UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"TRATAMIENTO DE HERIDAS DE COLON"
(Hospital Roosevelt 1974-1978).

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

RAFAEL EDGARDO AREVALO PEREZ

En el Acto de Graduación de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 1979

PLAN DE TESIS

1.- INTRODUCCION

2.- OBJETIVOS.

3.- MATERIAL Y METODOS.

4.- JUSTIFICACION.

5.- DESCRIPCION DEL TEMA.

6.- PRESENTACION DE DATOS Y RESULTADOS.

7.- ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

8.- CONCLUSIONES.

9.- RECOMENDACIONES.

10.- BIBLIOGRAFIA.

I- INTRODUCCION

Las lesiones del Colon son potencialmente mucho más graves ue aquellas del Intestino Delgado, debido a que su contenido ntraluminal es más Virulento y que su circulación sanguínea es mucho ás abundante.

La lesión del Colon constituye una indicación precisa para el so de antibióticos empezando de preferencia antes de la Intervención uirúrgica o durante la misma.

Dependiendo del tipo de lesión, velocidad del proyectil, daño rcunvecino, cantidad de contaminación fecal y localizaciôn, el atamiento puede ser Simple o Complejo. La alta incidencia de aumatismos abdominales con lesión de Colon que se observan ecuentemente, motivó a efectuar el presente trabajo para conocer la rma en que se ha tratado ésta enfermedad en el Hospital Roosevelt rante los últimos 5 años.

II- OBJETIVOS

Generales:

Investigación de la frecuencia de trauma de Colon y su quimiento con el objeto de evaluar la eficacia del tratamiento.

Específicos:

1- Establecer la frecuencia del trauma Colónico.

2- Determinar su localización más frecuente.

3- Evaluar su tratamiento.

4- Conocer la morbi mortalidad en la herida de Colon.

5- Relación del Trauma de Colon y otras víceras.

6. Determinar el tiempo entre la lesión y el tratamiento Quirúrgico y sus consecuencias.

III- MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Estudio de 40 casos de Lesión de Colon ocurridas durante los años 1974-1978 en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt.

483 808	522 401	576 157	596 584
484 133	542 391	576 300	419 502
484 427	554 957	577 468	598 125
332 417	556 095	577 936	599 127
509 976	527 322	203 983	603 300
512 051	570 349	573 756	629 190
517 491	570 032	587 017	592 410
372 316	534 974	593 488	625 295
521 911	536 308	595 395	650 265

METODO

El método empleado en el tratamiento de éstas heridas fué:

Cierre primario de la lesión.

Cierre primario de la herida y exteriorización de la misma con introducción temprana.

Cierre primario de la herida y colostomía proximal.

IV - JUSTIFICACION

Siendo el trauma de colon una entidad la cual se ha ido aumentando progresivamente su frecuencia. Y sabiendo el mal pronóstico de la misma, se tratará de establecer su incidencia y eficacia del tratamiento durante los 5 últimos años en el Hospital Roosevelt.

V - DESCRIPCION DEL TEMA

TRAUMATISMO DE COLON

La clasificación de las lesiones traumáticas que sufre el Colon puede ser de manera arbitraria.

Clasificación: Las lesiones no penetrantes o contusas del abdomen dependen de tres categorías: lesiones por magullamiento en las que el intestino es aplastado contra estructuras rígidas. En ocasiones puede ser pinzado o estallado. Las lesiones lacerantes pueden ser consecuencias de golpes tangenciales o de traumas en los que el cuerpo se desplaza repentinamente con mayor rapidez que el intestino móvil. Las lesiones agudas por comprensión pueden estallar o cercenar el intestino de su inserción mesénterica. Las lesiones del cinturon de seguridad son graves en muchos casos, pero, por fortuna, ocurren rara vez en los accidentes automovilísticos.

ANATOMIA - PATOLOGIA:

En las lesiones contusas se encuentran, el desgarro intestinal, total o parcial; rotura del intestino; hematomas subserosos; infecciones subsecuentes a desgarros de la mucosa. El intestino puede ser desprendido también de sus vasos mesentéricos.

