

heridas del recto cuerpos extraños

Toda herida del recto debe considerarse en principio como una parte de un complejo lesional regional. Las lesiones de las diversas estructuras contenidas en la pelvis, las vísceras abdominales bajas, la región glútea y la raíz del muslo, son frecuentes acompañantes de la herida rectal.

Las variaciones en las lesiones rectales dependientes de muy diversos factores hacen imposible una clasificación u ordenación esquemática en vistas a su exposición. Haremos una simple descripción enumerativa de los hechos que pueden tener interés en vistas al diagnóstico y al tratamiento.

La topografía de la herida constituye un hecho importante ya que particularidades morfológicas, funcionales y especialmente regionales de los distintos segmentos del recto confieren a la herida caracteres muy propios. La herida del segmento alto es fundamentalmente de significado peritoneal; en el segmento bajo es pelviana visceral y subperitoneal; en el segmento esfinteriano es de significado funcional en relación a la continencia.

La herida de guerra es habitualmente múltiple, con destrozos óseos y musculares, con lesiones viscerales variadas, con cierto tiempo de evolución, en enfermos psíquica y físicamente desequilibrados. Su asistencia se hace a veces en medios precarios y por técnicos no especializados. Este conjunto de circunstancias le dan una extraordinaria gravedad. Las heridas de la práctica civil pueden tener algunas de estas particularidades lo cual debe ser muy tenido en cuenta al enfocar los problemas terapéuticos.

Las heridas de bala pueden interesar al recto mismo en enfermos cuyo orificio de entrada muy alejado no llevaría a pensar en su posibilidad. La evolución y aún la necropsia es la primera en denunciar el hecho. Las lesiones suelen interesar diversas estructuras, pudiendo las esquirlas óseas ser causa de heridas rectales múltiples.

Un hecho de interés en la herida de bala es la presencia de extensos decolamientos perirrectales, con un orificio relativamente pequeño en la pared del órgano. Las colecciones hemáticas y serosas y luego supuradas no encuentran un drenaje fácil hacia el recto y conducen a procesos sépticos diversos, difusiones de la supuración, necrosis de la pared rectal aislada, etc.

Una mención especial debe hacerse de los procesos de necrosis difusa de la pared rectal resultante de los fenómenos de concusión por la acción del pasaje de la bala.

El empalamiento se presenta a veces con lesiones altas que pueden acompañar a lesiones bajas ostensibles o ser las lesiones únicas, con áreas ano perineales

sanas. En general las lesiones rectales son sobre la cara anterior del recto, interesando la vagina, la vejiga o el fondo de saco peritoneal.

Las heridas por detrás, pueden tener su entrada en las áreas medianas, anocócigea o sacra, o en las regiones glúteas. Es necesario buscar la lesión rectal en estas heridas. Las colecciones retrorrectales sépticas y los fenómenos gangrenosos en las masas musculares glúteas son en ocasiones la primera denuncia de la lesión rectal.

La yatrogenia ocupa un lugar importante en las heridas del recto en la práctica civil. Hemos asistido más lesiones rectales por endoscopia y por enema opaco que por agresiones o accidentes.

En las operaciones vulvovaginales se pueden producir heridas del recto. Las lesiones se pueden producir en las colporrafias posteriores, que abren al recto bajo, especialmente en la parte supra esfinteriana, donde se presenta como un buche friable. Este buche que estudiaremos en el capítulo de prolapsos puede también ser lesionado en la vulvotomía para el parto. En cualquier caso deben ser tratadas con las directivas de las heridas del recto. En general es suficiente el cierre correcto de la herida.

En cuanto a las lesiones del esfinter su producción por colporrafia es excepcional, debiéndose considerar que la incontinencia que puede observarse depende de la lesión anal que acompañaba al prolapso y que no fue corregido en la operación. La sección esfinteriana en la vulvotomía posterior es hecha por los tocólogos expresamente y luego suturada después del parto. Los buenos resultados que muestran ciertas estadísticas confirman la necesidad del tratamiento adecuado de estas heridas.

