

Sutura primaria en las lesiones traumáticas del colon

Primary suture applied in the colonic traumatic lesions

Maribel Vicente Medina,^I Asbel Vicente de la Cruz,^{II} Wilfredo Vargas Borges,^{III} Manuel Guerra Bazán^{IV}

^I Especialista de I Grado en Cirugía General y Medicina General Integral. Hospital Universitario Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán Domínguez». La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán Domínguez». La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía. Instructor. Hospital Universitario Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán Domínguez». La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Anestesiología. Hospital Universitario Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán Domínguez». La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Las suturas digestivas siempre han sido una preocupación para los cirujanos por la gravedad de las complicaciones que pueden presentarse. Fue objetivo de esta presentación demostrar la factibilidad de la sutura primaria en el colon.

MÉTODOS. Presentamos los resultados de un período de 14 meses en los cuales se realizaron 32 suturas primarias en el colon a causa de lesiones traumáticas. Los pacientes fueron atendidos en dos hospitales, uno provincial y otro nacional en la República de Yemen. Se tomaron como datos fundamentales el tipo de trauma, la parte afectada del colon, las lesiones asociadas, el tipo de operación en el colon, las demás operaciones asociadas o complementarias, así como el uso de antibióticos.

RESULTADOS. Se estudiaron 32 pacientes con lesiones traumáticas de colon, 29 de ellos (90,62 %) por arma de fuego. Otras causas fueron las heridas por arma blanca y los accidentes de tránsito. Un porcentaje elevado de los casos necesitó la intervención en órganos abdominales o la resección de estos. El índice de complicaciones fue bajo (6 pacientes con una sola dehiscencia y 2 fístulas). No hubo que lamentar fallecidos.

CONCLUSIONES. Es factible obtener buenos resultados con este procedimiento, que a la vez evita la tan objetada y molesta para los pacientes colostomía, con mínimo riesgo para ellos.

Palabras clave: Sutura primaria, colon, trauma, dehiscencia, complicaciones.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Digestive sutures always have been a concern for surgeons due to severity of possible complications. Aim of present presentation was to show feasibility of colon primary suture.

METHODS: Results achieved during 14 months are presented, in which we performed 12 primary sutures in colon due to traumatic lesions. Patients were seen in two hospitals, one at provincial level and the other at national level in Yemen Republic. We took as essential data the type of trauma, the involved portion of colon, associated lesions, type of surgery in colon, the other associated or complementary surgeries, as well as antibiotic use.

RESULTS: Thirty two patients were studied presenting with traumatic colonic lesions, 29 of them by firearm. Other causes were wounds by cold steel, and road accidents. A high percentage of cases needed surgery of abdominal organs or its resection. Complication rate was low (6 patients with an only dehiscence and two fistulae). There was not deceased.

CONCLUSIONS: It is feasible to achieve good results using this procedure, which also avoid the so objectionable and annoying colostomy for patients, with a minimal risk for them.

Key words: Primary suture, colon, trauma, dehiscence, complications.

INTRODUCCIÓN

Las suturas digestivas, y en particular las de colon, siempre han sido una preocupación para los cirujanos,¹⁻³ por la gravedad de las complicaciones que pueden presentarse.^{4,5} Entre ellas la principal es la dehiscencia de suturas, por lo que la sutura primaria ha estado prácticamente proscrita en las normas de la cirugía cubana y solamente se realiza en casos excepcionales, con lesión única, lineal, de menos de 4 h de evolución y sin derramamiento de contenido fecal. Pero en este medio donde la colostomía es rechazada por los pacientes, nosotros los hemos tratado practicando la sutura primaria en el colon independientemente de todos los factores que en teoría la contraindican.⁶⁻⁹

Por esta razón, nos propusimos realizar la sutura primaria a todos los pacientes con este diagnóstico, tomando todas las medidas necesarias para el control de la sepsis, y lograr una sutura hermética en tejido bien irrigado y sin tensión,^{10,11} En definitiva, este es el criterio del éxito para reducir las complicaciones y ganar en calidad de vida en los pacientes, a los cuales les evitamos la colostomía, generalmente rechazada por ellos, por los médicos y las enfermeras que tienen que trabajar con ella.^{1,3,10,11}

MÉTODOS

El universo de trabajo fue tomado de una forma prospectiva, en un período de 14 meses, de la totalidad de los pacientes (32 casos) que se presentaron con lesiones traumáticas del colon (por arma de fuego, arma blanca y accidente del tránsito) en el Hospital Nacional de Sanaa y el Hospital de la Provincia de Mareb en la República de Yemen. Dada la idiosincrasia de esta población se incluyeron todos los pacientes, independientemente del tiempo de lesión -que osciló entre 2 h y más de 24 h- y de las características de estas; es decir, no se excluyó a ningún paciente.

Para el procesamiento de los datos se elaboró una tabla para el vaciado de datos primarios, entre los que se tomaron los siguientes:

- Localización de la lesión en el colon.
- Otras lesiones concomitantes.
- Tipo de trauma.
- Procedimiento utilizado en las lesiones del colon.
- Complicaciones posoperatorias.
- Uso de antibióticos.
- Sustancias usadas para el lavado peritoneal.
- Procedimientos adicionales realizados.

