

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

---

VOLUMEN 30

ENERO — MARZO DE 1962

1

---

## PERFORACIONES INTESTINALES

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

Se ha hecho una revisión de los casos de heridas perforantes abdomino-intestinales tratadas en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, desde enero de 1953 hasta diciembre 31 de 1960.

Este estudio corresponde a 348 pacientes con perforaciones de intestino delgado y grueso, como objeto primordial. Presentan 1.262 (cuadro 1) perforaciones, de las cuales el 75.8% corresponden a intestino delgado y el 18.1% a colon y recto, incidencia que es igual a la de estadísticas foráneas (7). Sigue en orden de frecuencia el estómago con 6% y el resto del porcentaje repartido en todos los órganos abdominales, que influyeron en la causa de la muerte como en los casos de heridas de los grandes vasos.

La distribución de la frecuencia por años (cuadro 2) nos hace ver un au-

mento progresivo de la entidad, a tal grado que en el año de 1960 se cuadriplica la cifra inicial. Es muy difícil analizar las causas de este hecho, pues en él inciden el aumento de la población; fenómenos políticos y sociales que se salen del marco de nuestros objetivos.

Las publicaciones de los Estados Unidos se hacen con casuísticas menores como la de Glenn (11) del New York Hospital que informa de 1932 a 1958, 60 casos; Terry (4), 49 casos. Sólo en el Sur de la Unión se publican cifras iguales como las de Roof y De Bakey (10), de 186 casos de heridas de colon en diez años en los cuales las dos terceras partes eran de negros y el resto latinoamericanos. Penthius y Creech (8) publican 122 casos de heridas de colon en siete años, número casi igual al de heridas de colon que revisamos. Leyva (1) habla de 503 casos de 1934 a 1940. Si seguimos analizando el cuadro número 2 de casuística general, encontramos una morbilidad global de 26.7%, y en el último año de 18.8%, cifra comparable a la de 16% que da Ponthius (8).

\* Profesor Asistente de Cirugía.

\*\* Residente Jefe de Cirugía.

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Hospital de San Juan de Dios. Bogotá, D. E.

La mortalidad tiene un promedio de 8.6% inferior a la de las publicaciones consultadas: Roof (10), 13.9%; Glenn (11), 33 y 14%; Terry (4), 24%; Morton (7), 14% y Leyva (1), 47.10%. La morbilidad es alta: 26.7% comparada con otros informes; Pon-thius (8), da 16%. Esto puede tener relación con el tipo de heridas que en el informe de Glenn (11) y Roof (10), son por navaja, además del medio económico-social en que trabajan los distintos grupos.

*Edad y sexo.*—Comprende un grupo de pacientes entre doce y sesenta y un años, con incidencia mayor entre veintiuno y treinta años, 53.4%. Estando el 92% en pacientes de menos de cuarenta años, igual cifra a la dada por Roof (10), 90%, y en relación al sexo el 85.4%, hombres, y 14.6%, mujeres, que confirman datos extranjeros (8), (10), (11).

Estudiemos en detalle la morbilidad (cuadro número 4): Se agrega a este cuadro la incidencia de complicaciones preoperatorias, entre las cuales tenemos como la más frecuente el epiplocele con un 25.4% de todos los casos con perforaciones, lo que no está de acuerdo con el concepto de que el epiplocele descarta la perforación (Leyva, 1).

El epiplocele es signo de penetración, y creemos con Glenn (11) "que la exploración es imperativa en toda herida que penetra la cavidad abdominal, aunque no existan signos de hemorragia ni peritonitis". Así, pues, no se debe esperar a que aparezca la contractura abdominal para indicar la laparotomía, como se ha expresado en publicaciones nacionales (Cubides (2) y Leyva (1)).

El enterocele se presenta en el 20% de los pacientes. Estos casos son atendidos inmediatamente, lo cual redundó en una mortalidad de 0.5%, muy in-

ferior a la general, a pesar de estar expuestos a contaminación peritoneal.

La complicación post-operatoria más frecuente es la infección de la herida, 12.6% igual a la de otras publicaciones y aun en cirugía electiva (7-8-10).

La peritonitis tiene una cifra alta que hace relación al tipo de herida y al tiempo preoperatorio; se hace notar que en dos pacientes ya existía una peritonitis fibrinopurulenta en el momento de la intervención.

Las otras complicaciones son las comunes a este tipo de cirugía y con porcentajes inferiores a otras series (8-10-11).

Hacemos notar que el total de complicados de este cuadro se refiere al total de entidades y no de pacientes, como en el cuadro de casuística general.

Se hizo una correlación del uso de antibióticos y la morbilidad, durante los ocho años. En este cuadro número 5 vemos el descenso del uso de penicilina y estreptomicina y el aumento del uso de los antibióticos de amplio espectro, sin que con estas variaciones se modificara la curva de morbilidad.

#### *Mortalidad.*—Cuadro número 6.

Las causas de muerte más frecuentes fueron: Shock, Hemorragia y Peritonitis.

El shock generalmente se relaciona con la demora en el traslado al hospital, peritonitis y múltiples heridas, y la hemorragia: con heridas de los grandes vasos, la mayoría de los cuales causa la muerte en la sala de cirugía. Uno de estos casos es el del único suicida del grupo.

#### Cuadro número 7.

Se hizo correlación de las curvas de mortalidad, morbilidad, horas preope-

ratorias y días de hospitalización. Se ve un estrecho paralelismo de la morbilidad y el tiempo que transcurrió entre la herida y su intervención.