CLINICA EL ENFERMO

Una herida del recto puede ser desconocida hasta aparición de procesos pelvianos o peritoneales graves o reconocimiento de la lesión en la necroproctia. Este desconocimiento puede suceder en heridas cuya puerta de entrada es alejada de la pelvis y además en enfermos que ocultan actos de desviación sexual. Debe prestarse especial atención a ciertos síntomas que pueden sugerir las lesiones: disuria, tenesmo rectal, sangre en las deposiciones, dolor hipogástrico, resistencia o distensión del bajo vientre.

Frente a la sospecha así como en el caso de herida conocida, el examen del recto es fundamental. En la etapa abdominal del examen buscar dolor, contractura o distensión hipogástrica, neumoperitoneo. En la etapa perineal, en posición de Sims, explorar el perineo y el canal esfinteriano. La etapa pelviana y rectal alta, en decúbito dorsal, puede ser de gran interés, pero si se hace el diagnóstico de herida que impone la anestesia del enfermo en sala de operaciones, debe dejarse para el momento oportuno pues puede ser perjudicial o innecesario el examen rectal meticuloso a ciegas.

Los exámenes complementarios deben plantearse con prudencia. La endoscopia, que muchos sugieren, nos parece riesgosa, por el peligro del pasaje del rectoscopio o por la insuflación de aire. El estudio radiológico, sin contraste, puede ser útil, mostrando neumoperitoneo o gas en los espacios celulosos pelvianos, además de posibles lesiones óseas.

El conocimiento de la exacta topografía de la lesión puede surgir de los exámenes anotados. Si así no fuese, la investigación debe realizarse en el curso del tratamiento quirúrgico.

En ciertos casos el diagnóstico positivo de herida o el planteo quirúrgico puede ser difícil y se justifican ciertos exámenes de gran excepción, como la endoscopia o la insuflación de aire, con estudio radiológico de pelvis y abdomen.

El estudio clínico comprende la búsqueda de lesiones asociadas, ya que como dijimos, la herida del recto es una parte de un complejo lesional regional. La importancia de este estudio regional preoperatorio surge de la posibilidad de desconocer lesiones en el curso de la operación y de la necesidad del conocimiento integral para elegir vía de abordaje, directivas técnicas y aún conducta particular con el recto.

Investigar lesiones óseas por la clínica y la radiología, reconocer síndromes de lesiones vasculares por heridas de vasos pelvianos y explorar vagina y aparato urinario bajo. Esta exploración debe ser ineludible en todo enfermo con herida del recto: la uretra por una sonda, la vejiga recogiendo su contenido, llenándola de suero y retirándolo, sustancias coloreadas a reconocer por el recto, cistografía. El urograma de excreción es un elemento necesario para saber sobre el estado de los uréteres.

Hemos dejado para el final la consideración del estado general del enfermo, para quitarle toda importancia en el diagnóstico lesional. Pueden presentarse cuadros generales serios, imputables a estados de angustia, a excitación psíquica, a procesos vasculares u óseos chocantes o la más absoluta normalidad general en heridas grandes y aún en comunicación amplia con la cavidad peritoneal.

DIRECTIVAS TERAPEUTICAS

La conducta frente a un herido del recto no puede ser motivo de una exposición regular, de tipo cronológico debido a la variedad de lesiones rectales y asociadas, de enfermos y de circunstancias. Por otra parte y más que en muchas otras operaciones, el diagnóstico completo y las posibilidades terapéuticas van surgiendo en el curso de la operación. La solución de ciertos problemas se tiene a veces cuando ya se está terminando la intervención.

Haremos una exposición de las directivas que rigen el tratamiento y en el capítulo próximo plantearemos lo que puede ser la conducción de la operación. La operación tiene tres objetivos: tratamiento de la lesión, drenaje del foco y reposo del recto. El cumplimiento de estas tres directivas debe ser en general en ese orden pues de la eficacia del tratamiento de la lesión surgirá la indicación del drenaje y en último término la consideración del reposo visceral. En ciertos casos, sin embargo, está indicada la alteración de este orden, ya sea por comodidades técnicas o por imposibilidad de cumplir con la restauración visceral.

