

Lesiones de colon y recto

Jon M. Burch

LESIONES DE COLON

El colon ocupa el segundo lugar, después del intestino delgado, como el órgano lesionado más frecuentemente en los traumas penetrantes. En contraste, las lesiones colónicas causadas por trauma contuso son raras, y constituyen sólo 2 a 5% de los pacientes en la mayor parte de las series.¹⁻⁶ Aunque las lesiones colónicas aisladas casi nunca son letales, la presencia de una lesión del colon aumenta tanto la tasa de morbilidad como la de mortalidad de las lesiones abdominales vinculadas.^{7,8} Después del tratamiento, las complicaciones infecciosas son comunes y con frecuencia requieren reoperación u otros procedimientos invasores. El método óptimo para tratar lesiones colónicas ha sido debatido durante casi todo el siglo XX y, sin embargo, sólo ha sido durante los últimos pocos años cuando ha comenzado a lograrse consenso. Hay tres procedimientos terapéuticos: reparación primaria, colostomía y reparación exteriorizada, y cada uno tiene ventajas y desventajas inherentes. Las reparaciones primarias serían los métodos más convenientes siempre que no tengan escapes. Las colostomías y las reparaciones exteriorizadas eliminan o reducen la probabilidad de escapes; sin embargo, se requieren segundas operaciones en todos los pacientes, ya sea para cerrar la colostomía o para sustituir la reparación exteriorizada, en vías de curación, dentro de la cavidad peritoneal. En vista del alto precio del fracaso terapéutico, el equilibrio de estos riesgos y beneficios ha hecho que el tratamiento de las lesiones del colon sea uno de los temas más controvertidos en la cirugía de los traumas.

Perspectiva histórica

Durante la Primera Guerra Mundial, se operó un número suficiente de pacientes para generar los primeros datos referen-

tes a los resultados de los individuos con lesiones del colon. Los citados más frecuentemente son los de Cuthbert Wallace, quien documentó una tasa de mortalidad de 59% para las lesiones aisladas de colon.⁹ Aunque este porcentaje parece extraordinario de acuerdo con los estándares contemporáneos, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

1. Al principio de la guerra continuaba la controversia acerca de la posibilidad de que se efectuara o no la laparotomía en las lesiones abdominales penetrantes
2. La cirugía intestinal no se llevaba a cabo con frecuencia en la práctica civil
3. Pocas veces se usaban soluciones intravenosas de solución salina o sangre
4. No había antibióticos
5. Más de 50% de las operaciones se realizaba después de más de seis horas de ocurrida la herida
6. Se evitaban las maniobras técnicas de evisceración del intestino delgado y movilización del colon ascendente y descendente para mejorar la exposición
7. Aun las lesiones aisladas del intestino delgado se vinculaban con una tasa de mortalidad de 66%

Dada esta perspectiva, parece notable que sobrevivieran algunos pacientes con lesiones intestinales. A finales de la Primera Guerra Mundial, tres cirujanos británicos prominentes, con experiencia en tiempo de guerra (Wallace, Fraser y Gordon-Taylor), alcanzaron conclusiones similares referentes al tratamiento de las lesiones colónicas.⁹⁻¹¹ Pensaban que la mayoría de las heridas podía tratarse de manera segura al suturar las perforaciones, evitar la resección, y al considerar que las colostomías proximales podían ser beneficiosas en las lesiones extensas o en las que afectaban al colon descendente.

Lesiones de colon y recto

Jon M. Burch

LESIONES DE COLON

El colon ocupa el segundo lugar, después del intestino delgado, como el órgano lesionado más frecuentemente en los traumas penetrantes. En contraste, las lesiones colónicas causadas por trauma contuso son raras, y constituyen sólo 2 a 5% de los pacientes en la mayor parte de las series.¹⁻⁶ Aunque las lesiones colónicas aisladas casi nunca son letales, la presencia de una lesión del colon aumenta tanto la tasa de morbilidad como la de mortalidad de las lesiones abdominales vinculadas.^{7,8} Después del tratamiento, las complicaciones infecciosas son comunes y con frecuencia requieren reoperación u otros procedimientos invasores. El método óptimo para tratar lesiones colónicas ha sido debatido durante casi todo el siglo XX y, sin embargo, sólo ha sido durante los últimos pocos años cuando ha comenzado a lograrse consenso. Hay tres procedimientos terapéuticos: reparación primaria, colostomía y reparación exteriorizada, y cada uno tiene ventajas y desventajas inherentes. Las reparaciones primarias serían los métodos más convenientes siempre que no tengan escapes. Las colostomías y las reparaciones exteriorizadas eliminan o reducen la probabilidad de escapes; sin embargo, se requieren segundas operaciones en todos los pacientes, ya sea para cerrar la colostomía o para sustituir la reparación exteriorizada, en vías de curación, dentro de la cavidad peritoneal. En vista del alto precio del fracaso terapéutico, el equilibrio de estos riesgos y beneficios ha hecho que el tratamiento de las lesiones del colon sea uno de los temas más controvertidos en la cirugía de los traumas.

Perspectiva histórica

Durante la Primera Guerra Mundial, se operó un número suficiente de pacientes para generar los primeros datos referen-

tes a los resultados de los individuos con lesiones del colon. Los citados más frecuentemente son los de Cuthbert Wallace, quien documentó una tasa de mortalidad de 59% para las lesiones aisladas de colon.⁹ Aunque este porcentaje parece extraordinario de acuerdo con los estándares contemporáneos, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

1. Al principio de la guerra continuaba la controversia acerca de la posibilidad de que se efectuara o no la laparotomía en las lesiones abdominales penetrantes
2. La cirugía intestinal no se llevaba a cabo con frecuencia en la práctica civil
3. Pocas veces se usaban soluciones intravenosas de solución salina o sangre
4. No había antibióticos
5. Más de 50% de las operaciones se realizaba después de más de seis horas de ocurrida la herida
6. Se evitaban las maniobras técnicas de evisceración del intestino delgado y movilización del colon ascendente y descendente para mejorar la exposición
7. Aun las lesiones aisladas del intestino delgado se vinculaban con una tasa de mortalidad de 66%

Dada esta perspectiva, parece notable que sobrevivieran algunos pacientes con lesiones intestinales. A finales de la Primera Guerra Mundial, tres cirujanos británicos prominentes, con experiencia en tiempo de guerra (Wallace, Fraser y Gordon-Taylor), alcanzaron conclusiones similares referentes al tratamiento de las lesiones colónicas.⁹⁻¹¹ Pensaban que la mayoría de las heridas podía tratarse de manera segura al suturar las perforaciones, evitar la resección, y al considerar que las colostomías proximales podían ser beneficiosas en las lesiones extensas o en las que afectaban al colon descendente.