#### Drenaje.—Cuadro número 8.

El drenaje usado es el de Penrose. Se hizo más frecuente en los últimos cuatro años. La mortalidad y morbilidad son sensiblemente iguales con o sin dren, a pesar de que se tiene tendencia a drenar los casos más graves.

#### Cuadro número 9.

El tipo de herida tiene una gran significación en la mortalidad; así el arma de fuego produce una mortalidad tres veces mayor que la de herida por arma cortopunzante, y los traumatismos cerrados, seis veces mayor. Sin duda esto mismo se debe al período de observación y demora en el traslado al hospital, dificultades de diagnóstico, rupturas de hígado y bazo con shock y hemorragia graves.

**Diagnóstico:** Se orienta en el sentido de penetración de la cavidad abdominal y de la existencia o no de perforación y del 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, tacto 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.

La ruptura subcapsular del bazo es diagnóstico diferencial radiológico con signos muy aparentes desde Robbins (5).

Las lesiones del bazo se tratan con esplenectomía, a pesar de que en la revisión se encuentra un caso, de los 8, en el cual se practicó sutura y plástica de epiplón, con buen resultado.

La vesícula se trata rutinariamente con colecistectomía; sin embargo, en dos de los seis se hizo sutura, también con resultado satisfactorio, que confirma los trabajos de Hail-et-al. En estómago, duodeno, intestino delgado, colon y recto se ha hecho sutura simple de la perforación. En intestino delgado se resecan segmentos cuando las heridas están muy próximas o existe compromiso de la circulación, solamente hay una colostomía en las 216 perforaciones de colon, la cual tuvo sesenta 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.

El estudio detallado de los pacientes con perforación de colon, tratados en el Hospital de San Juan de Dios de

Bogotá, es objeto de otro trabajo que se adelanta en la actualidad.

#### Cuadro número 10.

Muestra la distribución topográfica de las heridas de 239 pacientes. Vemos mayor frecuencia en hemiabdomen izquierdo.

Los órganos perforados corresponden a la topografía en heridas por arma cortopunzante.

Hacemos resaltar el hecho de que las heridas de hipocondrio izquierdo y costales izquierdas bajas perforan con frecuencia bazo, colon y estómago.

Los traumatismos cerrados con fracturas costales izquierdas inferiores se acompañan de ruptura del bazo. Hay 9 heridas posteriores con perforaciones de intestino.

#### RESUMEN

Se estudian 348 casos de heridas perforantes abdominales, tratados en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, de 1953-1960. Se ve un descenso en la mortalidad, 8.6%, en relación con estadísticas de 1940.

Se compara con estudios similares en los Estados Unidos. Se describe la experiencia en el manejo de estos casos.

#### SUMMARY

348 cases are studied of perforated abdominal injuries treated at the Hospital of San Juan de Dios of Bogotá during the years 1953-1960. There has been a decrease of 8.6% mortality compared with statistics compiled in 1940.

A comparison is made with similar studies published in the United States. The management of these cases is described.

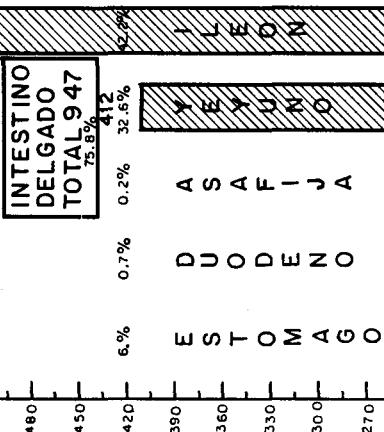
#### BIBLIOGRAFIA

1. LEYVA PEREIRA, L.: "Traumatología". Bogotá, Librería Colombiana, 1945. p. 48-60.
2. CUBIDES PARDO, E.: "La Contractura Abdominal en los Casos de Perforaciones de las Visceras Abdominales". Tesis de Agregación. Bogotá, 1937.
3. PERILLA ALVARADO: "Estudio Estadístico de Urgencia del Hospital de San Juan de Dios", 1933-34. Bogotá.
4. TERRY, J. H.; SELF, M. M., & HOWARD, J. M.: "Injuries of Spleen: Report of 102 Cases and Review of Literature". *Surgery*, 40: 615-639, August, 1956.
5. WANG, C. C., & ROBBINS, L. L.: "Roentgenologic Diagnosis of Ruptured Spleen". *New Engl. J. Med.*, 254: 445-449, March 8, 1956.
6. BYRNE, R. V.: "Diagnostic Abdominal Tap". *Surg. Gynec. Obstet.*, 103: 362-364, Sept. 1956.
7. MORTON, J. H., HINSHAW, J. R., & MORTON, J. J.: "Blunt Trauma to the Abdomen". *Ann. Sur.*, 145: 699-711, May, 1957.
8. PONTHIUS, R. G., CREECH, O. JR., & DE BAKEY, M. E.: "Management of Large Bowel Injuries in Civilian Practice". *Ann. Surg.*, 146: 291-295, August, 1957.
9. WELCH, C. E.: "Abdominal Surgery". *New Engl. J. Med.*, 258: 885-892, and 939-945, 1958.
10. ROOF, W. R., MORRIS, G. G. JR., & DE BAKEY, M. E.: "Management of Perforating Injuries to the Colon in Civilian Practice". *Amer. J. Surg.*, 99: 641-645, May, 1960.
11. GLENN, F., & THORBJARNARSON, B.: "Traumatic Injuries to Abdominal Organs". *Amer. J. Surg.*, 101: 176-183, Feb. 1961.

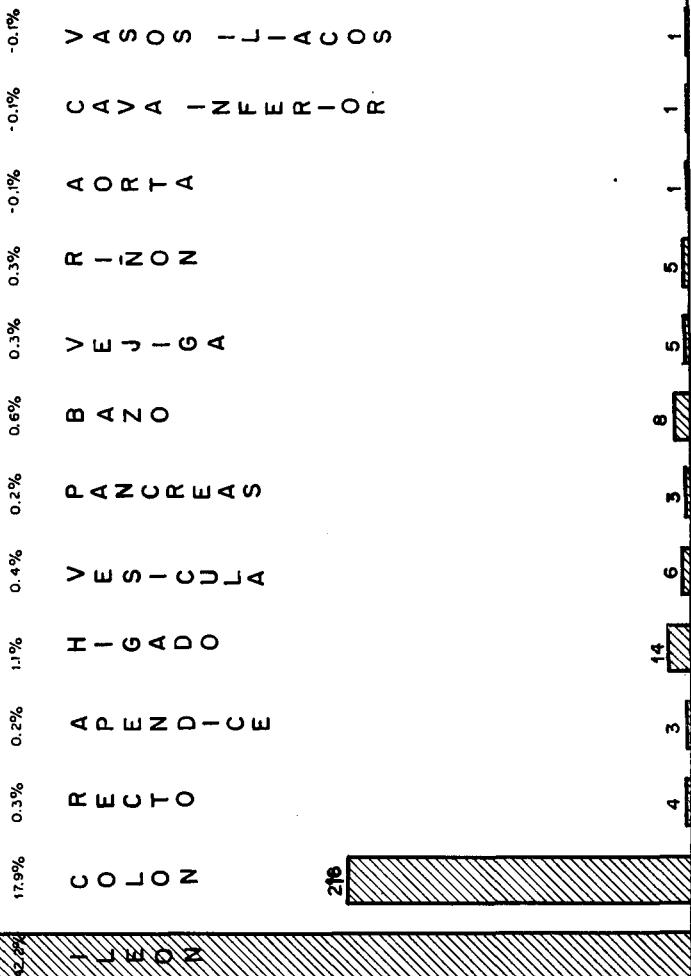
C A S U I S T I C A D E O R G Á N O S P E R F O R A D O S

532

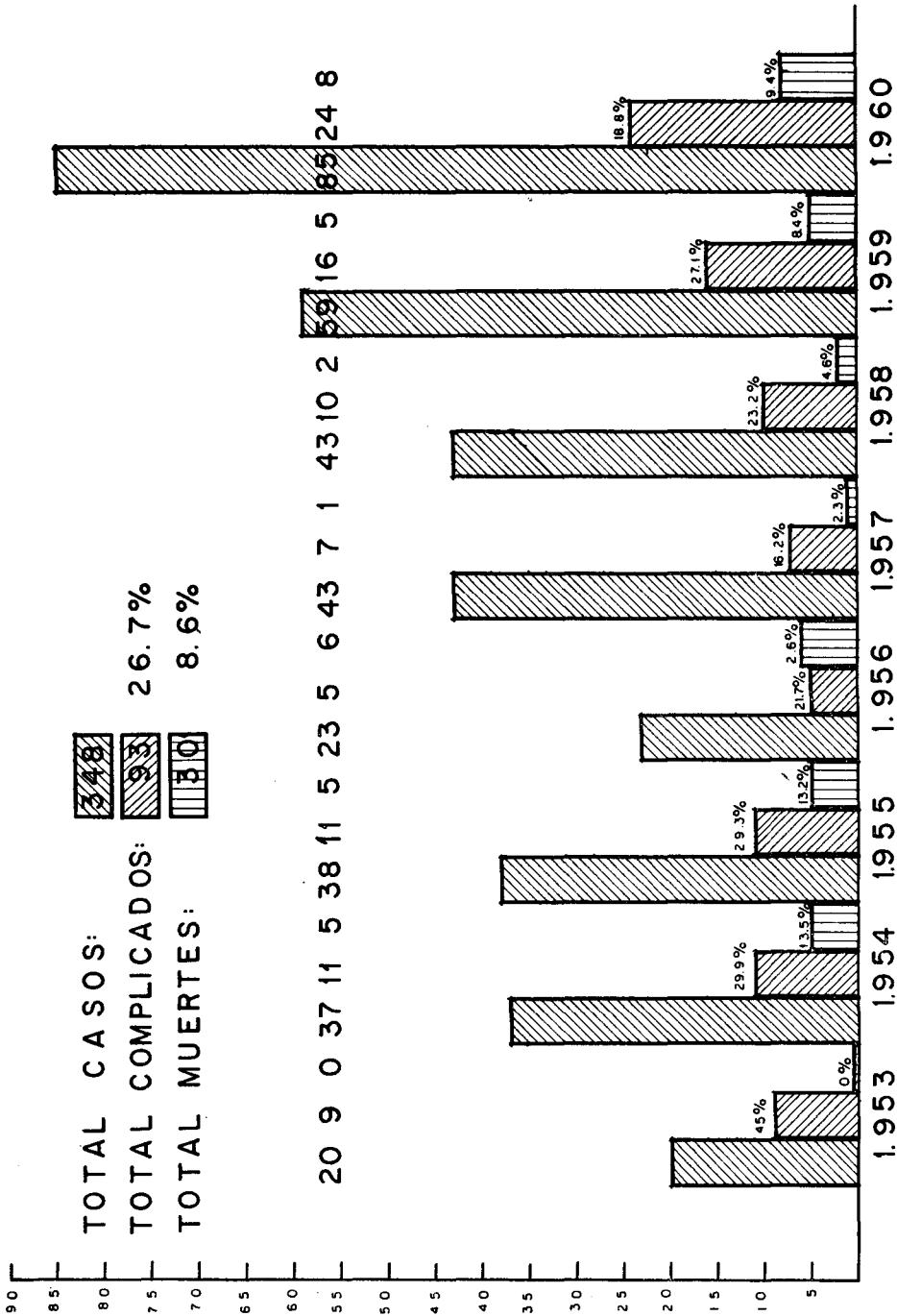
**INTESTINO  
DELGADO  
TOTAL 947**



1.262 TOTAL PERFORACIONES

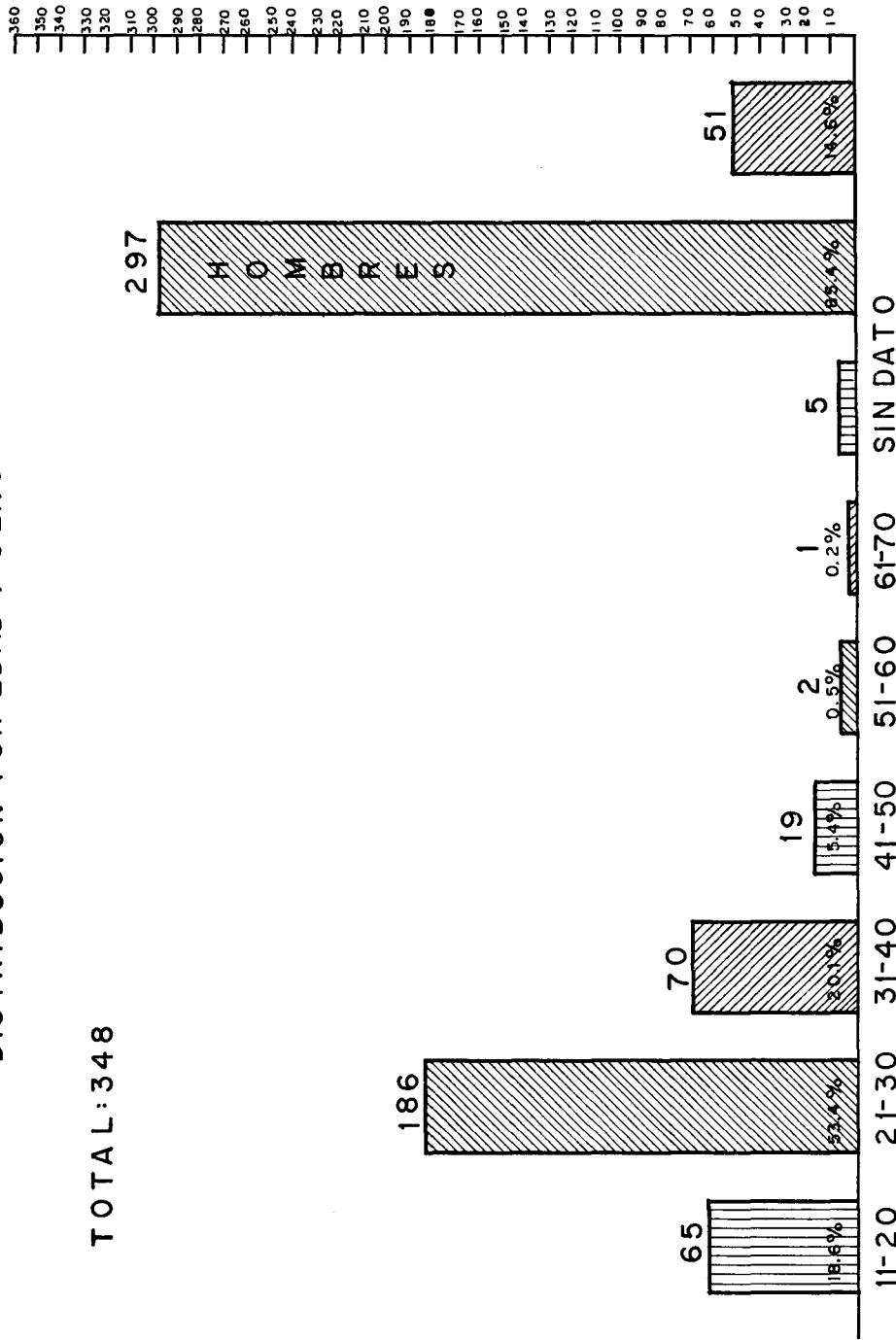


# CASUÍSTICA GENERAL



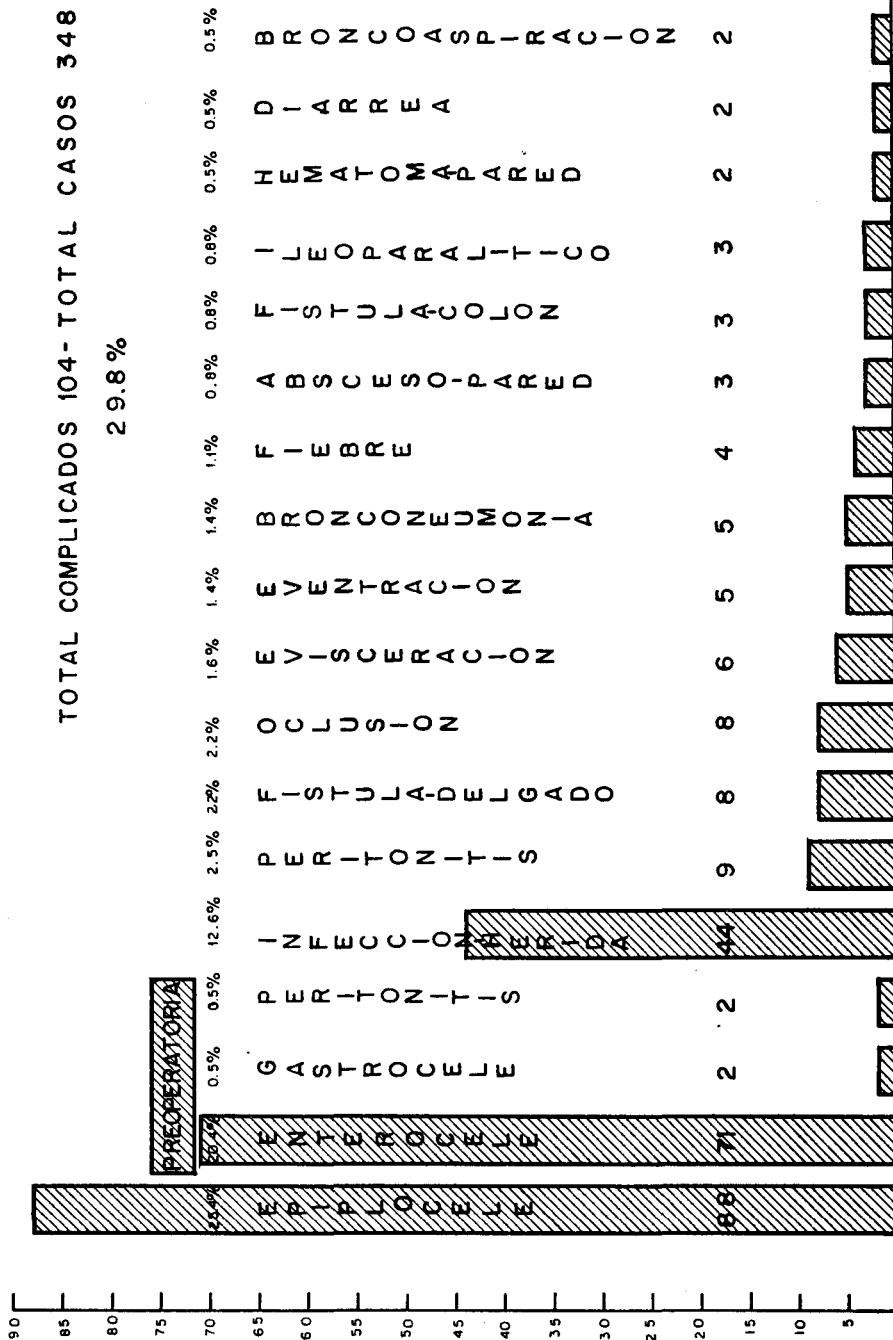
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