Tratamiento de la lesión. En las heridas en áreas peritoneales la reparación de la pared rectal tiene variantes dependiendo del tipo de lesión. En heridas recientes, lineales, con bordes regulares y bien irrigados y de fácil abordaje, es suficiente la sutura. Debe cumplir las exigencias de toda sutura cólica: hilos finos, puntos separados, paralelos, regulares, afrontamiento correcto de los labios. Los errores técnicos y no los caracteres del órgano, son las causas de dehiscencias en el postoperatorio. Si los bordes no permiten esta sutura, pueden researse para lograrla.

Si las lesiones son extensas o irregulares o comprometen el meso, debe preferirse la resección del sector afectado, restaurando por anastomosis término terminal o cerrando el cabo inferior, con colostomía en el superior.

Cuando no son posibles estos métodos, puede recurrirse en última instancia al emparedamiento cuidadoso de la pelvis. La epiploplastia no soluciona nada. En las heridas de las áreas subperitoneales la sutura es difícil siendo muy frecuentes las dehiscencias postoperatorias. La dificultad de la sutura depende de

los inconvenientes de un buen abordaje. En forma esquemática consideramos en las heridas de los sectores subperitoneales del recto tres grupos: abordaje simple, abordaje por tránsito en la pelvis, renuncia a la sutura.

—El abordaje simple puede hacerse: por la luz del recto para cerrar alguna herida producida de adentro a afuera o pequeña lesión cortante; por la cara posterior del recto entrando por vía mediana posterior; por la cara anterior del recto en la mujer haciendo separación recto vaginal.

—El abordaje de heridas por disección pelviana exige la vía abdominal, pues la vía perineal no da posibilidades para una buena exploración y por poco que se amplíe, expone en el hombre a la incontinencia de orina y a la impotencia.

En pocas operaciones sobre el recto se necesita mayor dominio de la anatomía visceral y de las láminas conjuntivas de la pelvis que en el tratamiento de las heridas. La cirugía en una pelvis herida, sin saber por donde se transita, expone a menudo al desconocimiento de las lesiones y a destrozos de hojas conjuntivas, favoreciendo la unificación de espacios, difundiendo así la infección. La pancelulitis pelviana es un proceso grave.

60

—La renuncia a la sutura del recto puede ser inicial o después de haber tentado la llegada a la herida o su sutura. Puede plantearse en ciertas heridas puntiformes, a veces por bala, cuando la topografía de la herida obligaría a una disección pelviana grave. Esta renuncia supone el buen conocimiento de la lesión y la rigurosa aplicación de los otros dos objetivos, es decir el drenaje perirrectal y el reposo del recto.

Puede justificarse la renuncia a la sutura en enfermos con mal estado general, o con lesiones asociadas graves o con sepsis en evolución. Es indudable que estas retiradas obligan a ser muy exigentes en los drenajes perirrectales y en las medidas de reposo para el recto.

Las heridas en las áreas perineales del recto requieren una rigurosa restauración con criterio plástico funcional. La normalización anatómica perfecta es la forma de obtener una buena recuperación funcional, que es tan importante en la región esfinteriana. Los defectos cicatrizados son difícilmente reparables en este órgano, funcionalmente tan complejo.

La lesión accidente debe ser bien inventariada, con hemostasis correcta, extracción de cuerpos extraños, coágulos y tejidos condenados a la necrosis y lavado abundante. La reparación se inicia por las estructuras musculares, elevador y esfínter, con material fino, puntos mínimos, afrontamiento correcto, sin espacios muertos. El plano mucoso y cutáneo se repara cumpliendo directivas básicas de la cirugía orificial: respeto por línea criptopapilar, revestimiento continuo, incisiones de descarga, etc.

En las heridas perineales evolucionadas, infectadas, debe posponerse el tratamiento local hasta la preparación de la zona, pero con la idea de lograr esta preparación lo más pronto posible.

