

Historia del trauma de intestino delgado

Advances in the treatment of small bowel trauma

Dr. Eduardo Rojano Mercado,

Dra. Elisa Peñaloza de Jesús,

Dr. Alejandro Sánchez Sánchez,

Dr. Francisco Pineda Ballinas,

Dr. José Antonio Mercado Abudiz,

Dr. Carlos Arcos Huatrón,

Dr. Sergio Treviño Pérez.

Resumen

Objetivo: Informar acerca de los antecedentes históricos del trauma de intestino delgado.

Metodología: Se realizó un estudio histórico, en donde se analizaron 11 referencias bibliográficas que describen los primeros hechos históricos en la identificación de lesiones traumáticas de intestino delgado, así como, el manejo quirúrgico dado a las mismas.

Sede: Hospital de segundo nivel de atención.

Resultados: El primer antecedente de las lesiones de intestino delgado se encuentra en el "Papiro Quirúrgico de Smith"; posteriormente se hace referencia de los hallazgos hechos por «Aristóteles» y por "Hipocrátés", los cuales refieren el trauma contuso y penetrante respectivamente; los primeros intentos en reparar una lesión de este tipo son atribuidos a De Salicet un cirujano italiano en 1720; el que lo logró de una manera exitosa en el siglo XVI fue un cirujano llamado Sacherus; en el siglo XIX se crean dos corrientes, la de los interventionistas, quienes practicaban la celiotomía para tratar estas lesiones, y la de los abstencionistas, quienes se oponían a la exploración de este tipo de heridas; para 1904, un cirujano llamado Bedroitz señala resultados excelentes, acercando a las líneas de fuego sus medios de trabajo para dar tratamiento a los heridos; para la Primera Guerra Mundial se hace un uso más liberal de la intervención quirúrgica, reduciendo un poco la mortalidad por estas lesiones, lo que mejoró conside-

Abstract

Objective: To inform on the historical antecedents of small bowel trauma.

Setting: Second level health care hospital.

Methodology: A historical study was performed, analyzing 11 references that describe the first historical events in the identification of small bowel traumatic injuries.

Results: The first antecedent on small bowel lesions is found in the "Surgical Papyrus of Smith". References are then made to the findings of Aristoteles and Hippocrates in regard to blunt and penetrating traumas, respectively. The first attempt to repair such a lesion is attributed to De Salicet, an Italian surgeon, in 1720; Sacherus was the first to accomplish it successfully in the XVI century. In the XIX century, two trends developed, one formed by the interventionists, who performed celiotomies to treat these lesions and that of the abstentionists, who were opposed to any surgical maneuver to treat these lesions. In 1904, a surgeon named Bedroitz achieves excellent results by treating wounded in the battlefields. By the time of World War One, the surgical treatment of bowel lesions is more liberally used. Although its use reduced somewhat the mortality rate, it was not until World War Two that it became successful in reducing considerably the death rate.

Conclusion: It is relevant to know the historical antecedents of small bowel injury treatment to

derablemente durante la Segunda Guerra Mundial.
Conclusión: Es de gran importancia el conocimiento de los antecedentes históricos de las lesiones de intestino delgado, para poder comprender de una mejor manera, como han ido evolucionando los métodos diagnósticos y terapéuticos de éstas.

Palabras clave: Trauma, intestino delgado, historia de la cirugía.

Cir Gen 2000; 22:392-394

understand better the evolution of the diagnostic and therapeutic methods used to treat them.



Key words: Trauma, small bowel, history of surgery.

Cir Gen 2000; 22:392-394

El trauma del intestino delgado ha cimentado las bases de su manejo quirúrgico en hechos que han transformado a la cirugía y, en especial, a la cirugía de trauma de una manera considerable a través de la historia. Cabe mencionar que el conocimiento de los antecedentes que implican las lesiones de este órgano, así como las diferentes formas de afrontar este tipo de lesiones durante el paso del tiempo, aunado a los avances científicos y tecnológicos, establecen los principios básicos del tratamiento actual y permite entender más apropiadamente como se han transformado las técnicas quirúrgicas con las cuales manejamos actualmente al trauma de intestino delgado. Motivo por el cual se dan a conocer en este trabajo los principales antecedentes históricos del trauma de intestino delgado.

El tópico de lesiones del intestino delgado apareció de una manera temprana en la literatura médica al descubrir el egipólogo americano Edwin Smith el documento que más tarde se conocería como "El Papiro Quirúrgico de Smith", el cual es uno de los documentos más notables en la historia del mundo, ya que es una transcripción a su vez de un documento más antiguo, escrito alrededor del año 3000 a.C, y en el que se presentan 48 ejemplos de enfermedades quirúrgicas, la mayoría heridas traumáticas, producidas en guerras; el autor de estos documentos fue Imhotep que vivió en el antiguo reino de Egipto.

A partir de esos 48 casos descritos puede inferirse que el autor del "Papiro de Smith" practicó operaciones abdominales y reparó lesiones de intestino delgado.^{1,2} Otro documento notable como el "Papiro de Smith", es el "Sushruta Samita", realizado en el siglo VI a.C en la India, contiene también los fundamentos de la práctica quirúrgica. En su capítulo referente a las operaciones abdominales, "Sushruta" recomendaba la laparatomía en casos de padecimientos intestinales tanto médicos como traumáticos.^{3,4} La primera descripción de lesiones del intestino delgado a consecuencia de traumatismo abdominal no penetrante se le atribuye a Aristóteles, quien citó la frase siguiente: "*un golpe ligero causará ruptura del intestino sin lesionar la piel*".^{1,5,6,7} Hipócrates, considerado el padre de la medicina moderna, describió una lesión intestinal debida a un trauma penetrante de abdomen.^{1,2,7}

En la era Greco Romana, Celsus, quien probablemente no era médico, pero que escribió extensamente sobre la práctica médica, refiere el tratamiento del trauma por instrumento punzocortante en el abdomen y dice además que si el intestino delgado era dañado, el pronóstico sería malo para el paciente.⁸

En 1275, De Salicet, un cirujano italiano, expuso detalladamente la reparación con sutura lateral de una lesión intestinal.^{1,9} Durante el siglo XIII se realizaba la sutura lateral de la pared intestinal por perforación. El primer logro exitoso en la reparación de una ruptura de intestino delgado fue realizada por Sacherus en 1720.^{2,7} Sólo 10 años después, Rambdhor suturó una sección completa de intestino delgado.^{2,6} Posteriormente, ya en el siglo XIX, los casos de trauma intestinal llegaron a ser un gran problema para los cirujanos de esa época; ya que el paciente con hemorragia activa intraabdominal usualmente moría por exsanguinación y las lesiones intestinales se habían hecho una de las principales causas de mortalidad en los traumatismos abdominales. Para la mitad del siglo XIX era comúnmente aceptado el tratamiento de pacientes con estas lesiones de una manera expectante.^{1,2}

La idea de cirugía era aberrante para la mayoría de los cirujanos, incluso para los prominentes cirujanos militares de esos días. Se halla un ejemplo de este pensamiento en Sir George Ballingall (1855) que escribió en "Outline of Military Surgery" lo siguiente:

"Los síntomas que indican herida del intestino delgado son, el pulso débil y tembloroso; además de palidez del semblante, gran postración de fuerza, y tendencia al sincopal; la descarga de sangre en las heces, y el escape de aire fétido o materia fecal por la herida, indica inequívocamente la naturaleza de la lesión. Pero, sin embargo, no siempre que se presentan estos síntomas puede ser que el intestino esté lesionado, entonces se tratará al intestino con el empleo de remedios generales, sangrías, abstinencia, y descanso".

Ningún hombre en sus sentidos pensaría en agrandar la herida para observar por ella la parte del intestino herido, agrandar las heridas no estaba universalmente admitido, igual cuando las heridas de intestino destacan externamente. La extravasación de los volúmenes del contenido intestinal dentro del peritoneo

no se da por ningún medio, como muchos escritores médicos especulativos nos llevarían a imaginar; cuando el caso llega a ser muy grave, por la alta mortalidad que presentaban, podía ser abandonado por ser una situación desesperada.^{1,2} Verdaderamente, la mayoría de los pacientes con trauma abdominal penetrante finalmente sucumbían de sus lesiones. Para 1889, Croft fue el primero en describir supervivencia prolongada después de reparar el intestino delgado totalmente seccionado.⁶

Al final del siglo XIX se dividieron los cirujanos militares en dos grupos diferentes: el primero constituido por los "intervencionistas", los cuales estaban a favor de practicar la celiotomía en caso de lesiones penetrantes abdominales, y el segundo grupo fue representado por los "abstencionistas", éstos se oponían a la exploración de este tipo de heridas.

Durante la Guerra Russo Japonesa de 1904 a 1905, un cirujano llamado Bedroitz señaló resultados excelentes con la intervención quirúrgica temprana por traumatismo abdominal cuando acercó sus medios de trabajo al frente de batalla, y pudo tratar a lesiones en un término de cuatro horas de haberse producido.¹⁰ La exploración abdominal por traumatismo penetrante con lesión intestinal no era rutinariamente empleada en la Primera Guerra Mundial, ya que no era admitida. Dunlap Pearce Penhallow, en 1916, en su tratado titulado "Military Surgery", declaró durante la Primera Guerra Mundial acerca del tratamiento de las heridas abdominales las cuales "tenían que sufrir una evolución considerable, comparado con el trato que se les otorgó en tal caso en guerras anteriores al igual que en el inicio de esta guerra". Penhallow insistió que en "pacientes que presenten heridas intestinales y síntomas de irritación peritoneal como en el caso de hemorragia, se deben operar tan rápidamente como sea posible; cerrar las heridas del intestino, controlar la hemorragia, y cerrar la cavidad abdominal". A pesar de este cambio en la Primera Guerra Mundial, y el uso más liberal de la intervención quirúrgica, la mortalidad entre soldados americanos con heridas del intestino delgado en ese conflicto alcanzó el 70 - 75%.

La creencia en la importancia que tenía la intervención quirúrgica temprana, el debridamiento y la reparación, aumentó en el intervalo entre las dos guerras mundiales, lo que mejoró la sobrevida de los pacientes y alentó la tendencia hacia la intervención temprana. Hamilton Bailey, en 1944, en su obra "Surgery of Modern Warface", promovió la operación temprana de las lesiones traumáticas de intestino delgado. En su

capítulo de heridas del intestino delgado empezó con la suposición de que el abdomen debería ser abierto por "la incisión estándar" indicando que la exploración abdominal por lesiones penetrantes de intestino tenía que ser aceptadas comúnmente en la práctica. Los cambios en el acercamiento y la tecnología redujeron la mortalidad de las lesiones de intestino delgado durante la Segunda Guerra Mundial a 42% en comparación con el 55% de la Primera Guerra Mundial; mejorando considerablemente la estadística.¹¹

Durante el conflicto de Corea, se desarrolló de manera importante el manejo de las heridas de intestino delgado, se implementó el debridamiento y el cierre primario de éstas, incluso mejoró bastante la sobrevida de los soldados, ya que se implementó el uso de plasma y sangre fresca, soluciones parenterales y antibióticos, además de que fueron desarrolladas las unidades MASH, equipadas con salas quirúrgicas móviles, las cuales se encontraban detrás de las líneas de combate.²

Referencias

1. Loria FL. Historical aspects of penetrating wound of the abdomen. *Int Abstr Surg* 1948; 87: 52.
2. Wisner DH. Injury to the stomach and small bowel. In: Feliciano VD, Moore EE, Mattox LK. *Trauma*, 3rd ed, Appleton & Lang Stamford, Connecticut 1991: 551-571.
3. Citado por: Nelson RL, Nyhus LM. *Cirugía del intestino delgado*. Salvat, España 1990: 7-11.
4. Citado por: Root HD. Hollow visceral injuries. In: Maull KI. *Advances in trauma*. Year Book Medical Publisher, Chicago 1978.
5. Vassy LE, Klecker RL, Koch E, Morse TS. Traumatic gastric perforation in children from blunt trauma. *J Trauma* 1975; 15: 184-6.
6. Poer DH, Woliver E. Intestinal and mesenteric injury due to nonpenetrating abdominal trauma. *JAMA* 1942; 118: 11-15.
7. Newing A. Rupture of the small bowel in association with procedentia. *Med J Aust* 1955; 2: 901.
8. Spencer WG. Celsus. De medicina. Cambridge, Mass, Harvard University Press. 1938. Citado en: Wilkinson JD. The history of trauma anaesthesia. In: Grande CM. *Textbook of trauma anaesthesia and critical care*. Mosby, St. Louis Missouri 1993:1-34.
9. Christensen N. Small bowel and mesentery. In: Blaisdell FW. *Abdominal Trauma*. Thieme-Stratton, New York, 1982.
10. Stevens SL, Maull KI. Lesiones de intestino delgado. *Clin Quir Norte Am* 1990; 70: 549-68.
11. Beebe GW, DeBakey ME. *Battle casualties: incidence, mortality, and logistic considerations*. Ed. Springfield K. Charles, New York, 1952: 118-124.

