



MEDISAN

E-ISSN: 1029-3019

comite.medisan@infomed.sld.cu

Centro Provincial de Información de
Ciencias Médicas de Santiago de Cuba
Cuba

Legrá Zayas, Enrique; Montero Lora, Yamilda; Savigne Mendoza, Doralvis; Pastó Pomar,
Eugenio

Traumatismo cerrado de colon con lesión sigmoidea

MEDISAN, vol. 15, núm. 8, agosto, 2011, pp. 1176-1179

Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba
Santiago de Cuba, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368448457018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CASO CLÍNICO

Traumatismo cerrado de colon con lesión sigmoidea

Blunt trauma of colon with sigmoid injury

MsC. Enrique Legrá Zayas,¹ MsC. Yamilda Montero Lora,² Dra. Doralvis Savigne Mendoza³ y MsC. Eugenio Pastó Pomar⁴

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Cirugía General. Máster en Urgencia Médicas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencia Médicas. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 3er año de Cirugía General. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se trataba de una paciente de 71 años de edad y aparente buen estado de salud anterior, quien sufrió un traumatismo abdominal cerrado a causa de un accidente doméstico (caída de sus pies), que lesionó el sigmoide y trastornó el paso de asas intestinales delgadas a través de él, de modo que estas se exteriorizaron por el ano. Fue intervenida con urgencia para reintroducirlas las asas por el mismo trayecto de salida y suturar la lesión colónica. La paciente evolucionó favorablemente, comprobado en varias consultas posoperatorias.

Palabras clave: anciana, accidente doméstico, colon, traumatismo abdominal cerrado, sigmoide, asas intestinales, intervención quirúrgica.

ABSTRACT

This is a 71 year-old patient with apparent previous good health state who suffered a blunt abdominal trauma due to a domestic accident (fall on her feet) which injured the sigmoid and it resulted in the passing of thin intestinal loops through it, so that these came out through the anus. She had a surgical emergency for reintroducing her loops through the same place and for suturing the colonic injury. The patient had a favorable clinical course and this was checked in several postoperative outpatient visits.

Key words: old woman, domestic accident, colon, blunt abdominal trauma, sigmoid, intestinal loops, surgical intervention.

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos, en general, son causa importante de morbilidad y mortalidad en casi todas las regiones y en muchas de ellas ocupa un lugar importante en la mortalidad de la población productiva.¹

Existe la falsa creencia de que todos los traumatismos son producto al azar. La palabra "accidente" se relaciona con un concepto fortuito; sin embargo, algunas medidas preventivas evitan el hecho o, al menos, limitan sus consecuencias.^{1,2}

Las lesiones traumáticas siempre ocurren como consecuencia de transferencia de energía, la cual puede ser cinética, térmica, eléctrica y química. De forma general, se dividen en contusas (cerradas) o penetrantes (abiertas).

Los traumas cerrados en el abdomen llegan a ser muy severos y se combinan mecanismos de aceleración-desaceleración con graves consecuencias.

Por ser interesante y existir pocas publicaciones sobre el trauma cerrado de abdomen con lesión sigmoidea única, se realizó el presente artículo para compartir estos hallazgos con la comunidad científica interesada en el asunto.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un paciente de 71 años de edad, con antecedente de salud quien sufrió una caída de sus pies y se golpeó fuertemente los glúteos. Inmediatamente observó que algo había salido a través del ano y los familiares observaron que eran asas, por lo que asistió al cuerpo de guardia del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba.

- Examen físico

El paciente se mantenía tranquilo, orientado, no presentaba dolor ni otros síntomas, pero en el lecho adoptaba una posición en decúbito lateral y cubría la zona glútea con una sábana para proteger los órganos eviscerados.

- Abdomen: escavado, que seguía los movimientos respiratorios, blando a la palpación y ligero dolor en hipogastrio.
- Aparato cardiovascular y sistema osteomioarticular: sin alteraciones.
- Frecuencia cardíaca: 88 latidos/minuto
- Tensión arterial: 130/70 mm de Hg
- Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones /minuto
- Se observaba salida del intestino delgado por el ano (un metro aproximadamente), íntegro y de coloración normal

- Exámenes complementarios

- Hemograma completo: Hemoglobina: 110 g/L; leucocitosis: $10,5 \times 10^9/L$, con diferencial normal
- Electrocardiograma: registros normales

- Radiografía de tórax: Las imágenes evidenciaron neumoperitoneo, con acentuación de la trama broncovascular.

Los restantes complementarios resultaron normales.

Fue intervenida con urgencia y durante la exploración quirúrgica se observó una perforación de 3 cm, vertical, situada a 4 cm de la unión rectosigmoidea, por la que se introdujo el íleon que sigue el trayecto de la luz del recto y sale por el orificio anal; el órgano eviscerado estaba íntegro y bien vascularizado.

El colon prácticamente no contenía materia fecal en toda su longitud, ni derrame de esta en la cavidad, solo se encontró 60 cm³ de sangre aproximadamente en el fondo de saco (**figura 1**).

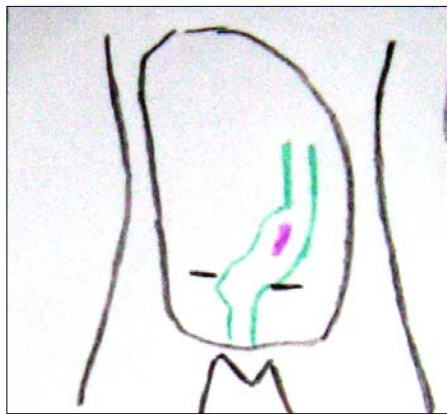


Figura 1. *Muestra el sitio de la lesión en el sigmoide*

Macroscópicamente no se observaron signos de enfermedad en el colon ni en los órganos intracavitarios en general.

Para preservar la integridad del intestino que sobresalía y facilitar su reintroducción en la cavidad, se colocó a la paciente en posición de litotomía de Trendelenburg y el ayudante introdujo cuidadosamente la víscera por el ano, auxiliado por el cirujano que alaba de ella a través de la abertura del sigmoide, en una maniobra combinada. Se logró culminar esta parte con integridad total de las asas y el meso.

Esta lesión se clasificó como única y de grado II. Se realizó la sutura primaria en dos planos, con puntos separados y amplia desinfección de la zona (**figura 2**).

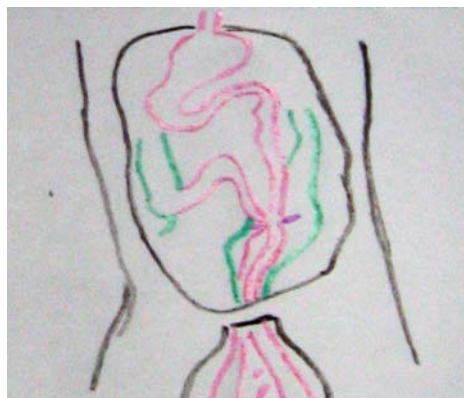


Figura 2. *Salida del asa delgada a través del trayecto, desde la lesión sigmoidea, recto y ano*

El abdomen se cerró por planos, se administró antibioticoterapia de amplio espectro y se indicaron los cuidados habituales.

La paciente evolucionó favorablemente y egresó a los 6 días. Asistió a 2 consultas posoperatorias y se mantenía con buen estado de salud.

COMENTARIOS

El caso descrito presentó un trauma cerrado de abdomen con lesión sigmoidea única. En este paciente se realizó la sutura primaria de la lesión atendiendo a varios factores, así como a los métodos de tratamiento más recientes.²⁻³

Las perforaciones de colon como lesiones aisladas se notifican durante la realización de colonoscopias diagnósticas o terapéuticas, o ambas. Estas se deben a barotraumas o manipulación de instrumental en la luz del órgano, como el asa diatérmica en procedimientos terapéuticos.⁴

Han sido informados otros casos por barotrauma, con lesiones extensas al introducir aire a presión a través del ano, en todos los casos de forma accidental.²

En el caso descrito, el paciente al caer sentado, interaccionó los glúteos sobre una superficie muy dura como lo es el piso de concreto y baldosas de su vivienda, lo cual generó un mecanismo de lesión combinado de transferencia de energía. El recto y todo el colon del anciano contenía aire, casi totalmente, en el momento de la caída, de modo que la presión intraluminal aumentó de forma brusca; esta condición, unida simultáneamente al ascenso de la presión intrabdominal por la desaceleración y rigidez defensiva del afectado, provocó la ruptura del colon por la zona más susceptible de sufrir trauma cerrado (colon-sigmoide) y la rápida salida por el sitio de órganos móviles como se describió anteriormente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Takahashi. Traumatismos. En: Cirugía, bases clínicas y prácticas. 2 ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 2002:167-8.
2. Fealk M, Osipov R, Foster K, Caruso D, Kassir A. The conundrum of traumatic colon injury. Am Surg 2004; 188(6):663-70.
3. Sasaki LS, Allaben RD, Golwala R, Mittal VK. Primary repair of colon injuries. A prospective randomized study. J Trauma 1995; 39:895-901.
4. Tulchisky H, Madhala-Givon O, Wasserberg N. Incidence and management of colonic perforations: 8 years' experience. World J Gastroenterol 2006; 12:4211-13.

Recibido: 15 de abril de 2011

Aprobado: 10 de mayo de 2011

Dr. Enrique Legrá Zayas. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba.