

TRATAMIENTO DE LAS PERFORACIONES DEL COLON EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE BOGOTA

Por
VÍCTOR H. COVELLI OTERO *
Y
GABRIEL ROMERO CRUZ **

CASUÍSTICA GENERAL

El tratamiento de las perforaciones de colon ha variado desde la práctica de exteriorización (8) pasando por la sutura y colostomía sutinaria hasta la conducta aceptada actualmente (8-10-11) de sutura primaria. En el Hospital de San Juan de Dios se hace rutinariamente sutura primaria y sus resultados son el objeto de este informe.

MATERIAL

Se revisaron las historias clínicas de los casos de heridas perforantes abdomino-intestinales, desde enero de 1953 hasta diciembre 31 de 1960.

Se encontraron 348 pacientes que presentaban 1.262 perforaciones de las cuales 18.1% corresponden a colon y recto (12) en un total de 120 pacientes que constituye la base del presente análisis, número similar al de las publicaciones de Creech (8) y De Bakkey (10).

(Ver página 26).

Sobre los 120 pacientes hubo 31 que presentaron complicaciones (25.8%), cifra igual a la publicada por los autores (12) en perforaciones intestinales (26.7%) y superior a la de Ponthius (8) (16%), Glenn (11) y Roof (10), relacionada directamente con el promedio de horas preoperatorias (12), el tipo de herida, cortopunzante más grave entre nosotros, que la producida por navaja en el informe de Roof (10) y Glenn (11).

La mortalidad da una cifra de 15 casos (12.5%) muy inferior a todas las estadísticas publicadas, Roof (10) 13.9%, Glen (11) 14%, Terry (4) 24%, Morton (7) 14% y Leyva (1) 47.10%.

SEXO

Cifras muy similares a las encontradas por nosotros (12) en las perforaciones intestinales y las publicaciones consultadas (8), (10), (11) con gran predominio de los hombres: 83.4%.

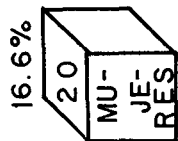
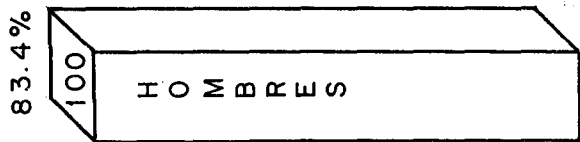
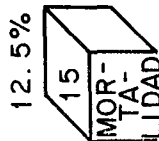
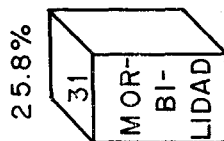
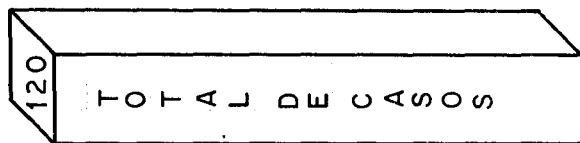
(Ver página 27).

* Profesor Asistente de Cirugía.

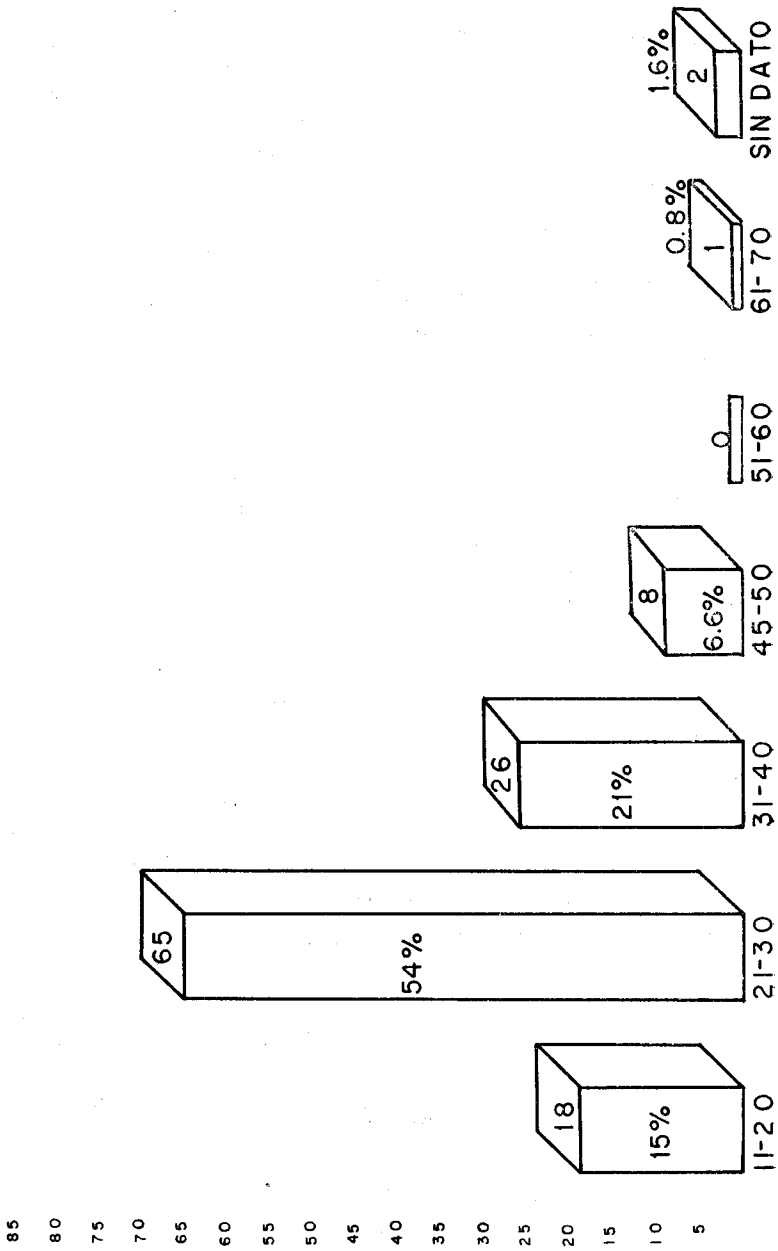
** Residente Jefe de Cirugía (1960).

C A S U I S T I C A G E N E R A L

170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10



DISTRIBUCION POR EDAD



DISTRIBUCION POR EDAD

Comprende un grupo entre 12 y 70 años con un 93% de menos de 40 años, cifra similar a la de Roof (10) y perforaciones en general (12) con ausencia en la quinta década.

(Ver página 29).

MORTALIDAD

La complicación post-operatoria más frecuente es la infección de la herida: 15.8%; que está de acuerdo con las publicaciones de Ponthius (8) y Roof (10). La peritonitis es la segunda complicación con el 4.1% y tiene estrecha relación con el intervalo preoperatorio como se observó también en el informe sobre heridas intestinales (12).

Sigue en frecuencia la fístula de colon con 3.3%. En la revisión de este informe únicamente se encontró un caso al cual se le practicó colostomía con una permanencia post-operatoria de 60 días; mientras que los casos a que se les practicó sutura primaria, tuvieron una estadía post-operatoria de 17.5 días, de acuerdo con las publicaciones de Ponthius (8) y Roof (10).

(Ver página 30).

MORBILIDAD

El 12.5% del total de los casos revisados constituyó el índice de mortalidad, inferior a las estadísticas publicadas por Roof (10) 13.9%, Glenn (11) 14%, Terry (4) 24%, Morton (7) 14% y Leyva (1) 47.10%. El shock es la causa principal de mortalidad con 33.3%, y está relacionado con la demora en el traslado al hospital y la asociación con heridas de grandes vasos.

La hemorragia viene en segundo lugar con frecuencia de 26.6% teniendo en cuenta que hubo tres pacientes con heridas de grandes vasos (12); la peritonitis con 13.3%, la mayoría por contaminación directa por herida de

colon y en relación con el prolongado tiempo preoperatorio.

Siguen en frecuencia las complicaciones renales y la fístula yeyunal con 6.6%, pues la serie incluye perforaciones de colon con perforaciones de intestino delgado; en ningún caso hubo fístula yeyunal por complicación del acto quirúrgico.

(Ver página 31).

TIPO DE HERIDA

Los tipos de heridas más frecuentes entre nosotros son los producidos por arma cortopunzante: 65% y arma de fuego 35%, mientras que en las publicaciones revisadas (4-7-8) los más frecuentes son por contusión, arma cortopunzante y arma de fuego. Es de observar que el tipo de herida tiene grande importancia en relación con la mortalidad, ya que en este cuadro podemos ver que la mortalidad producida con arma de fuego es casi tres veces mayor que la producida por arma cortopunzante.

DIAGNOSTICO

Se orienta a confirmar penetración de la cavidad abdominal y la existencia o no de perforación y órgano perforado.