Con este material, se agruparon los resultados y se utilizó el porcentaje como medida de frecuencia. Después de revisar la bibliografía a nuestro alcance, se discutió el material consultado y se concluyó que esta técnica es factible con un mínimo de riesgo para los pacientes, siempre que se practique una técnica depurada y se haga en cada paciente lo estrictamente necesario para solucionar su problema y garantizarle una mejor calidad de vida.

RESULTADOS

Al concluir este período hubo 32 pacientes, con las lesiones intraabdominales que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. **Ubicación de las lesiones intraabdominales**

Tipo de lesiones	n	%
En colon transverso	10	31,25
En colon izquierdo	10	31,25
En colon recto sigmoides	7	21,87
En colon derecho	5	16,62
Lesiones de intestino delgado	17	53,12
Lesiones renales	8	25,00
Lesiones esplénicas	7	21,87
Lesiones gástricas	4	12,50
Lesiones pulmonares	3	9,37
Otras lesiones abdominales	8	25,00

En nuestra casuística, 29 (90,62%) de los 32 pacientes con lesiones traumáticas de colon tenían lesiones ocasionadas por arma de fuego; 2 (6,25 %) por arma blanca y 1 (3,12 %) por accidente de tránsito. Se les realizaron 5 resecciones de colon izquierdo con anastomosis término-terminal: a 4 en el lado derecho y a 2 en el transverso, con igual tipo de anastomosis. En los restantes 21 pacientes se hizo resección del borde traumatizado y sutura. A 17 se practicó resección o sutura del intestino delgado. En 6 casos fue necesaria la nefrectomía y en 2, resecciones polares con sutura renal. Se practicaron 7 esplenectomías, 4 suturas gástricas, 3 toracotomías y sutura pulmonar y otros métodos, como hepatorrafia, colecistectomía, sutura duodenal, de mesos y vascular (7 pacientes).

Solo se presentaron 3 tipos de complicaciones, que representaron el 18,75 % del total de pacientes (tabla 2). No hubo mortalidad.

Tabla 2. **Complicaciones presentadas**

Complicaciones	n	%
Infección de la herida	3	9,37
Fístula del colon	2	6,25
Dehiscencia de la sutura	1	3,12
Total	6	18,75

En la totalidad de los pacientes se usó una combinación con cefalosporina de segunda o tercera generación, un aminoglucósido y metronidazol en dosis adecuadas y por un período de 7 a 10 días, con seguimiento estricto de la función renal. En el transoperatorio se realizó lavado amplio de la cavidad abdominal con povidona yodada y suero salino, generosamente.

DISCUSIÓN

En esta casuística con 32 pacientes que fueron tratados con sutura primaria en el colon lesionado por traumas, los resultados obtenidos son muy alentadores y consideramos que el porcentaje de complicaciones fue mínimo, y menor que en algunas publicaciones. Para algunos autores es la técnica de elección en las lesiones traumáticas de colon.^{4,12,13} Esclarecemos que no tuvimos en cuenta otras complicaciones como flebitis, íleo paralítico prolongado, neumonía (en un paciente), por no estar en el objetivo del trabajo, por lo que nos dedicamos a las siguientes: en relación a la sutura, hubo 3 (9,37 %) complicaciones, dadas por 1 dehiscencia de la sutura en un paciente anciano y 2 fístulas de colon, una de aparición temprana y la otra después de los 4 meses de la operación, similar a otras publicaciones.¹⁴⁻¹⁶ Todas se solucionaron en una segunda operación y destacó que no hubo mortalidad. En la mayoría de los casos, se realizaron las suturas en un solo plano a puntos discontinuos, sin que se tabulara este dato. De igual forma, no fue posible utilizar antibióticos preoperatorios en la mayoría de los pacientes, por tratarse de urgencias quirúrgicas y no siempre fue posible solucionarlo.

Las lesiones del colon se localizaron en el transverso (10; 31,25 %), en el izquierdo (17; 53,12 %) y en el derecho (5; 15,62 %). Fue necesario hacer resección por lesiones múltiples o desgarros amplios en 5 (29,71 %) en el izquierdo, en 4 (40,00

%) en el transverso y en 2 (40,00 %) en el derecho. Llama la atención que entre las lesiones asociadas hubo 8 (25,00 %) renales y que las esplénicas solo fueron 6 (18,75 %), aspecto este discordante con la mayoría de la literatura revisada,^{11,14} que reporta más lesiones esplénicas que renales y un grupo grande de lesiones del intestino delgado 17 (53,12 %), con solo 4 (12,50 %) en el estómago, así como 3 (9,37 %) pulmonares por herida combinada toracoabdominal.

En esta serie solo constatamos 1 paciente con lesión hepática y 1 con lesión vascular (aorta); consideramos que en otros pacientes que llegaron fallecidos debieron predominar las lesiones vasculares de grandes vasos, cuya mortalidad asociada es muy elevada.

Es muy significativo que tratándose de cirugía de urgencia en pacientes contaminados, no hubo abscesos de la cavidad. El porcentaje de infecciones de la herida quirúrgica fue bajo -con solo 3 (9,37 %) pacientes- lo que consideramos se debe en gran medida a: 1) se trataba de una población joven en su inmensa mayoría y prácticamente virgen al uso de antibióticos; 2) haber usado una combinación de estos que cubre un amplio espectro y con dosis más bien elevadas; 3) al estar en un ambiente relativamente frío y muy seco; 4) haber realizado hecho en la totalidad de los pacientes un lavado amplio de la cavidad abdominal con povidona yodada en cantidad abundante y posteriormente con solución salina, generosamente. Y destacamos que en el seguimiento de la función renal solo en un paciente se movió la creatinina al quinto día, la cual se normalizó después de suspenderle la combinación de antibióticos usada.

En síntesis, la sutura primaria del colon es un método que debe realizarse siempre que sea factible. Se obtienen buenos resultados con la combinación de cefalosporinas, aminoglucósidos y metronidazol, y siempre que se pueda chequear periódicamente la función renal debe emplearse. La sepsis de la herida fue la causa más frecuente de complicaciones. En pocos casos las lesiones de colon estuvieron directamente relacionadas con las complicaciones. El lavado amplio de la cavidad abdominal con povidona yodada y posteriormente con solución salina demostró ser efectivo para el control de la sepsis intraabdominal posoperatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leyva R, Jiménez Carrazana A. Sutura primaria con fijación extraperitoneal subaponeurótica en las heridas de colon. *Rev Cubana Med Milit* 2000;29(2):145-7.
2. Biondo S, Jaurrieta E, Martí Ragué J, Ramos E, Deiros M, Moreno P, *et al.* The role of resection and primary anastomosis of the left colon in the presence of peritonitis. *Br J Surg* 2000;87:1540-44.
3. Kriwanek S, Armbruster C, Beckerhinn P, Diftrich K. Prognostic factors for survival in colonic perforation. *Int: J Colorect Dis* 1994;9:158-62.
4. Biondo S, Parés D, Kreisler E, Fracalvieri D, Miró M, Martí-Ragué J, *et al.* Morbilidad y mortalidad postoperatoria en pacientes con perforación no diverticular de colon izquierdo. *Cir Esp* 2003;73(5):271-5.
5. Damore LJ, Rantis PC, Vernava AM, Longo WE. Colonoscopic perforations: etiology, diagnosis and management. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1308-4.

6. Bannura G. Rol actual de la operación de Hartmann: análisis crítico. *Rev Chil Cir* 2002;54:555-60.
7. Bannura G, Pisano R, Contreras J, Meto C, Soto D. Enfermedad de Hirschsprung en adultos. *Rev Chil Cir* 2001;53:347-55.
8. Biondo S, Jaurrieta E, Jorba R, Moreno P, Farran L, Borobia F, *et al.* Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis in peritonitis and obstruction. *Br J Surg* 1997;84:222-5.
9. Biondo S, Deiros M, Martí Ragué J, Perea MT, Ramos E, Parés, *et al.* Resección y anastomosis primaria en pacientes con peritonitis por patología del colon izquierdo. *Cir Esp* 2000;68:562-5.
10. Bannura G, Meto C, Barrera A, Contreras J, Soto D. Suturas mecánicas en cirugía colorrectal: Análisis de 225 pacientes consecutivos. *Rev Chil Cir* 2002;54:350-7.
11. Naraynsingh V, Ariyanayagam D, Pooran S. Primary repair of colon injuries in a developing country. *Br J Surg* 1991;78:319-20.
12. Hall C, Dorricot N, Donovan L, Neoptolemos J. Colon perforation during colonoscopy: surgical versus conservative management. *Br J Surg* 1991;78:542.
13. Biondo S, Alcobendas F, Jorba R, Bettonica C, Moreno P, Borobia F, *et al.* Hemicolectomía izquierda y lavado anterógrado preoperatorio en el tratamiento de la patología urgente del colon izquierdo. *Rev Esp Enferm Dig* 1995;87:849-52.
14. Biondo S. Morbilidad y mortalidad postoperatoria en pacientes con perforación nodiverticular de colon izquierdo. *Cir Esp* 2003;73(5):271-5.
15. Steizner M, Vlahakos DV, Milford EL, Tilney NL. Colonic perforations after renal transplantation. *J Am Coll Surg* 1997;184:63-9.
16. Fang JF, Chen RJ, Lin BC. Cell count ratio: new criterion of diagnostic peritoneal lavage for detection of hollow organ perforation. *J Trauma* 1998; 45:540-4.

Recibido: 15 de octubre de 2008.

Aprobado: 26 de diciembre de 2008.

Maribel L. Vicente Medina. Avenida 26 e Independencia, Puentes Grandes. Playa. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: mmedina@infomed.sld.cu