

Hospital Militar Docente "Dr. Joaquín C. Duany"

SUTURA PRIMARIA CON FIJACIÓN EXTRAPERITONEAL SUBAPONEURÓTICA EN LAS HERIDAS DE COLON

Dr. Rolando Leyva Moreira¹ y Dr. Agustín Jiménez Carrazana²

RESUMEN

Dentro de las opciones que posee el cirujano ante una herida de colon, está la sutura primaria con las innegables ventajas en el orden físico, psíquico y económico, pero con el riesgo de graves complicaciones por dehiscencia de sutura. El método empleado que se describe sin mortalidad alguna en 8 pacientes, demuestra que la fijación extraperitoneal subaponeurótica es una alternativa útil e inocua en casos seleccionados.

Descriptor DeCS: TECNICAS DE SUTURA/métodos; COLON/lesiones.

Aunque se han empleado otras modalidades de sutura primaria del colon con fijación extraperitoneal (supra-aponeurótica extracutánea, supra-aponeurótica subcutánea y subaponeurótica) con mayor o menor éxito, se considera que la variante subaponeurótica que a continuación se describe es más funcional, comparable con la sutura intraperitoneal (con o sin colostomía) en este sentido, ya que no angula el asa ni la comprime al obviar el paso del intestino a través de un ojal músculo aponeurótico en la pared abdominal, y menos proclive, por lo tanto a complicaciones por dificultades en el tránsito.¹⁻³

Si el paciente seleccionado cumple los requisitos de presentar una herida en la cara

antimesentérica, que pueda ser suturada fácilmente, sin necesidad de resección, en un segmento de colon que pueda ser movilizado sin tensión a la pared abdominal, se realiza esta en un plano extramucoso con puntos de colchonero. Se revisa exhaustivamente la cavidad para descartar otras lesiones asociadas (lesiones múltiples de órganos, no poder movilizar la lesión, heridas avulsivas o que interesen la vascularización, más de 6-8 h de evolución y signos de peritonitis) que contraindicarían formalmente el método, al igual que la contaminación fecal evidente o la peritonitis.

La fijación de la porción suturada del colon al peritoneo parietal, puede coincidir

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

con el sitio de penetración del agente vulnerante o no (fig.1). Si la respuesta es negativa se practica una incisión independiente que coincida con la proyección del colon movilizado sin tensión alguna, que en profundidad llegará al peritoneo parietal, donde éste se abrirá para rebasar los bordes de la herida colónica suturada (fig.2).

A continuación (fig.3) se dan puntos en la aponeurosis que se dejen sin anudar y se ocluye la herida con una gasa vaselinada. La herida se revisa diariamente y si de los 5 a 7 d la línea de sutura está indemne se procede al cierre del plano músculo aponeurótico y de la piel y se deja un dren de hule de goma en el espacio subcutáneo, que será retirado de 48 a 72 h más tarde.



FIG. 1. Fijación interna del colon con la herida suturada.

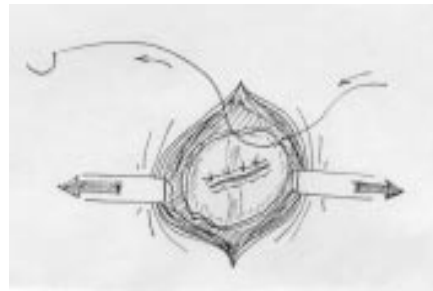


FIG. 2. Sutura del peritoneo parietal a la seromuscular del colon alrededor de la herida suturada

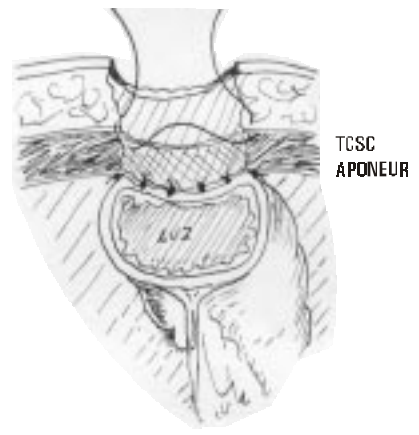


FIG. 3. Puntos al plano músculo aponeurótico de la pared abdominal que quedan sin anudar (Cierre primario diferido).

Esta técnica se utilizó en 8 pacientes durante el período 1993-1998: 2 lesiones accidentales del colon transverso durante operaciones electivas y 6 heridas por arma blanca en sigmoides. No se presentaron complicaciones posoperatorias. Se considera que una correcta selección de los pacientes es fundamental para evitar complicaciones.

SUMMARY

Among the options that a surgeon may opt for to manage a colon injury, there is primary suture which has undeniable physical, psychical and economic advantages but also the risk of developing serious complications from dehiscence. The method described in this paper, with no death in 8 cases, proved that subaponeurotic extraperitoneal fixation is a useful and harmless alternative in selected cases.

Subject headings: SUTURE TECHNIQUES/methods; COLON/injuries.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jurkovich GJ, Carrico CJ. Traumatismos. Tratamiento de las lesiones agudas. En: Sabiston DC, ed: Tratado de Patología Quirúrgica México, DF: Interamerica, McGraw-Hill; 1991;vol 1:294-340.
2. Soler Vaillant R. Traumatismos. Tercera parte. La Habana: Centro de Preparación para la Defensa; 1993:83-136.
3. Pérez Porra B. Experiencias con la sutura primaria en las resecciones por vólculo del sigmoides. Rev Med Mil 1982;1(3):67-74.

Recibido: 9 de marzo del 2000. Aprobado: 20 de marzo del 2000.

Dr. *Rolando Leyva Moreira*. Calle I No. 86 entre 1ra. y 2da., Reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.