Drenaje del foco. En el capítulo sobre drenajes perirrectales consideramos diversos aspectos de este punto. Dimos las razones de su indicación, la técnica de su práctica para que sea efectivo, el material de drenaje y la vigilancia postoperatoria. En este momento solo insistiremos que en las heridas subperitoneales la indicación del drenaje adquiere su justificación más clara.

Si está indicado el drenaje perirrectal en las suturas correctas, más lo está en los casos de suturas no satisfactorias o cuando no se ha podido realizar la reparación del recto.

Reposo del recto. Las medidas para el reposo del recto son su destransitación por colostomía, la anulación del cierre esfinteriano y el reposo funcional postoperatorio de la pelvis. Expusimos estos temas en el capítulo anterior.

En ciertas heridas pequeñas, sin lesiones perirrectales y que han sido bien tratadas, la desgravitación del recto por anulación del cierre esfinteriano puede ser suficiente, pero cuando se requiere el aislamiento del recto el método a aplicar es la destransitación.

La colostomía destransitante de preferencia es la colostomía izquierda, sigmoideas o parte izquierda del transverso. Estas colostomías son más toleradas que las derechas y dejan un segmento destransitado de más fácil manejo.

En las heridas de áreas peritoneales en que la sutura ha sido ampliamente satisfactoria no hay indicación de una colostomía de cicatrización. Estaría indicada en suturas no satisfactorias pero consideramos que antes de practicarla deben plantearse otras soluciones:

- 1 — Deshacer la sutura, regularizar los bordes y hacerla correctamente.
- 2 — Resecar la zona cruenta y anastomosar los cabos sanos.
- 3 — Resecar la zona cruenta, cerrar su cabo inferior y abocar a la pared el cabo superior. Esta solución es más compleja que la simple colostomía y requiere como ella una intervención ulterior para cerrar el colon, pero pone a cubierto seguro de accidentes posibles en un recto destransitado si está muy lesionado.

Si la lesión rectal en área peritoneal no puede tratarse y se termina con un emparedamiento, la colostomía destransitante debe ser la regla.

En las heridas de las áreas subperitoneales, en las que la reparación es más difícil y los resultados más dudosos, las indicaciones de la colostomía destransitante son indiscutibles.

Las heridas del segmento esfinteriano de poca importancia, pueden tratarse sin colostomía, pero hay dos indicaciones de esta derivación:

- 1 — En las heridas complejas con participación esfinteriana o desgarros locales con lesiones isquémicas.
- 2 — En las heridas con varias horas de evolución y manifestaciones infecciosas, hasta lograr su normalización, la reparación y la cicatrización.

CONDUCCION DE LA OPERACION

Indicar un correcto tratamiento general para mantener al organismo y medicación antibiótica, antigangrenosa y antitetánica. Sin pretender un diagnóstico completo, la simple posibilidad de una herida del recto obliga a decidir la intervención quirúrgica. En caso de estado general muy grave o de lesiones en otro territorio que impongan una intervención de gran urgencia, podrá diferirse al mínimo la operación o reducir el acto operatorio al drenaje pelviano o la destransitación cólica; pero, como regla general, debemos tender a la operación inmediata e integral.

Las actitudes espectantes pueden ser nefastas, así como las actuaciones tímidas. Debemos iniciar pronto un acto de metódica exploración diagnóstica y de cumplimiento de las directivas terapéuticas.

Anestesia general, posición para cirugía del recto por vía perineal y abdominal, examen bajo anestesia, campo operatorio comprendido perineo y abdomen, evacuación de la vejiga y sonda en permanencia.

Si el estudio completo antes y durante la operación, permite asegurar que la herida es solamente de las regiones perineales, se puede intervenir directamente por esa vía. Es posible tratar por vía perineal lesiones del segmento esfinteriano, heridas posteriores del recto bajo y lesiones asociadas vulvovaginales y de genitales externos. Si no hay certeza de lesiones limitadas al perineo, la

operación debe iniciarse por laparotomía. Un asistente capaz colaborará en su oportunidad por la vía perineal.