TOTAL: 348

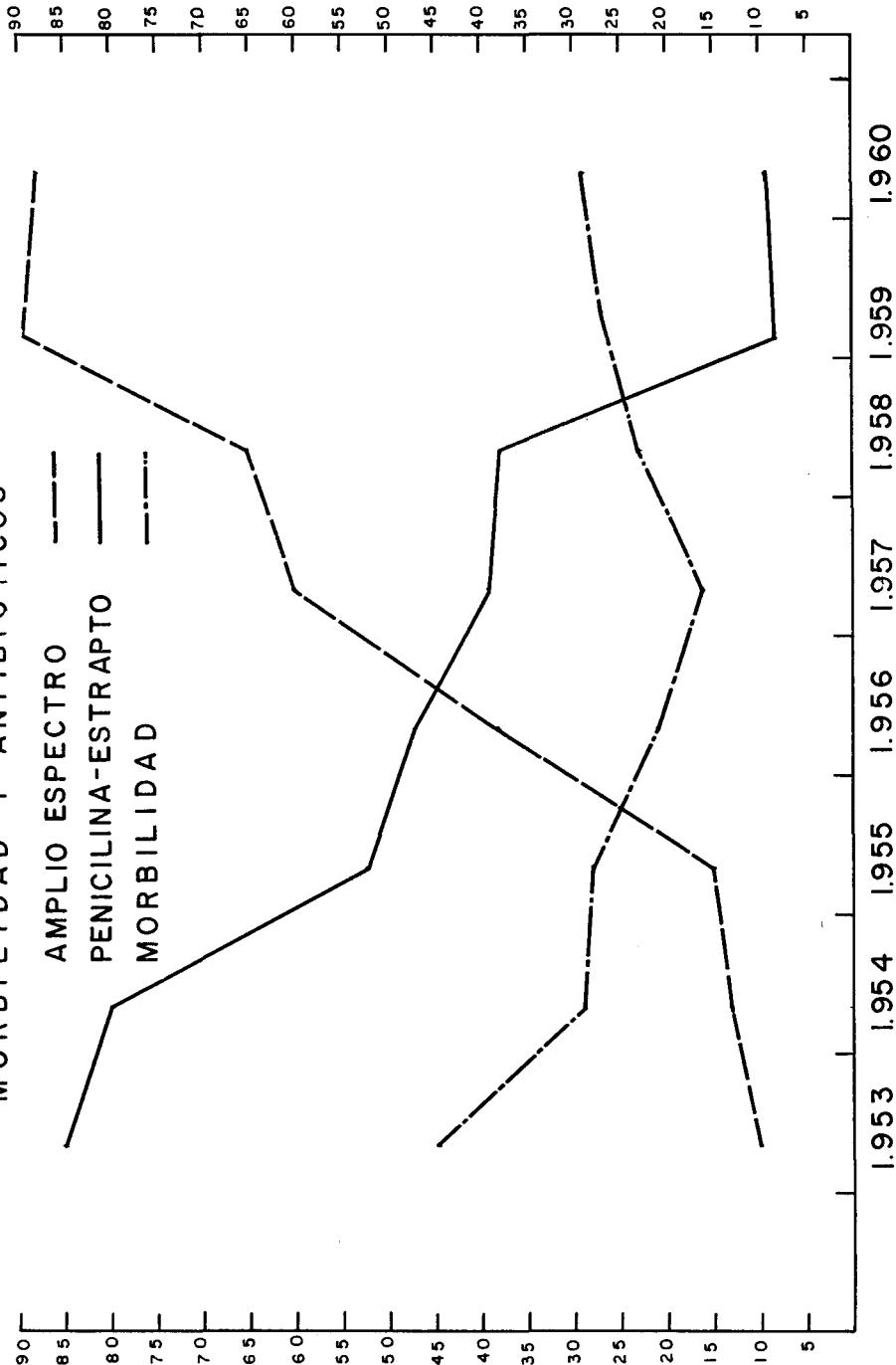


MORBILOSIDAD

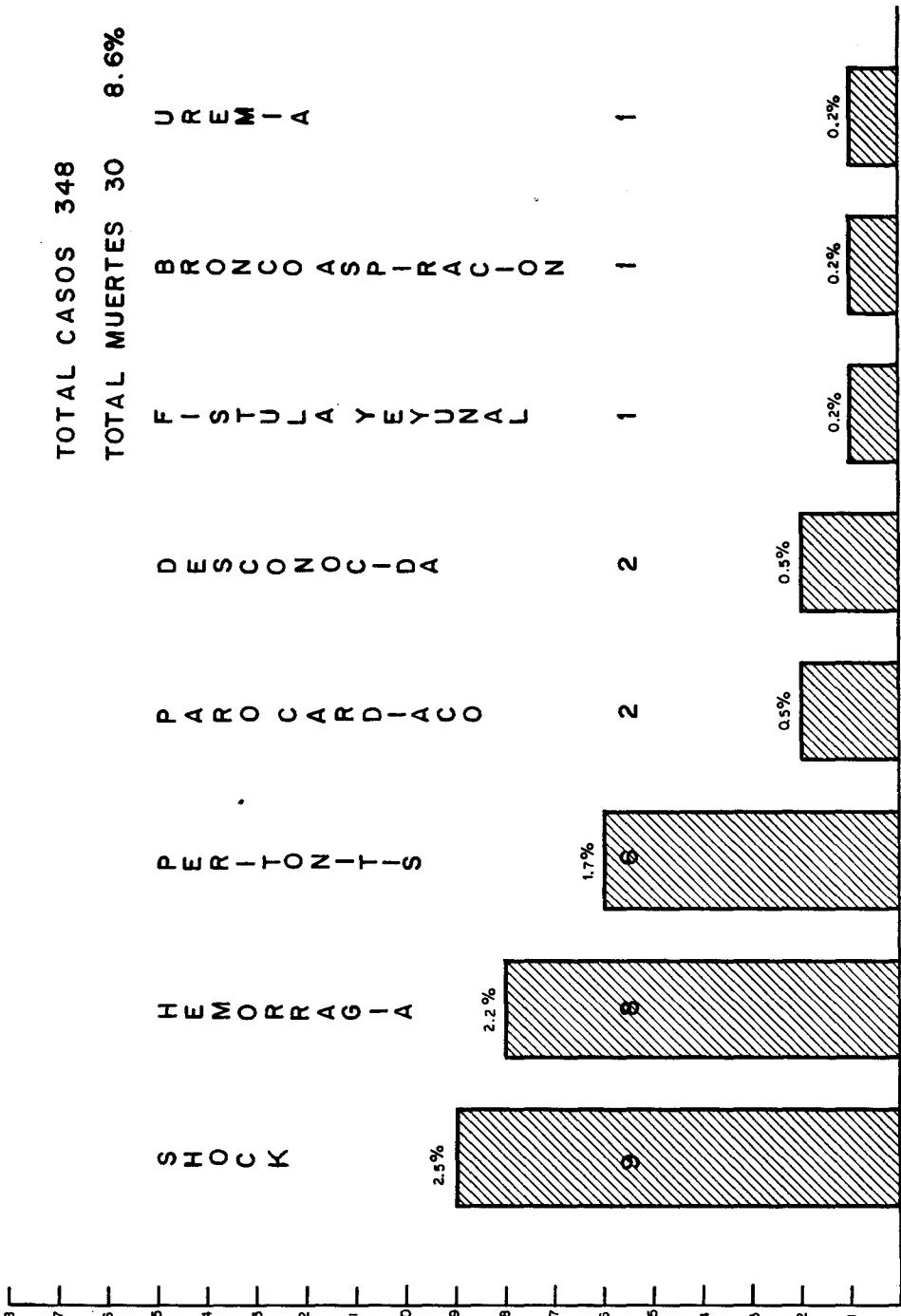
TOTAL COMPLICADOS 104- TOTAL CASOS 348

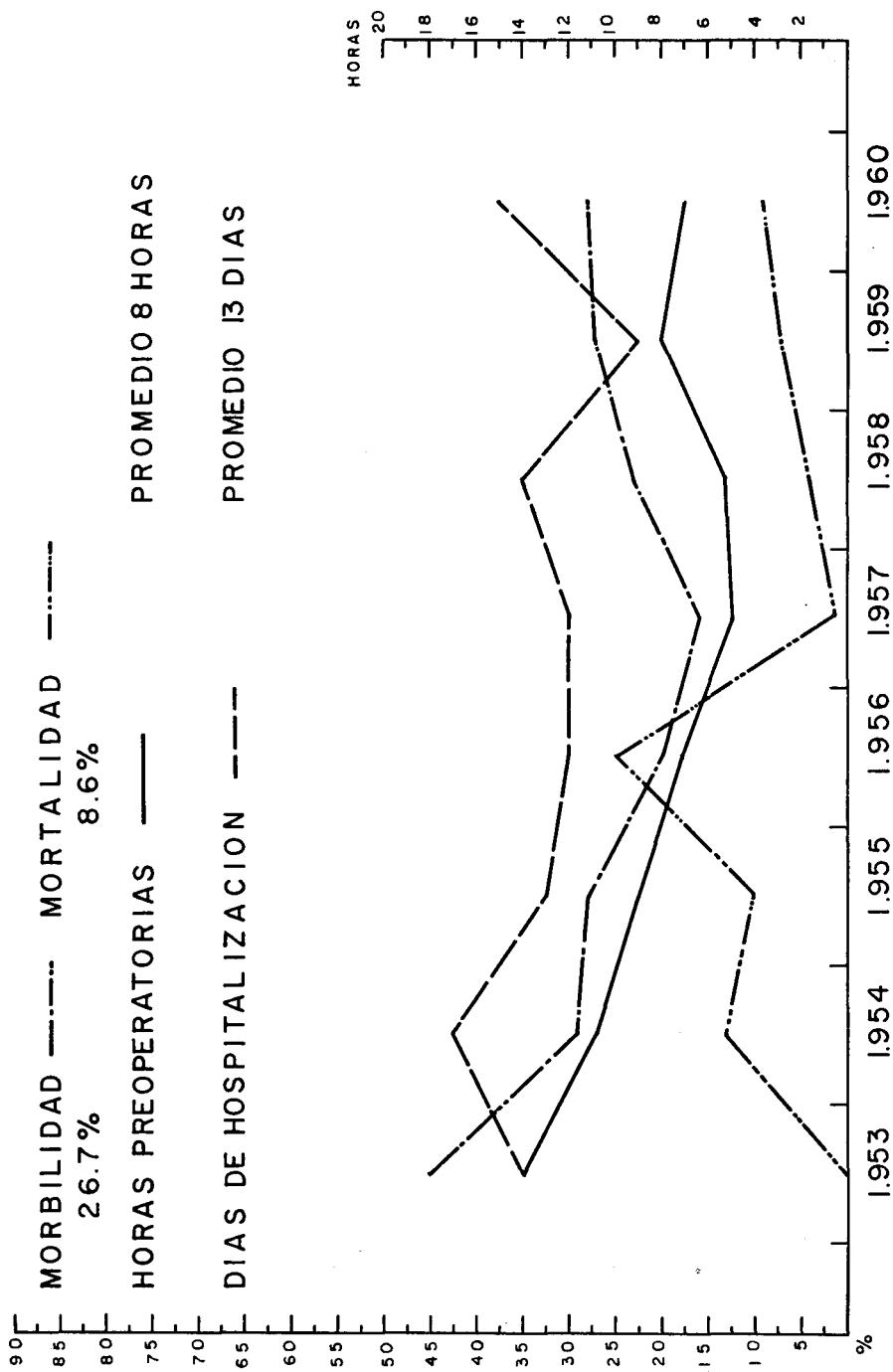


## MORBILIDAD Y ANTIBIOTICOS

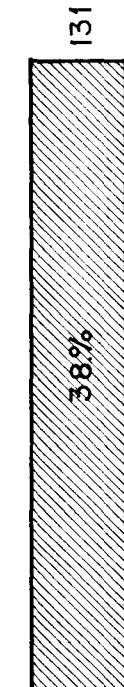


MORTALIDAD





## DRENAGE



CON

MORBILIDAD

31%

41

MORTALIDAD

11%

15

SIN

MORBILIDAD

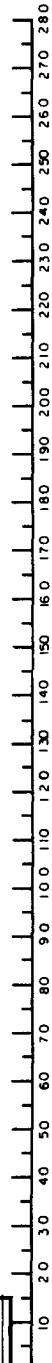
23%

49

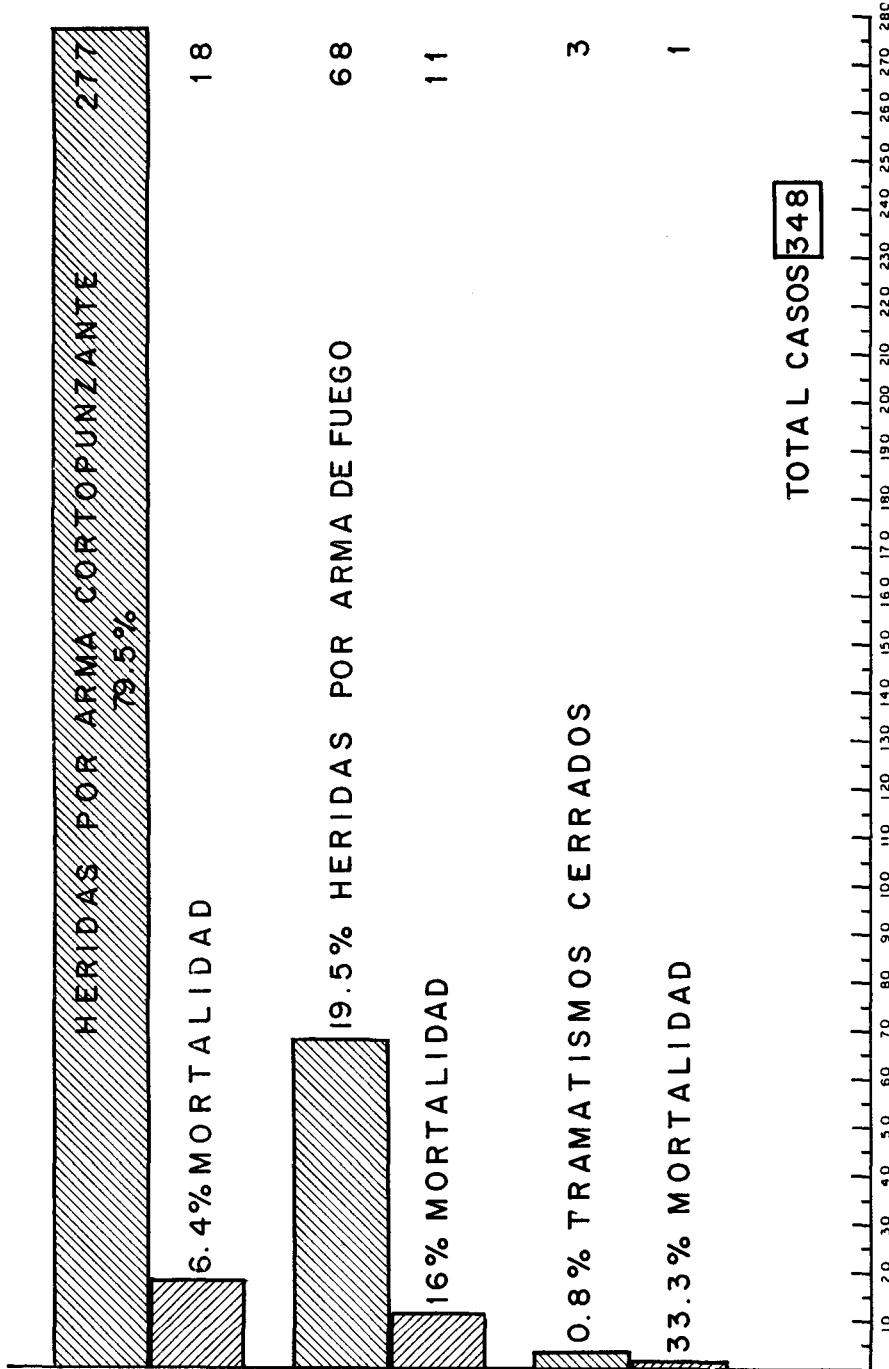
MORTALIDAD

15

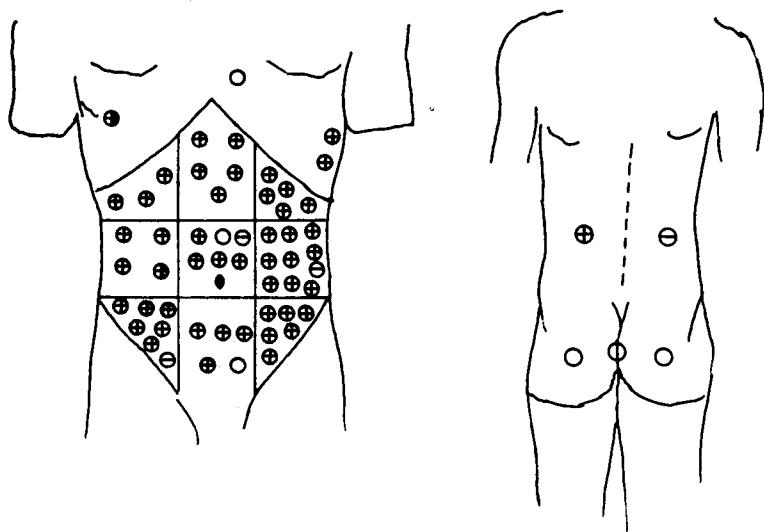
7%



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



LOCALIZACION DE HERIDAS  
EN 239 PACIENTES



○ = 1

⊖ = 2

⊕ = 4