguda, o la infección peritoneal, y a veces ambas al mismo tiempo, cuando a las lesiones de vísceras huecas se suman rupturas vasculares, mesentéricas o de órganos parenquimatosos.

La ruptura de una víscera hueca produce de entrada la contaminación peritoneal y no la infección de éste. La peritonitis se establece después de cuatro a ocho horas de contaminación, según sea la septicidad de la víscera lesionada.

El tiempo transcurrido desde el momento del accidente hasta su intervención quirúrgica es fundamental, ya que los traumas abdominales que provocan hemorragias intensas se deben operar en el período de compensación de la hemorragia y las perforaciones que provocan peritonitis, en el período de contaminación.

Las rupturas del intestino delgado pueden producirse por diversos mecanismos; refiriéndonos exclusivamente a los traumatismos que no provocan lesión alguna en la pared abdominal,

señalamos entre los más frecuentes a los siguientes: 1º) por traumatismo directo, 2º) por esfuerzo (dentro de éstos están incluidos los traumatismos indirectos).

Los traumatismos directos actúan de distintas maneras sobre el intestino delgado, según las circunstancias: a) por aplastamiento sobre un plano posterior fijo y sólido, casi siempre la columna vertebral; b) otra forma de producirse la ruptura del delgado en la contusión abdominal es por estallido del mismo. Esto se observa generalmente en enfermos que padecen hernias. Pero no es necesario que existan siempre hernias para que se produzcan lesiones por estallido, ya que una contusión directa sobre un ansa llena de líquidos y con sus dos extremos fijos o con disminución bipolar de su luz por angulación, la puede hacer estallar; c) por arrancamiento, es otro mecanismo de ruptura del delgado si bien, según algunos autores es muy poco frecuente. Se produciría por la tracción que provoca el trauma sobre el intestino fijo en un punto, el cual podría ser el ángulo duodenoyeyunal o una fuerte adherencia. En estos casos, generalmente se produce también la ruptura del mesenterio, siendo por ello más grave aún la lesión. Esta causa actuaría juntamente con el aplastamiento en algunos casos.

Las lesiones anatomopatológicas son distintas en cada caso: las heridas por aplastamiento son más grandes, de bordes netos, alargadas en la dirección del ansa; las producidas por estallido son más pequeñas, redondeadas y, a veces, rodeadas de una pequeña equimosis. Asientan preferentemente en el borde antemesentérico. Las producidas por arrancamiento son más irregulares, con los bordes desflecados y tienden a ubicarse en el borde mesentérico o en sus proximidades, en general van acompañadas del desprendimiento circunscrito del meso.

El caso que motiva esta comunicación presenta el interés de la coexistencia de las tres lesiones descritas, lo cual es infrecuente en el traumatismo cerrado de abdomen.

Se trata del paciente S. M. de 29 años, italiano. Ingresa al Hospital Italiano de Buenos Aires, el 16 de diciembre de 1958, a las 4 horas de la mañana. Historia N° 390.260. Antecedentes personales y familiares, sin importancia. Enfermedad actual: Hace seis horas, mientras manejaba su camión, chocó con otro, recibiendo un fuerte golpe en la región periumbilical con el volante. Desde ese momento sintió un fuerte dolor en esa zona y en los flancos. Con el transcurso de las horas el dolor se había generalizado a todo el abdomen. Tuvo vómitos alimenticios. En esas circunstancias es enviado a una sala de primeros auxilios y desde ahí es trasladado a nuestro Hospital.

Estado actual: Enfermo febril, ansioso, se queja de intenso dolor abdominal. Temperatura axilar: 37,8 grados; rectal: 39,2 grados. Piel seca, mucosas pálidas. Cabeza y cuello: sin particularidades. Tórax: no presenta lesión.

nes. Aparato respiratorio: respiración torácica superior, superficial, taquipnea; no hay ruidos agregados. Aparato circulatorio: ruidos normales, silencios libres, taquicardia. Pulso aumentado de frecuencia: 120 por minuto, tenso, igual, regular. Tensión arterial: 120-60. Abdomen: semiglobuloso, simétrico. No se observa ninguna lesión sobre el mismo. Casi inmóvil con los movimientos respiratorios. Palpación superficial: despierta dolor en todo el abdomen y delata una contractura generalizada de toda la pared. Vientre en tabla. La palpación profunda es casi imposible, dado el gran dolor que despierta y la contractura de la pared que la dificulta. Percusión: signo de Jobert positivo, que se confirma radiográficamente mostrando el neumoperitoneo.

Se decide la intervención quirúrgica de inmediato, con diagnóstico de peritonitis por ruptura de víscera hueca. A las seis horas de recibido el traumatismo es operado. Anestesia general. Cirujano: Dr. Alberto Pataro. Incisión mediana supraumbilical. Abierto el peritoneo sale gran cantidad de líquido oscuro, casi dos litros, que es aspirado. Exploración intraabdominal: no se hallan lesiones en estómago, hígado y bazo, que son normales. Al explorar intestino delgado se hallan múltiples perforaciones de distintos tipos y tamaño en un tramo de unos dos metros y a un metro de distancia de la válvula ileocecal. Las lesiones que se observan ocupan casi todas el borde antimesentérico; unas son alargadas, de bordes irregulares, de diversos tamaños; otras son pequeñas perforaciones rodeadas de equimosis; están tomadas todas las capas del intestino presentando la mucosa evertida. En la parte proximal de la zona lesionada y correspondiendo a la perforación más grande, se halla un gran desgarramiento mesentérico como si hubiera sido arrancado de su inserción ilcal. Esta parte está en vías de necrosis y es necesario reseccarla en una extensión de 50 cm. Anastomosis laterolateral. En la porción distal del segmento lesionado se cierran siete perforaciones en dos planos y perpendicularmente a la luz intestinal.

Se dejaron drenajes en fondo de saco de Douglas, en el espacio parietocólico derecho y en el subfrénico. Se sacan por contraaberturas. Cierre de la pared por planos.

A los veinticuatro días de la operación se le efectúa el drenaje de una colección purulenta localizada en hipogastrio, tabicada, mediante una laparotomía infraumbilical. Fue la única complicación que presentó y una vez resuelta evolucionó satisfactoriamente. Es dado de alta, curado, el 6 de febrero de 1959.

En resumen: se presenta un caso de rupturas múltiples de íleon por contusión directa de abdomen, puntualizando su escasa incidencia en este tipo de traumatismo, y más aún tratándose, como en este caso, de coexistencia de los tres mecanismos principales, es decir: por aplastamiento, estallido y arrancamiento, por los cuales, por un mismo agente causal, produce las lesiones de delgado.

COMENTARIO

Dr. VACAREZZA.—Vamos a ser muy sintéticos en el comentario del trabajo presentado por los colegas argentinos. Ellos se encargan ya de enfatizar algunos problemas en la faz diagnóstica. Encaran en la fisiopatología cuáles pueden ser los mecanismos de producción múltiple del intestino delgado y después señalan las características anatomopatológicas, hechos en los cuales estamos perfectamente de acuerdo y además conocidos todos ellos. De acuerdo a la táctica y a la técnica quirúrgica seguida en estas circunstancias, nosotros creemos que es el cirujano el que debe (en el inventario lesional que realiza en el abdomen agudo) precisar la conducta a seguir, que siempre estará en función directa de la gravedad de las lesiones establecidas, tratando en lo posible, cuando las lesiones lo permitan, de hacer una cirugía lo más conservadora posible y, en última instancia, cuando esas lesiones por su magnitud, o sean lesiones de arrancamiento de mesenterio o lesiones directas que producen un traumatismo, o dada la cercanía de ese ángulo variante, tenga la necesidad de una revisión de los intestinos.

El hecho que queríamos señalar como importante, es que el cirujano en ese inventario lesional no debe llamarse a confusión y por esa lesión que aparece primariamente dejar pasar desapercibidas otras lesiones del propio intestino, sobre todo lesiones del sector retroperitoneal y sobre todo del duodeno, que pueden ser difícil de evidenciar, tanto en sus manifestaciones clínicas como en la propia laparotomía exploradora; y el otro hecho también perfectamente conocido, es la asociación lesional de lesiones múltiples del intestino delgado con vísceras macizas, que agravan de una manera notoria y considerable el pronóstico vital del paciente.