La exploración debe comenzar por vísceras abdominales, colon sigmoideo, recto peritoneal, órganos pelvianos. La herida rectal se trata de acuerdo con las directivas ya expuestas. Si hay seguridad de que sólo la pared anterior está lesionada; herida por empalamiento y absoluta normalidad en la inspección y palpación de las regiones subperitoneales posteriores, puede evitarse la exploración directa de las áreas extraperitoneales del recto; pero frente a la más ligera sospecha, es necesario seccionar el peritoneo para explorar bien.

62

La entrada al subperitoneo, se hace por incisión longitudinal mediana a la altura del promontorio. Levantando hacia la derecha el peritoneo hasta visualizar el uréter, se entra hacia abajo dejando por detrás el promontorio y el sacro y llevando el recto hacia adelante. La exploración de la parte alta de la cara posterior del recto, es difícil por la situación del órgano y porque está cubierta por su rico pedículo hemorroidal superior con abundante grasa. Si si no aparece infiltración serosa, hemática ni gaseosa en la masa del pedículo hemorroidal, puede quedar terminada la exploración, pero practicando por vía peritoneal posterior, laterococcígea, el drenaje preventivo del espacio abierto, retrorectal alto. El asistente practica la incisión de piel laterococcígea y con una tijera larga, curva, cerrada, aplicada sobre el sacro, llega al espacio a drenar, controlando el cirujano la correcta colocación del tubo.

Si hubiese en la pared posterior del recto algún elemento de sospecha de lesión, es necesario hacer suavemente la liberación de la pared del órgano y llegar al diagnóstico seguro para hacer la sutura. La liberación del recto, el reconocimiento de una lesión y la sutura son difíciles, pero deben intentarse en prevención de infecciones graves, ascendentes, por heridas importantes ocultas por el manguito grasoso hemorroidal superior. Con cualquier solución, el drenaje por vía laterococcígea es de rigor.

Las lesiones posteriores bajas no se reconocen por vía abdominal porque la lámina de sostén o pelviana detiene la exploración. Si hay motivos para sospechar lesión de la cara posterior, debe hacerse un abordaje complementario por vía perineal posterior.

Las lesiones extraperitoneales anteriores en el hombre, observadas en empalmientos, obligan a su abordaje por vía abdominal explorando por el espacio interprostatorrectal. Completar con exploración vesical. La lesión rectal es difícil de suturar, pudiendo utilizarse para drenar el espacio prerrectal con un tubo que salga por el ano.

Es importante investigar lesiones vasculares y ureterales. Si hay lesiones vesicales, reconocidas por sus síntomas, antes de la operación, el abordaje de la zona agredida puede hacerse por vía endovesical. La sutura y el drenaje vesical correcto con sonda de Couvelaire o por cistostomía, conducen a la curación en las heridas asociadas de recto y vejiga.

Las heridas glúteas requieren una atención muy especial, porque las masas musculares desgarradas, constituyen un terreno muy favorable para infecciones graves anaeróbicas en las lesiones del recto. Debe hacerse una resección amplia de todos los tejidos mortificados, suprimir áreas de posibles colecciones, extirpar cuerpos extraños, etc., dejando toda la región ampliamente drenada.

Terminada la operación sobre el recto y sobre los ambientes perirrectales, se decidirá la indicación de la colostomía de acuerdo con los resultados obtenidos y siguiendo las directivas ya expuestas.

CUERPOS EXTRAÑOS

En varias circunstancias pueden constituir problema médico los cuerpos extraños en el recto.

Introducidos por el ano. Se produce a veces por accidente el pasaje a la ampolla rectal de un termómetro, de la cánula de un irrigador o de una sonda rectal. El diagnóstico es de confirmación. El tratamiento por el estado de ansiedad del enfermo, considerando de urgencia la extracción, puede provocar lesiones rectales que se evitan si se tranquiliza al paciente, se explora por el tacto y se maniobra suavemente. El enfermo debe estar bien colocado, reconocida la posición del cuerpo extraño y en caso de dificultad recurrir a la extracción endoscópica o a la anestesia del segmento esfinteriano.

El cuerpo extraño del recto en un homosexual constituye un problema más grave. En primer lugar por ser un cuerpo seguramente más agresivo, a veces introducido por terceros en acción criminal, por tratarse de un enfermo de psiquis especial, por la tendencia a ocultar los hechos, en fin porque es frecuente que el enfermo u otro, hayan hecho maniobras infructuosas para extraerlo que pueden provocar lesiones rectales graves.

No se trata únicamente de un cuerpo extraño, sino de un enfermo complejo con posibles lesiones rectales. Es necesario estudiarlo muy bien, con examen de abdomen, de perineo, de pelvis, y recto. Atender además los aspectos personales del enfermo, evitando agresiones psíquicas y morales que pueden conducir al negativismo frente al médico.

La extracción puede ser posible con maniobras suaves con anestesia esfinteriana, pero debe considerarse frente a la más pequeña dificultad la necesidad de proceder como en una operación del recto: anestesia general o peridural, posición de cirugía de recto, preparación para poder actuar por vía abdominal y perineal. En estas condiciones, se harán las últimas tentativas suaves de extracción por vías naturales y en caso de fracaso decidir si abordamos al recto por vía perineal o abdominal.

La vía perineal está indicada en casos de objetos enclavados, bajos, en los que el abordaje perineal posterior permite maniobrar directamente sobre el recto o practicar una rectotomía posterior para extraer el cuerpo extraño.

La vía abdominal permite a veces actuar sobre el recto, sin abrirlo, llevando el cuerpo extraño al alcance de la vía natural. Si no es posible, está indicada la abertura del recto y extracción por arriba.

Las insistentes tentativas infructuosas para extraer por vías naturales un cuerpo extraño irregular, quebradizo o cortante, son más graves para el enfermo que la operación reglada por vía perineal o abdominal. Debemos agregar que estas operaciones deben ser correctamente conducidas y que al terminar la extracción el caso debe ser considerado como herida de recto, sometiéndolo a las tres directivas según las circunstancias: reparación visceral, drenaje perirrectal, destransitación del recto.

Ingeridos. No son excepcionales los casos en que un enfermo ingiere una espina de pescado o un trozo de hueso de ave o un escarbadiante que llega al recto donde se enclava. El lugar habitual del proceso es el anillo anorrectal y los síntomas pueden ser de sufrimiento agudo y tenesmo o de un simple proceso supurado.

El cuadro doloroso simula a veces al que provoca una fisura o una trombosis venosa y a falta de examen pueden prolongarse los sufrimientos. Es necesario examinar el recto hasta tener diagnóstico en todo enfermo que sufre.

El absceso se puede presentar a veces como un absceso habitual de la región

y ser tratado como tal. Debe sospecharse la existencia de un cuerpo extraño y abrirse bien, explorando la región y la cavidad supurante. No es raro ver enfermos que han sido operados más de una vez de fístulas perineales y que al practicar una operación metódica de exploración, nos sorprenda con un cuerpo extraño incluido en la profundidad, sin ningún recuerdo, a veces, de su ingestión.

FECALOMAS

El fecaloma en el recto constituye un hecho de cierta frecuencia en viejos, enfermos en cama, operados, etc. Hay que pensar en su posibilidad cuando en esas circunstancias se presenta cualquier síntoma rectal o visceral. A veces los síntomas son muy sugestivos pero pueden no serlo. El enfermo con deposiciones diarias o el enfermo cuyo único síntoma es la retención de orina, son hechos observados. El tacto rectal hace el diagnóstico.

64 El tratamiento consiste en disgregar al fecaloma, rompiendo su cáscara dura y evacuarlo suavemente. En fecalomas blandos puede ser suficiente el uso de enemas, pero en los duros se requiere la ruptura digital o instrumental.