Los desgarros más comunes son debidos a la violencia indirecta; por ejemplo: caída sobre los pies, en cuya virtud el intestino se desprende parcialmente de sus inserciones mesentéricas; en este caso, ocurre hemorragia intraperitoneal, y choque. Luego si subsiguientemente el intestino se necrosa, son inevitables la perforación y la peritonitis.

La rotura del intestino puede ocurrir varios días más tarde a menudo después de haber salido el paciente del hospital, tales casos son raros, generalmente a hematomas subserosos infectados.

La perforación puede ocurrir en cualquier punto de la circunferencia del intestino. Se ha visto en varios estudios que el sitio más frecuente de lesión es el Colon transverso. Mc Gown es una serie de 60 pacientes tratados por lesión del Colon, encontró que el Colon transverso era el sitio más frecuente de la lesión, luego Colon Sigmoide, Ciego, Angulo Esplénico, Colon Descendente, Colon Ascendente, Angulo Hepático y Recto.

CUADRO CLINICO:

Las manifestaciones clínicas más comunes son las correspondientes al choque Hipovolémico. La pérdida hemática que ocasiona el desgarro del intestino o de uno de los vasos Mesentéricos, la acción irritante de los jugos intestinales, la rápida exudación adecuadamente la palidez, la viscosidad y la humedad de las extremidades, el pulso filiforme y rápido y la hipotensión que son alteraciones comunes. A medida que se acumula sangre en el abdomen, aumenta el dolor a la palpación. La rigidez de la musculatura abdominal, con matices cambiante en los flancos y la presencia de masas pastosas que se palpan en el fondo de saco, son indicios de hemorragia intestinal. Al principio el dolor puede estar localizado; pero rapidamente se hace difuso. Pueden haber náuceas y bómitos, sin embargo éste último prosigue dos horas luego de la perforación. Hay además distinción abdominal que puede evolucionar muy rapidamente, en uno o dos días, puede haber también crepitación subcutánea, que manifiesta un enfisema formado por el aire intestinal libre en la pared abdominal.

ASOCIACION CON OTRAS VICERAS:

Kirkpatrick encontró que los 165 pacientes estudiadios, 137 tenían varios órganos lesionados, el intestino delgado y el duodeno tenían el 75o/o, otros órganos importantes lesionados fueron hígado estómago, bazo, riñón.

TIEMPO TRANSCURRIDO:

El intervalo de tiempo que transcurre entre que se produce la lesión y el período que se instruye el tratamiento se ha tomado muy significativo y todos los autores están de acuerdo en que la evolución mejora cuando el tratamiento Quirúrgico es temprano, especialmente dentro de las seis primeras horas de ocurrido el trauma, después de este período de oro de seis horas, la contaminación progresa.

DIAGNOSTICO:

Casi nunca es fácil decidir si ha ocurrido lesión intestinal cuando el examen se hace poco después del trauma. No obstante ha de presumirse siempre, y se mantendrá la observación en espera de signos más definidos, en caso de mucha duda habrá que pensar en la conveniencia del lavado peritoneal para descubrir sangre o heces interperitoneales.

MORTALIDAD:

La mortalidad aumenta exponencialmente en función del intervalo de tiempo que transcurre entre la lesión y el tratamiento. Lockwood informó en 1934, de índices de mortalidad de 15o/o cuando se operaba 2 a 4 horas después del accidente. Valga decir que la mortalidad es influída por otros factores como son la ausencia o presencia de otras lesiones, pero la causa principal sigue siendo, el diagnóstico tardío, inadecuada reposición de líquidos y la edad del paciente.

DESCRIPCION DE TIPOS DE LESIONES

LESIONES PENETRANTES EXTERNAS:

Las heridas penetrantes del abdomen, pueden plantear problemas diagnósticos y el Cirujano debe tener en cuenta el hecho

bien establecido de que con frecuencia necesitará explorar el abdomen, para poder descubrir a tiempo las perforaciones. Por lo regular no tiene otra alternativa. Las heridad por picahielos, alfiler de sombrero, navaja y cuchillo, son esencialmente difícil de evaluar, es mejor explorar tempranamente en tales casos que aplazar la operación diez o más horas. Luego encontrar perforación, peritonitis y shock séptico.