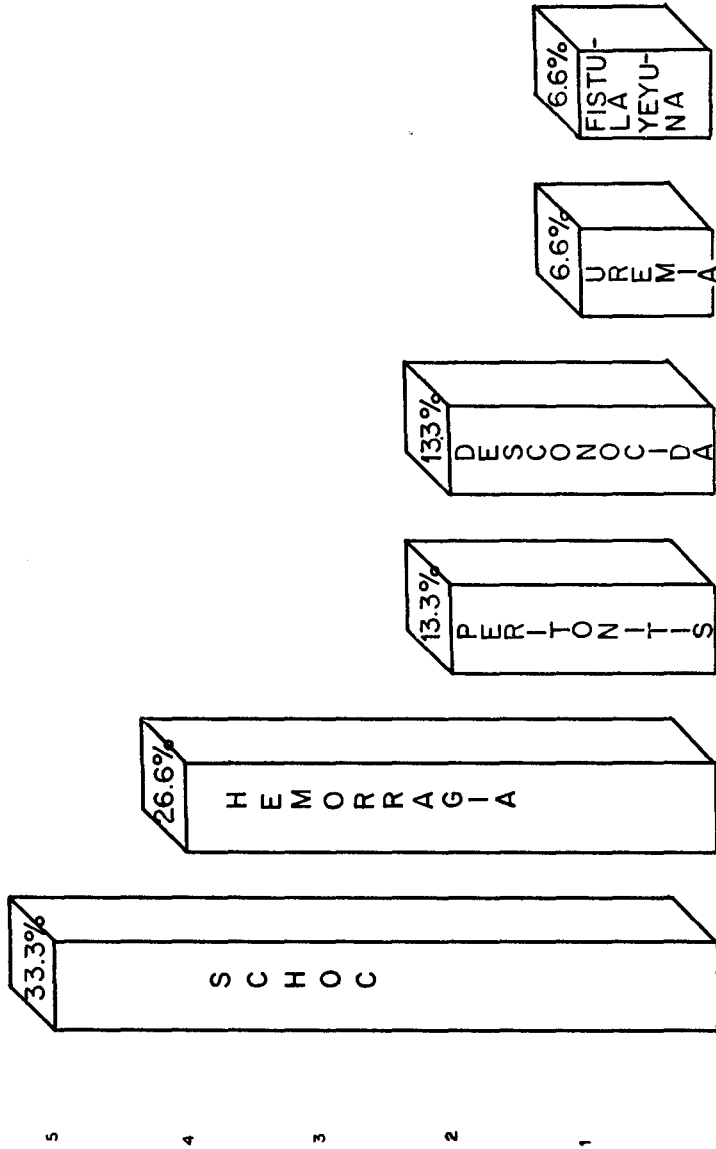
En los casos en que el tiempo transcurrido es largo y los signos de peritonitis son aparentes, el diagnóstico es obvio.

En los casos recientes con epiplocele o enterocele sucede lo mismo. Las dificultades se plantean en heridas pequeñas por arma punzante y traumatismos cerrados. Las heridas por arma de fuego en abdomen se consideran perforantes.

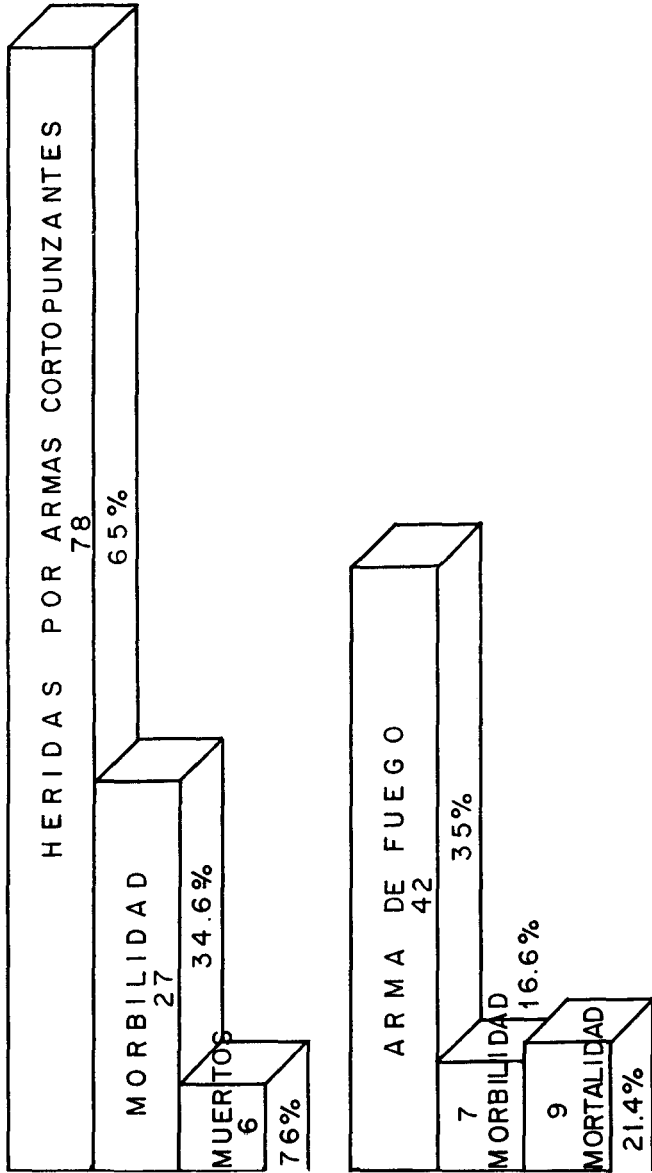
CONDUCTA

Laparotomía en toda herida penetrante de abdomen. Rutinariamente se instala sonda de succión gástrica, tac-

M O R T A L I D A D



T I P O D E H E R I D A



31 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60 63 66 69 72 75 78 81 84

to rectal y cateterismo vesical. Rayos X: Placa simple de abdomen en heridas pequeñas y traumatismos cerrados, y rayos X de tórax en heridas de localización torácica o abdomen superior.

Es imperativo que el paciente esté en condiciones quirúrgicas, para lo cual en casos de shock se cateterizan venas safena o cefálica para restitución sanguínea y/o hidratación.

En los traumatismos cerrados la punción abdominal simple o con la introducción de un catéter delgado hace el diagnóstico de hemoperitoneo o estallido de víscera hueca, y Byrne (6)

informa de buenos resultados con el método.

Rutinariamente se hace sutura primaria del colon; solamente hay una colostomía en las 216 perforaciones de colon, la cual tuvo 60 días de hospitalización. Se recuerda que la exteriorización y colostomía es el tratamiento de elección en las perforaciones de colon en casos de guerra (8). Sin embargo, los trabajos de Ponthius, De Bakey (8) y Roof, De Bakey (10), y Glenn (11), han probado que la sutura primaria es el tratamiento de elección con resultados mejores y reducción de la hospitalización de treinta y cinco días a catorce.

RESUMEN

Se revisaron 120 pacientes de heridas perforantes de colon, tratados en el Hospital de San Juan de Dios, de Bogotá, de 1953-1960, rutinariamente con sutura primaria.

Se compara estadísticamente con publicaciones de los Estados Unidos y se confirma la bondad del tratamiento. Se describe el manejo de estos casos.

SUMMARY

120 patients who had been treated routinely for perforating injuries to the colon by primary suture between the years 1953 to 1960 at the Hospital de San Juan de Dios, of Bogotá, were rechecked.

A statistical comparison was made with publications of the United States and the utility of this treatment is confirmed. The management of these cases is described.

BIBLIOGRAFIA

1. LEYVA PEREIRA, L.—*Traumatología*. Bogotá, Librería Colombiana, 1945. pp. 48-60.
2. CUBIDES PARDO, E.—*La Contractura abdominal en los casos de perforaciones de las vísceras abdominales*. Tesis de Agrégación. Bogotá, 1937.
3. PERILLA ALVARADO, E.—*Estudio estadístico del Servicio de Urgencia del Hospital de San Juan de Dios en los años de 1933 y 1934*. Tesis. Bogotá, Editorial Centro, 1935. 156 pp.
4. TERRY, J. H., SELF, M. M. & HOWARD, J. M.—*Injuries of Spleen: A Report of 102 Patients and a Review of the Literature*. *Surgery*, 40: 615-639, September, 1956.
5. WANG, C. C. & ROBBINS, L. L.—*Roentgenologic Diagnosis of Ruptured Spleen*. *New England J. Med.*, 254: 445-449, March 8, 1956.
6. BYRNE, R. V.—*Diagnostic Abdominal Tap*. *Surg. Gynec. Obstet.*, 103: 362-364, September, 1956.

7. MORTON, J. H., HINSHAW, J. R., & MORTON, J. J.—*Blunt Trauma to the Abdomen*. Ann. Surg., 145: 699-711, May, 1957.
8. PONTIUS, R. G., CREECH, O. JR., & DEBAKEY, M. E.—*Management of Large Bowel Injuries in Civilian Practice*. Ann. Surg., 146: 291-295, August, 1957.
9. WELCH, C. E.—*Abdominal Surgery*. New England J. Med., 258: 885-892, May 1, 1958; & 258: 939-945, May 8, 1958.
10. ROOF, W. R., MORRIS, G. C. JR., & DEBAKEY, M. E.—*Management of Perforating Injuries to the Colon in Civilian Practice*. Amer. J. Surg., 99: 641-645, May, 1960.
11. GLEEN, F., & THORBJARNARSON, B. *Traumatic Injuries to Abdominal Organs*. Amer. J. Surg., 101: 176-183, February, 1961.
12. COVELLI OTERO, V. H., & ROMERO CRUZ, G.—*Perforaciones intestinales*. Revista de la Facultad de Medicina, Bogotá, 30: 4-16, enero/marzo, 1962.