LESION POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO:

Las heridas abdominales inflingidas por proyectiles de alta velocidad, varían en su extensión, de acuerdo a la velocidad, tamaño y forma del proyectil, y asi es el daño que ocasione.

HERIDAS POR ARMA BLANCA:

En el Colon, la exteriorización del segmento lesionado ha constituido la mejor forma de tratamiento inmediato. Ya sea para Colon derecho o izquierdo.

LESIONES POR AIRE COMPRIMIDO:

Las lesiones colicas por el aire comprimido es una urgencia grave, pero excepcional, y ocurren en la industria que emplean pistolas de aire de alta tensión.

La historia ordinaria es la de un trabajador que introduce la pistola de aire en el ano de otro; la explosión súbita rompe el colon totalmente o parcialmente. Inmediatamente se produce dolor abdominal. Se cree que la ruptura de colon se debe a distensión de su luz que al volumen de aire comprimido introducido. El tratamiento es la exploración Quirúrgica, en algunos casos descomprensión inmediata puede salvar la vida al paciente.

TRATAMIENTO

Se puede incluír lo siguiente:

1- Adecuada reposición de líquidos: Preoperatoria, Operatoria, Post-operatoria.

2- Institución inmediata de la aspiración gástrica y sonda de la vejiga.

3- Suponer que el intestino, el mesenterio, o ambos han quedado lesionados cuando el proyectil o el puñal hayan perforado la pared abdominal, o se descubran en Rayos X alojados en el interior del abdomen, explorar inmediatamente.

4- Cerciorarse de la hemostasis de los vasos mesentéricos u otros antes de proceder a reparar las perforaciones.

5- Después de efectuar Hemostasis corregir el choque, suele mejorar el color del intestino viable y quedar mejor delimitadas las porciones viables y las no viables.

Examinar minuciosamente todos los demás órganos abdominales, en busca de perforaciones y desgarros, incluso las que asistan en la cavidad peritoneal menor.

6- Examinar cuidadosamente todo el tracto digestivo abdominal en busca de contusiones, hemorrágias subserosas y perforaciones. Casi siempre, el proyectil que penetra en el intestino abre un agujero de salida. De no haber ninguna patente, se agrandará el orificio de entrada y se examinará la mucosa. Se buscará el orificio de salida a lo largo de la inserción mesentérica en el retroperitoneo, duodeno, ciego, colon ascendente y colon descendente en particular.

7- Se resecará cualquier segmento de intestino cuya viabilidad esté en duda.

8- Para comenzar, el colon lacerado se reparará en dos planos de sutura si la lesión no es extensa. Cuando la lesión del colon sea grave, se realizará una recección segmentaria y se hará una anastomosis en dos planos con colostomía desfuncionalizante proxima a la herida.

Si hubiesen sido lesionados el sigmoides distal u o el recto se realizaría una colostomía transversa desfuncionalizante; es inútil insistir en la importancia de hacer colostomía proximal en caso de duda.

9- Recórtense los bordes del intestino lesionado antes de suturar la parte lesionada, especialmente si existe hematoma subseroso. De esta manera se evitará la eventual necrósis de la porción unos días más tarde.

10- Extráiganse todas las acumulaciones intraperitoneales de contenido intestinal, por medio de aspiración seguida de absorción suave de las partes afectadas con compresas humedecidas en solución isotónica. En algunos pacientes será útil el lavado con solución Salina 5 Litros.

11- Inspección de la vejiga.

12- Ciérrese el abdomen, pero continúese la administración si fuera necesario de sangre y plasma lentamente, hasta estabilizar, el estado circulatorio.

13- Dilátese el Recto, si no se ejecuta colostomía.

14- Adminístrense dósis de antibióticos mayores que las habituales durante los primeros cuatro días post-operatorios.

15- Continúese la aspiración nasogástrica hasta que los ruidos intestinales se normalicen y se expulsen gases.

16- Vigílese la posiblidad de formación de abcesos y drénese cuando se considere oportuno.

En el manejo de heridas de colon y su conducta Quirúrgica debemos de tomar muy en cuenta los siguientes parametros:

Tiempo de evolución

Causa de la lesión

Localización de la lesión

Tamaño de la lesión

Contaminación

En el caso, para hacer CIERRE PRIMARIO ha de ser realizado si el tiempo transcurrido entre el trauma y su intervención es menor de 6 horas o hasta 6 horas, que el tamaño de la lesión sea pequeña con una contaminación mínima y buena integridad de los tejidos.

Para efectuar el cierre primario tenemos contraindicaciones, tanto absolutas como relativas.

ABSOLUTAS:

1 - Retardo de la intervención con franca peritonitis.

2 - Heridas por proyectiles de alta velocidad.

3 - Heridas por proyectiles explosivos.

4 - Severa destrucción del tejido, con extensos hematomas intramurales o daño de los vasos mesentéricos.

5 - Trauma masivo.

6 - Schock extremo.

RELATIVAS:

1 - Contaminación masiva.

2 - Severas lesiones del páncreas o duodeno.

Si se efectúa exteriorización se debe tomar en cuenta que el tiempo entre el trauma y la intervención no debe ser mayor de 6 horas. Los bordes de la lesión deben de ser limpios y bien definidos; es decir que ésta conducta es conveniente cuando la lesión es hecha por arma blanca y a nivel de colon transverso y colon izquierdo, debido a la facilidad de maniobrar estas áreas. En zonas en las cuales sea difícil exteriorizar se debe realizar un cierre y colostomia proximal.

El cierre primario con colostomía se efectúa en aquellos casos en los cuales el tiempo de evolución entre el trauma y la intervención quirúrgica es mayor de 6 horas, con bordes no definidos y contaminados, esta conducta se adopta con mayor frecuencia cuando la lesión es producida por arma de fuego.

La colostomía única se usa en aquellos casos de lesión de Recto. La colostomía puede llevarse a cabo cuando la lesión es pequeña y se encuentra bien localizada al ciego.

La resección con anastomosis está indicada en pacientes que presentan lesiones masivas, del colon derecho no así en un colon izquierdo no preparado.

VI - PRESENTACION DE DATOS Y RESULTADOS

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION DE HERIDA DE COLON POR SEXO - HOSPITAL ROOSEVELT

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	4	10
MASCULINO	36	90
TOTAL	40	100

CUADRO No. 2
DISTRIBUCION DE TRAUMA DE COLON POR EDAD AÑOS 1974-1978. HOSPITAL ROOSEVELT

EDAD (años)	NUMERO	PORCENTAJE
16-20	13	32.5
21-21	11	27.5
26-30	6	15.0
31-35	4	10.0
36-40	2	5.0
41-45	2	5.0
46-50	0	0.0
51-55	1	2.5
56-60	0	0.0
61-65	1	2.5
TOTAL	40	100.00

CUADRO No. 3
DISTRIBUCION DE CASOS POR AÑO
1974 - 1978. HOSPITAL ROOSEVELT

AÑOS	NUMERO	PORCENTAJE
1974	8	20.0
1975	7	17.5
1976	9	22.5
1977	5	12.5
1978	11	27.5
TOTAL	40	100.00

CUADRO No. 4
CALIDAD DE TRAUMA DE COLON
1974-1978. HOSPITAL ROOSEVELT

TIPO DE TRAUMA	NUMERO	PORCENTAJE
ABIERTO	38	95.0
CERRADO	2	5.0
TOTAL	40	100.0

CUADRO No. 5
LOCALIZACION DEL TRAUMA DE COLON

LOCALIZACION	NUMERO	PORCENTAJE
ASCENDENTE	1	2.5
TRANSVERSO	27	52.5
DESCENDENTE	16	40.0
MIXTAS	2	5.0
TOTAL	40	100.00

CUADRO NO. 6
RELACION DE LESION DE COLON CON OTRAS VISCERAS
1974-1978. HOSPITAL ROOSEVELT

VISCERAS	NUMERO	PORCENTAJE
INT. DELGADO	15	37.5
ESTOMAGO	1	2.5
HIGADO	2	5.0
VEJIGA	1	2.5
OVARIO	1	2.5
NINGUNA	16	40.00
MIXTA	4	10.00
TOTAL	40	100.00

CUADRO No. 7
PERIODOS DE TIEMPO ENTRE PRODUCCION DE LESION Y SU INTERVENCION
1974 - 1978. HOSPITAL ROOSEVELT

TIEMPO (horas)	NUMERO	PORCENTAJE
1	1	2.5
2	3	7.5
3	5	12.5
4	5	12.5
5	1	2.5
6	8	20.0
7	3	7.5
8	2	5.0
9	1	2.5
10	3	7.5
11	0	0.0
12	2	5.0
13	0	0.0
14	1	2.5
15	2	2.5
16	0	0.0
17	0	0.0
18	1	2.5
19	0	0.0
20	1	2.5
21	1	2.5
TOTAL	40	100.0

CUADRO No. 8
CAUSAS DE TRAUMA DE COLON
1974 - 1978 HOSPITAL ROOSEVELT

CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
ARMA BLANCA	18	45
ARMA DE FUEGO	20	50
OTROS	2	5
TOTAL	40	100

CUADRO NO. 9
EVOLUCION DE LA LESION DE COLON POST-TRATAMIENTO
1974 - 1978. HOSPITAL ROOSEVELT

EVOLUCION	NUMERO	PORCENTAJE
BUENA	32	80.0
PERITONITIS	4	10.0
INFECCION HERIDA OP.	1	2.5
DESHICENCIA DE LA HERIDA	1	2.5
MUERTES	2	5.0
TOTAL	40	100.0

CUADRO No. 10
TRATAMIENTO DE LESION DE COLON
1974 - 1978. HOSPITAL ROOSEVELT

TRATAMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE
PAPAROTOMIA EXPLORADORA	40	100.0
CIERRE PRIMARIO DE LESION	18	45.0
SIN COLOSTOMIA EXTERIORIZACION DE COLON	4	10.0
CIERRE PRIMARIO DE LESION Y COLOSTOMIA	18	45.0
APENDICECTOMIA	4	
PROFILACTICA	4	10.0

CUADRO No. 10-B
TIPOS DE COLOSTOMIAS
1974 - 1978. HOSPITAL ROOSEVELT

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
EN DOBLE BOCA	1	4.0
EN ASA	23	92.0
EN CAÑON DE ESCOPETA	1	4.0
TOTAL	25	100.0

CUADRO NO. 11
USO DE ANTIBIOTICA EN LESION DE COLON
1974 - 1978. HOSPITAL ROOSEVELT

ANTIBIOTICO	NUMERO	PORCENTAJE
PENICILINA-CLORANFENICOL	35	87.5
PENICILINA-KANAMICINA	2	5.0
AMPLICILINA	1	2.5
TRIMETROPIN-SULFAMETOXAZOLE	1	2.5
PENICILINA-GENTAMICINA-CLORANFENICOL	1	2.5
TOTAL	40	100.0

CUADRO No. 12
RELACION DE TODOS LOS TRAUMATISMOS ABDOMINALES CON LOS QUE PRESENTARON LESION COLONICA
1974 - 1978. HOSPITAL ROOSEVELT

	TRAUMATISMOS ABDOMINALES		CON LESION DE COLON	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
ABIERTO	317	72.71	38	95
CERRADO	119	27.29	2	5
TOTALES	436	100.00	40	100

CUADRO No. 13
TIEMPO DE HOSPITALIZACION DE LOS PACIENTES CON LESION COLONICA

TIEMPO (días)	NUMERO	PORCENTAJE
1 -5	9	22.5
6-10	18	45.0
11-15	5	12.5
16-20	3	7.5
21-25	3	7.5
26-30	2	5.0
TOTAL	40	100.0

VI - ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

En el presente estudio, se comprobó que en el Hospital Roosevelt el "Trauma de Colon", se presentó con mayor frecuencia en el sexo Masculino con 36 casos correspondiendo a un 90o/o, en contraposición al sexo Femenino con 4 casos (10o/o) obteniéndose una relación de 9/1. Esta exposición creo que sea debida a la mayor exposición del hombre a situaciones de violencia. (Cuadro No. 1).

La edad en que se presentó la mayor insidencia de "Trauma de Colon" está comprendida entre los 16 a 25 años con 24 casos (60o/o), (Cuadro No. 2).

Durante la revisión de 5 años del presente trabajo: la distribución de casos por año nos muestra que el año de mayor incidencia fué en 1978 con 12 casos correspondiendo a un 30o/o.

En el Cuadro No. 4, se aprecia que en el "Trauma de Colon" predominan las lesiones de tipo Abierto con 38 casos equivalentes a un 95o/o, en cambio las de tipo cerrado, dos casos equivalentes al 5o/o.

La localización más frecuente de "Trauma de Colon", se presentó a nivel de Colon Transverso con 21 casos que representan un 52.5o/o, siguiendo en su orden Colon Descendente con 16 casos (40o/o). Al referirnos a localización Mixta me referí a aquellas en las cuales la lesión interesó más de una región con dos casos equivalentes a un 5o/o, (Cuadro No.5).

En el cuadro No. 6, nos podemos dar cuenta que la víscera que mayormente fué lesionada juntamente con el Colon es el Intestino Delgado, en 15 casos representando un 37.5o/o, luego con 2 casos se presentó el Hígado con 5o/o. En 4 casos se encontró que la lesión en más de una víscera a parte de Colon. En un 40o/o (16 casos) la lesión fué única de colon.

El tiempo transcurrido entre la producción del "Trauma de

Colon" y su intervención quirúrgica, su promedio fue de 4 horas. (Cuadro No. 7).

Las causas más frecuentes de "Trauma de Colon", fueron en orden: Arma de Fuego 20 casos (5), Arma Blanca 18 casos (45o/o) otros: explosión de pólvora, un caso, y un caso debido a accidente de tránsito. (Cuadro No. 8).

En el cuadro No. 9 se evidencia que la evolución del tratamiento de las lesiones de "Trauma de Colon" ha sido satisfactoria, ya que en 32 pacientes (80), no se presentó ninguna complicacion.

La complicación más frecuente fue Peritonitis con 4 casos (10o/o), Infección de Herida Operatoria un caso con 2.5o/o, y también con un caso Dehicencia de Herida Operatoria la defunción se presentó en dos casos correspondiendo a un 5o/o (Cuadro No. 9).

El tratamiento que se efectuó en el Hospital Roosevelt en el estudio presentado fue en su orden de incidencia o frecuencia: A todo paciente se le efectuó Laparatomía Exploradora (100o/o). A 4 Pacientes Exteriorización de Colon (10o/o); Cierre primario y Colostomía en 18 pacientes (45o/o).

Cierre Primario sin Colostomía en 18 pacientes (45o/o). Se usaron antibióticos en los 40 casos (100o/o). (Cuadro No. 10).

Con respecto al uso de Antibiótico podemos apreciar que el Cuadro No. 11 nos muestra: Que la Asociación de Penicilina Cloranfenicol se utilizó en 35 casos (87.5o/o). Penicilina-Kanamicina en dos casos (5o/o). Ampicilina-Gentamicina-Sulfametoxazole-Trimetropín, y la Asociación Penicilina-Gentamicina-Cloranfenicol, cada una con un caso (2.5o/o). Cuadro No. 11).

Al efectuar una comparación de Trauma de Colon con Trauma de Abdomen en general; como nos muestra el cuadro No. 12, apreciamos que de 436 casos de Traumatismo Abdominal, solo 40

lesionaron el colon, de 317 Traumatismos Abiertos, 38 presentaron lesión de colon y de los 119 Traumatismos Cerrados 2 lesionaron el colon.

De los casos de trauma de abdomen 317 fueron Abiertos (72.71o/o) y Cerrados 119 casos (27.29o/o), (Cuadros No. 12).

De los pacientes a quienes se les efectuó cierres primario sin colostomía los cuales suman un número de 18 casos, encontramos que el tiempo de evolución del trauma hasta su intervención: Colon Derecho: 6 horas y Colon Izquierdo. 3.75 horas. Colon Transverso: 4 horas.

VIII - CONCLUSIONES

1 - El trauma de colon es más frecuente en el sexo Masculino en un 90o/o.

2 - La edad más afectada en el trauma de colon es la comprendida entre los 16-25 años en 60o/o de los casos.

3 - La víscera asociada lesionada, más frecuente fué el Intestino Delgado en 37.5o/o.

4 - En 60o/o de los casos la lesión de colon, se acompañó de lesión en otras vísceras.

5 - El colon transverso fué la región más lesionada en 52.5o/o de los casos.

6 - La mortalidad por herida de colon fué de 5o/o.

7 - El tiempo promedio entre la producción de la lesión de colon y la intervención quirúrgica fue de 4 horas.

8 - El diagnóstico de lesión de colon se hizo por medio de Laparotomía Exploradora.

9 - El 95o/o de las lesiones de colon fueron de tipo abierto.

10 - En el año 1978 ocurrió la mayor incidencia con 30o/o de casos.

11 - El tiempo porcmedio de hospitalización fue de 10.3 días.

12 - La etiología de la lesión de colon más frecuente lesión penetrante por pryectil de arma de fuego (50o/o).

13 - El uso de antibióticos se empleó en el 100o/o de los casos.

14 - La complicación más frecuente fue Peritonitis con el 10o/o de los casos.

15 - La técnica quirúrgica más utilizada fue Cierre Primario y colostomía en el 45o/o.

IX - RECOMENDACIONES

1. Que pacientes que consultan a la Emergencia de los Hospitales por Traumatismos Abdominales, sean atendidos inmediatamente por Personal Médico.

2. Efectuar, cultivos de secreción de herida abierta.

3. Promover campañas a nivel Nacional, que tiendan a disminuir la violencia y el desarme.

X - BIBLIOGRAFIA

1 - Ebemdal T. et al Exp. Cell Res 105 (12) 693-5, 20 mar 77.

2 - The Injured Colon Free Ark RJ. J. Trauma 17 (7): 563-4 Jul

3 - Primary Repair of Colonic Injuries a Clinical Evaluation Matalog NM et, al J Trauma 17 (7): 554-6 Jul 77.

4 - Treatament of Colon Injuries. Stecle M. et al J Trauma 17 (7): 557-62 Jul 77.

5 - Wound Managemet after Trauma To the Colon. Voyles CR et al Soth Med J 70 (9): 1067-9 Seo 77.

6 - Severe Traumatic Lesions of the Colon. Olivero S, et al Minervachir 31 (18): 983-8,30 Sep 77.

7 - The Exteriorized Anastomisis role in Sugeri of the Colon. Kirk Patric JR. Surgeri 82 (3): 362-5 Sep 77.

8 - Injuries of the Colon. Kirk Patrick JR Gurgeri Clin North AM. 57(1): 6776 Feb 77.

9 - Emergency Treatament of Wound of the Colon. Walt AJ. Compr Ther 2(9): 60-4 Sep 76.

10 - Tratado de Patología Quirúrgico. Sabiston Davis-Christopher 10 edición pag 892-3.

11 - LoCicero J. Tajima T. Dapanas: Ahlf-Century of expirience in The management of colon injuries: Changing concepts. J Trauma 15: 575, 1975.

12 - Stone HH, Hester TR Jr: Incisional and peritoneal infection afther emergency celiotomy. Ann Surg 177: 669, 1973.

13 - Principios y Prácticas de Cirugìa, RHOADS HELEN MOYER HERKEINS. Cuarta Edición. Pag. 942 a 945.

Br. RAFAEL EDGARDO AREVALO PEREZ

Asesor

ANGEL PAIZ

Revisor

Dr. FREDY GONZALEZ

rector de Fase III

r. JULIO DE LEON

Secretario General

Dr. RAUL A. CASTILLO RODAS

Vo.Bo.

Decano

Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO