

Contusiones abdominales con hemoperitoneo

Diagnóstico de hemoperitoneo

El diagnóstico resulta mucho más evidente cuando el herido ha tardado en llegar al dispensario de urgencia : estado de shock (palidez, aceleración del pulso, hipotensión), dolor en un hipocondrio con irradiaciones, hematoma parietal, signos de fracturas costales inferiores, defensa o contractura, dolor en el tacto rectal...

El diagnóstico se confirma mejor mediante la punción-lavado del peritoneo.

Punción-lavado del peritoneo

Material

Trocar con tubo de drenaje específico (Figura 49) o, en su defecto, catéter lo más ancho y largo posible, bisturí, campo agujereado y guantes esteriles, material de anestesia local y material de perfusión (solución isotónica de cloruro sódico).

Técnica

Sondar previamente al paciente.

Tras pincelar con *polividona yodada* en la región umbilica proceder a la anestesia local de la piel y del tejido subcutáneo sobre un punto situado a 1cm bajo el ombligo, en la línea media.

Escarificación mediante el bisturí hasta la aponeurosis.

A continuación, hundir el trocar con un golpe seco, lo justo para atravesar la pared, tras lo cual retirar el punzón y hundir el catéter hacia la pelvis (Figura 50).

Conectar este catéter con una perfusión de suero salino isotónico. Procurar que el líquido circule correctamente cambiando la posición de decúbito del paciente.

Recoger el líquido mediante un gradiente de presión (hay que evitar que el aire pase por el conducto de perfusión (Figuras 51 y 52).

Si el líquido es claro, descartar el diagnóstico de hemoperitoneo, retirar el catéter, suturar la piel y controlar la evolución del paciente.

Si el líquido vuelve de color rosa a pesar de los cambios de posición del catéter y del paciente, desconectar la perfusión, fijar el catéter a la piel, tapar con un apósito estéril y efectuar otro lavado del peritoneo cuantas veces sea necesario, según la evolución del herido bajo vigilancia.

Si el líquido es claramente sanguinolento, proceder a la laparotomía, pero debe aprovecharse el tiempo de preparación de la laparotomía *para recuperar la sangre del hemoperitoneo para una autotransfusión*. Para ello, conectar al montaje un frasco de suero salino isotónico medio vacío o un frasco de citrato para tomas sanguíneas (blood pack), evitando siempre que el aire pase a través del conducto.

Por otra parte, cabe señalar que en los países en los que las dificultades de transfusión son a menudo insalvables (ausencia de donante), este procedimiento de autotransfusión es igualmente explotable en el transcurso de la laparotomía : cualquier cirujano en situación de aislamiento debe proveerse de una caja estéril que contenga un cucharón y un frasco de vidrio provisto de un tapón de caucho. En lugar de aspirar la sangre del hemoperitoneo, recogerla en el cucharón y filtrarla después a través de una compresa colocada sobre el frasco de vidrio (Figura 53). Pasar el frasco cerrado al enfermero, quien la precintará con esparadrapo y procederá inmediatamente a transfundir al herido.

Este último procedimiento puede utilizarse para los hemoperitoneos de las rupturas de embarazos extrauterinos, a condición de que la sangre no sea demasiado vieja ni esté infectada (menos de 6 horas).

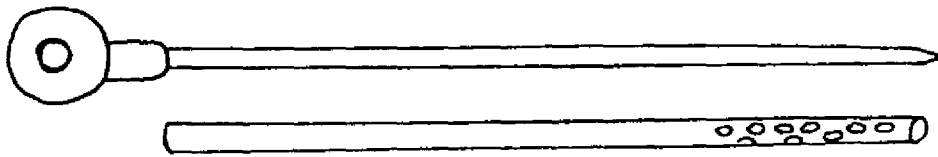


Figura 49

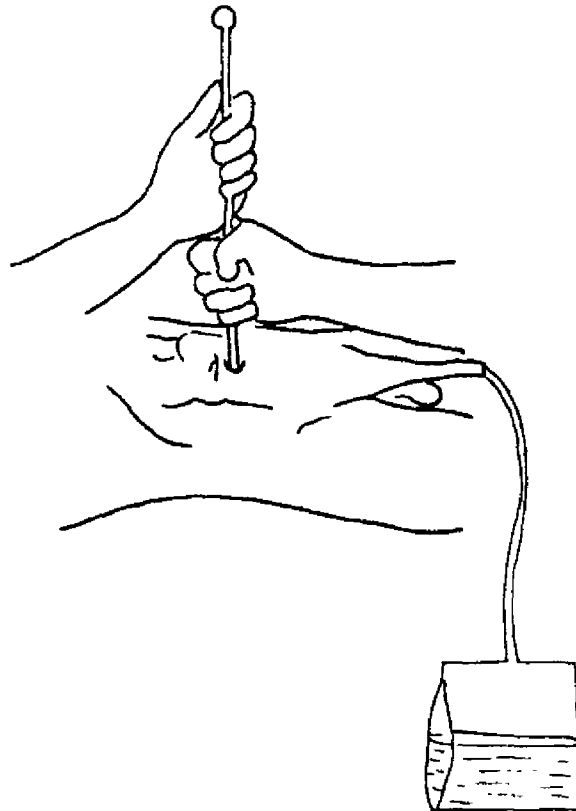


Figura 50

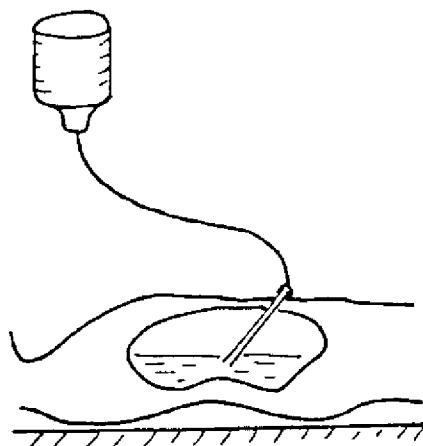


Figura 51

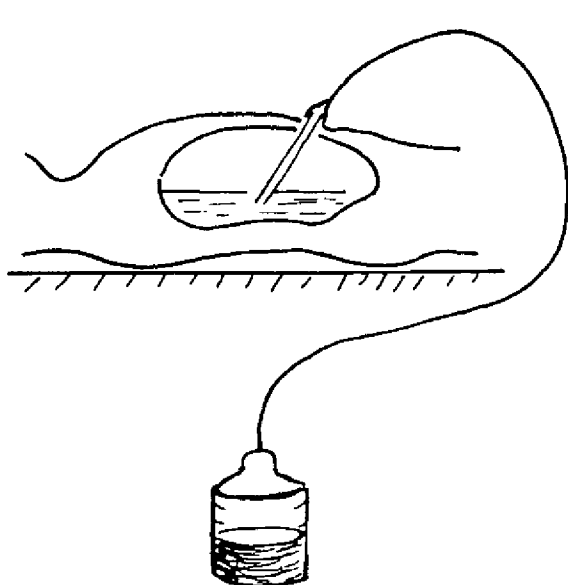


Figura 52



Figura 53

Laparotomía mediana infraumbilical

Eventualmente, ampliada a paraumbilical, en caso de hemoperitoneo traumático.

Herida del hígado

Consultar el capítulo anterior sobre las heridas del abdomen.

Rotura esplénica : técnica de la esplenectomía

ORIENTACIONES ANATOMICAS

El bazo está pegado a los órganos vecinos mediante dos epiplones, el epiplón pancreático-esplénico y el epiplón gastro-esplénico, que determinan según su longitud la posibilidad o no de exteriorizar el bazo.

La arteria esplénica circula por la cara posterior de la cola del páncreas y se divide a la altura del hilio del bazo en dos troncos principales, inferior y superior. Pero esta división tiene lugar a más o menos distancia del hilio y determina junto, con la longitud de los epiplones, dos tipos de bazo quirúrgico, el primero de vasos cortos, difícilmente exteriorizable, y el segundo de vasos largos, fácil de exteriorizar.

Asimismo, se observará que los vasos cortos del estómago (Figura 54) pueden nacer de cualquier vaso del hilio del bazo.

Es necesario no olvidar la presencia de la cola del páncreas en el momento de efectuar la ligadura de la arteria esplénica (Figuras 55 y 56).

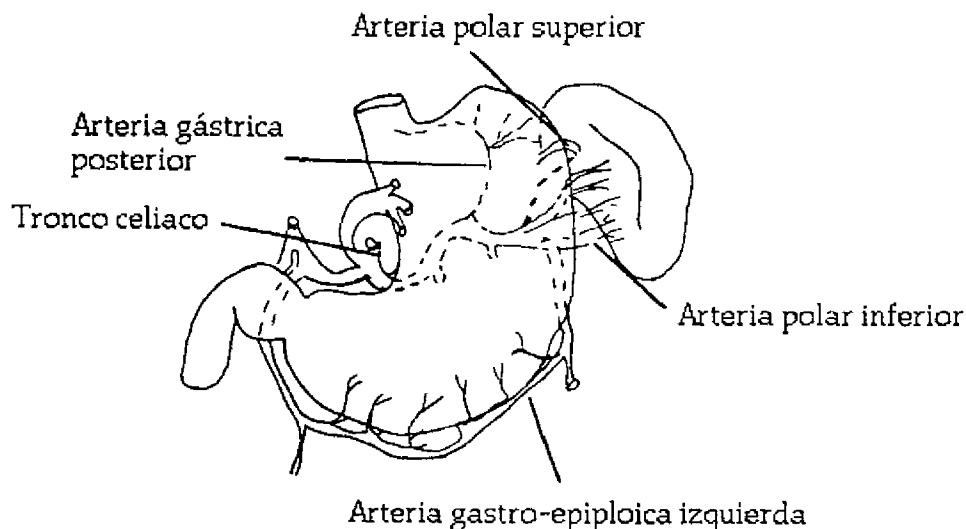


Figura 54

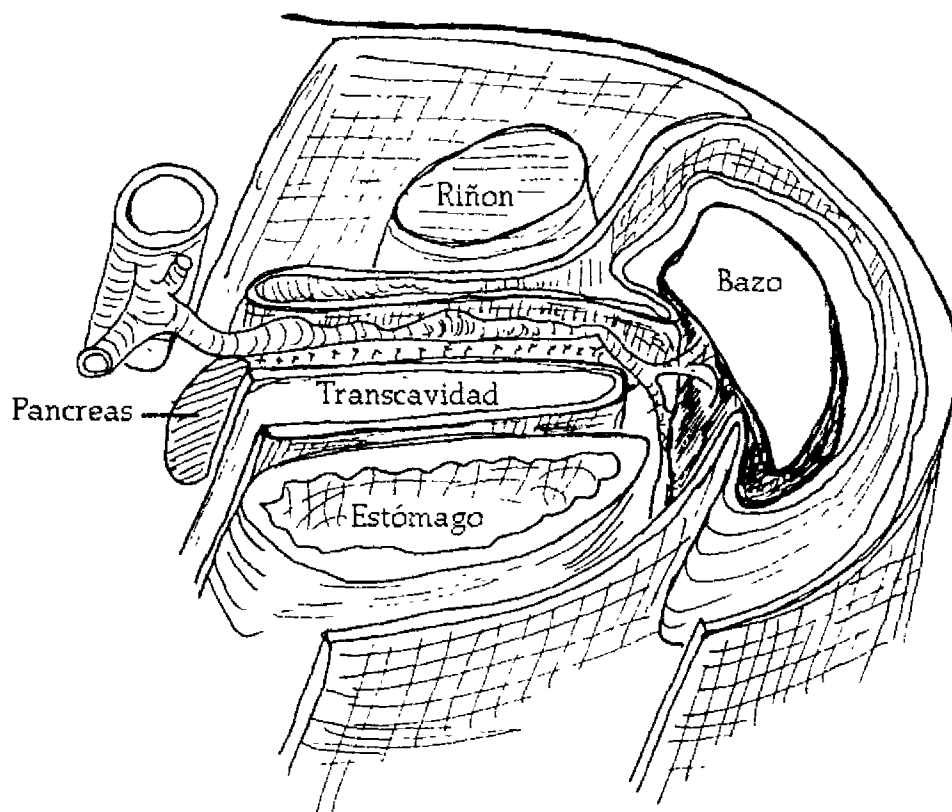


Figura 55
(según Perlmutter y Waligora ..)

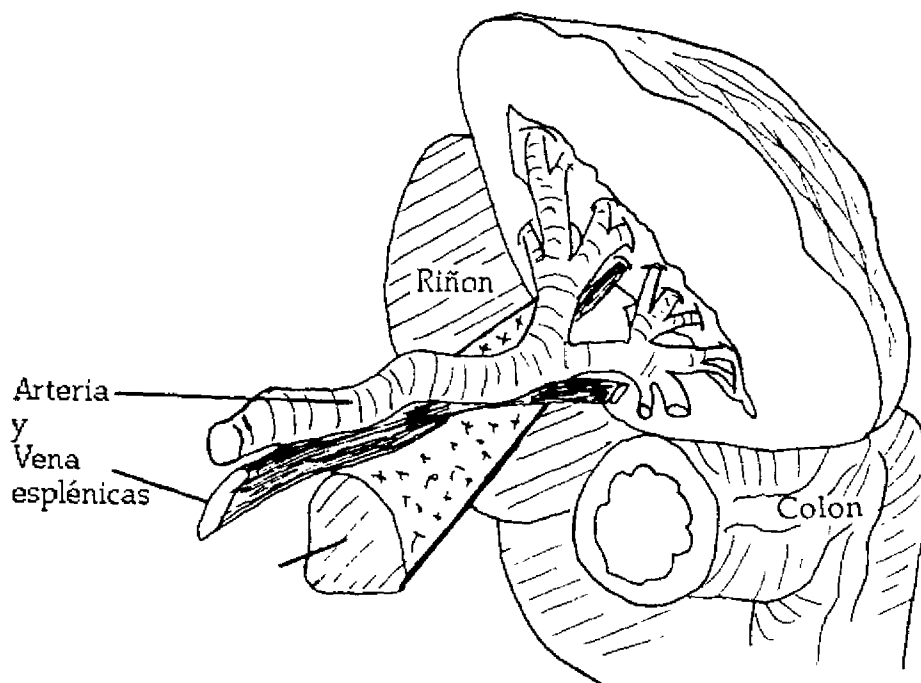


Figura 56
(según Perlmutter y Waligora...)

ANESTESIA

General (ketamina) con medicación previa sobre la mesa. Procurarse buenas vías venosas da acceso, a ser posible para transfusiones (grupo sanguíneo del paciente y sus familiares).

INSTALACION DEL PACIENTE

Decúbito dorsal.

El operador se coloca a la derecha.

TÉCNICA

- Vía de acceso : laparotomía mediana supraumbilical, eventualmente ampliada a paraumbilical.
- Aspiración del hemoperitoneo y de los coágulos (a ser posible, no olvidar la autotransfusión).
- Exploración : hundir la mano en el hipocondrio izquierdo, deslizándola por detrás del bazo, en busca de una herida y examinando los mesos, con objeto de saber si se trata de un bazo de vasos cortos o de vasos largos.

Cabe destacar que en los países tropicales los bazos suelen ser grandes y adherentes (paludismo crónico, bilharziosis). Despegarlo progresivamente del diafragma con la mano izquierda, seccionando en ocasiones las adherencias mediante las tijeras largas.

Primer caso : bazo con pedículo largo (Figura 57)

Exteriorizar cuidadosamente el bazo mientras una mano clampa el pedículo. Colocar una clamp a la altura del hilio esplénico y después dos pinzas, una arriba y otra abajo, a uno o dos centímetros de la clamp.

Ligar por separado las arterias y venas, pedículo a pedículo (tener siempre presente que la cola del páncreas no se halla lejos).

Los nudos deben ser dobles y con hilo no reabsorbible nº0. Cortar a la altura de la clamp distal.

Comprobar la hemostasia, lavar y drenar la cavidad esplénica mediante una contraincisión sobre el flanco izquierdo. Explorar el abdomen para asegurarse de que no existe otra causa de hemorragia, en particular una herida del hígado.

Segundo caso : el bazo no es exteriorizable

(vasos cortos o esplenomegalia con adherencias) (Figuras 58 y 59)

En primer lugar, seccionar el epiplón gastro-esplénico, que contiene los vasos cortos del estómago, y ligar estos vasos con hilo no reabsorbible nº2/0. Tras volcar el estómago hacia dentro, esto permite descubrir los vasos del hilio y ligarlos como en el caso anterior procurando, eso sí, no lesionar la cola del páncreas.

Despegar el bazo del diafragma con la mano izquierda.

Comprobar debidamente la hemostasia y el drenaje.

Tercer caso : bazo adherente

Despegar progresivamente, lo que suele dejar zonas cruentas, sobre todo a la altura del diafragma.

Practicar la esplenectomía siguiendo la técnica habitual y completarla después con la hemostasia de las zonas cruentas.

Atención : es indispensable en todos los casos un drenaje en pendiente del hipocondrio izquierdo (tubo de drenaje n°30 o 32, colocado en el bocal).

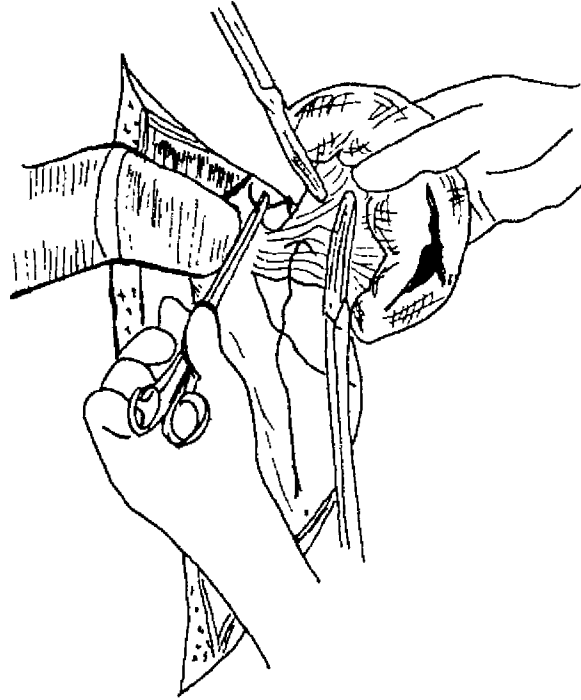


Figura 57.
Bazo con pedículo largo

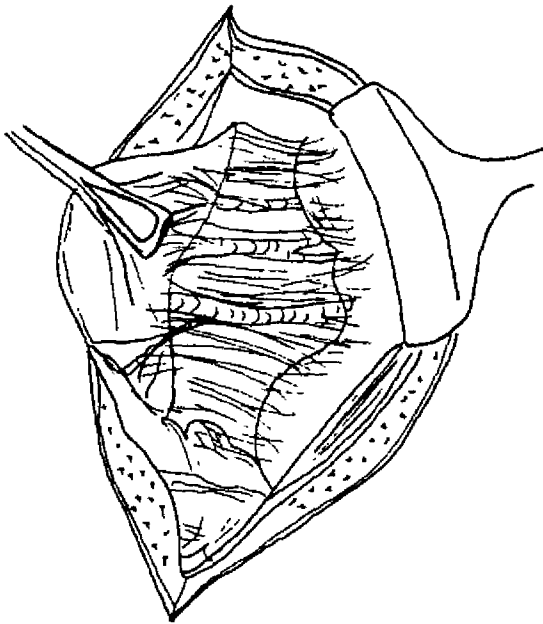


Figura 58
Bazo con pedículo corto. La curvatura mayor está apoyada hacia la derecha.

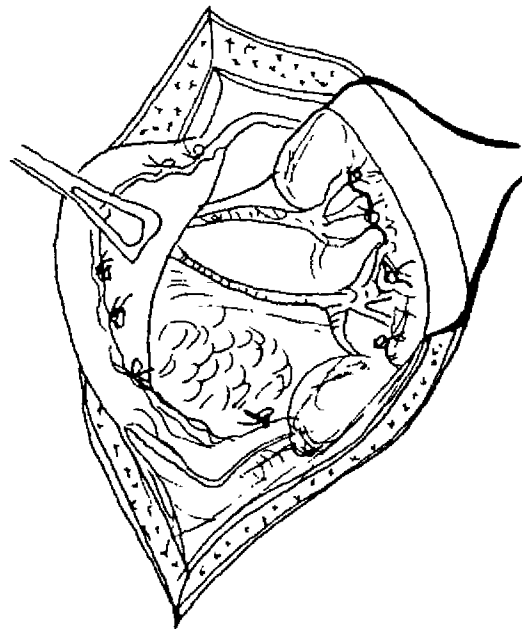


Figura 59
Apertura del ligamento gastro-esplénico y sección. Ligadura de los vasos cortos.

POSTOPERATORIO

Perfusión hasta la reanudación del tránsito.

Antibioterapia al más mínimo pico febril, prevención contra el paludismo.

Ablación del drenaje al segundo o tercer día.

COMPLICACIONES

– *Hemorragia*

Descenso de la tensión, sangre por el tubo de drenaje. Es necesario volver a intervenir y comprobar la hemostasia, en especial la de eventuales vasos cortos del estómago.

– *Absceso subfrénico*

Fiebre oscilante a pesar de la antibioterapia, punzada en el costado, disnea, hipo, derrame purulento por el orificio del tubo de drenaje y en la punción. Matidez de la base izquierda. A pesar del pésimo estado general del paciente, es necesario volver a intervenir, lavar en abundancia y drenar debidamente.

Peritonitis

Definición

Inflamación del peritoneo.

Orientaciones clínicas

Dolor abdominal de localización variable que puede indicar la situación de la lesión inicial, vómitos y fiebre.

Contractura o defensa abdominal, dolor provocado en la palpación del recto.

Normas generales del tratamiento

Tratamiento médico

- Perfusión de 2,5 litros al día como mínimo de suero glucosado y Hartman, sin olvidar añadir **cloruro de potasio** si es necesario. El objeto de la perfusión es obtener una tensión y una diuresis satisfactorias.
(la anuria es un elemento de mal pronóstico en este contexto.)
- Antibioterapia per y postoperatoria durante 8 días por lo menos : dos antibióticos sinérgicos (**penicilina-gentamicina** o **cloramfenicol-gentamicina** o **ampicilina-gentamicina**) en dosis elevadas y repartidos correctamente a lo largo de las 24 horas.
Ejemplo : para un adulto, 8 g de **ampicilina** IV en 4 tomas, cada 6 horas 2 g, y **gentamicina** 160 mg IM en una toma.

Laparotomía

Amplia, que permita explorar todos los órganos y lavar debidamente.

Exploración del abdomen

Aunque se haya encontrado la causa de la peritonitis enseguida, es necesario explorar todo el abdomen : apéndice, trompas, colon, intestino delgado, estómago.

Vaciado del intestino delgado

Se debe evitar a toda costa la enterotomía : si verdaderamente es necesario, proceder a un vaciado retrógrado (capítulo Oclusiones) y a una aspiración mediante la sonda gástrica.

Lavado peritoneal

Lavar en abundancia. Cuanto más abundante sea el lavado, mejor será el resultado de la intervención. Efectuarlo dos veces, la primera antes del tratamiento de la lesión originaria y la segunda después del tratamiento.

Se consigue un lavado eficaz utilizando de 7 a 10 litros de agua esterilizada a la que se le añade polividona yodada, aspirandola bien simultaneamente, y que se extienda por todas las cavidades. A continuación, secar la cavidad abdominal mediante campos húmedos escurridos. Tratar de quitar todas las falsas membranas adheridas al intestino delgado, procurando no provocar una efracción intestinal.

Drenaje

Facultativo para las peritonitis diagnosticadas en fase inicial, pero indispensable para las formas avanzadas o cuando persisten focos sépticos que no saldrán por la laparotomía sino por a las contraincisiones (ver "Heridas del abdomen") (Figura 48) : drenaje supra e infrahepático, drenaje de la cavidad esplénica, de los dos canales paracólicos, de la pelvis, del Douglas, y eventualmente a la altura de la lesión originaria.

Sujetar estos tubos de drenaje en la piel.

Retirarlos hacia el tercer o quinto día si no son productivos.

DRENAJE DE MIKULICZ

– Descripción

Bolsa de gasa (Figura 80) dispuesta en un espacio hueco o cruento. A continuación, llenar la bolsa con una, dos o tres tiras de gasa para próstata. La bolsa y las tiras de gasa salen por la parte inferior de la incisión mediana (Figura 81), cuando se drena una peritonitis pelviana, o por una contraincisión. A falta del dispositivo original, se puede utilizar una compresa grande desplegada y remplazar las tiras de gasa para próstata por compresas, a condición de marcarlas con un hilo que permanecerá en el exterior. Se puede deslizar un tubo de drenaje pequeño entre las tiras de gasa para facilitar las irrigaciones postoperatorias.

– Interés

El Mikulicz efectúa un drenaje por capilaridad, muy eficaz. Asimismo, evita la adherencia de las asas del intestino delgado en las zonas infectadas o desperitonizadas.

– Indicaciones

Drenaje de una región en la que persistan falsas membranas, supuración hemorrágica, tejidos infectados...

– Utilización

Se debe evitar este drenaje si no están garantizados los cuidados de enfermería. Es necesario :

- Colocar una bolsa alrededor del tubo de drenaje ; practicar una abertura en la parte superior de la bolsa para airear las tiras de gasa.
- Iniciar las irrigaciones por el tubo de drenaje a partir del cuarto día. Este paso es capital : si no se hacen las irrigaciones, la infección persistirá y las tiras de gasa se secarán, lo cual puede desembocar en una herida intestinal en el momento de retirarlas.
- Retirar la primera tira de gasa en el noveno día, la segunda en el décimo, la tercera en el undécimo y la bolsa entre los días 12 y 15. A menudo, es necesaria una medicación previa con *diazepam*.

Tratamiento de la lesión originaria

Aunque poco frecuentes, existen peritonitis sin lesión objetiva.
En los países tropicales, las lesiones más frecuentes son :

1. Peritonitis por perforación de úlcera gastroduodenal

Se trata de pacientes cuyo reconocimiento ha sido tardío y en los que se debe proceder siempre a una laparotomía.

PREOPERATORIO

Vaciado gástrico por sonda nasal.

Medicación previa : *diazepam* y sobre todo *atropina*.

ANESTESIA

General, con *ketamina*.

INSTALACION

No es indispensable el rodillo, por lo general el operador se coloca a la izquierda.

TÉCNICA

Localizar la ubicación de la lesión bajando el colon y sacando el estómago hacia afuera y hacia la izquierda, elevando con una válvula el lóbulo izquierdo del hígado.

La única técnica autorizada en casos de urgencia es la sutura mediante 2 o 3 puntos separados con hilo de reabsorción lenta 00, tomando ampliamente el tejido de los contornos de la herida a causa del edema que rodea la lesión y en un plano único y total (Figuras 60 y 61).

Si los hilos cortan el tejido, es preferible efectuar una resección de la úlcera, alrededor de la perforación. De este modo, es conveniente añadir, a la altura duodenal, una piloroplastia : reseca la zona perforada en sentido longitudinal, separar la herida duodenal perpendicularmente a su eje y suturarla verticalmente mediante puntos separados extramucosos (Figura 61).

A menudo, se debe buscar una úlcera de la cara posterior del estómago abriendo el ligamento gastrocólico (Figuras 62 y 63).

POSTOPERATORIO

Mantener la aspiración gástrica y las perfusiones hasta la reanudación del ingestión.

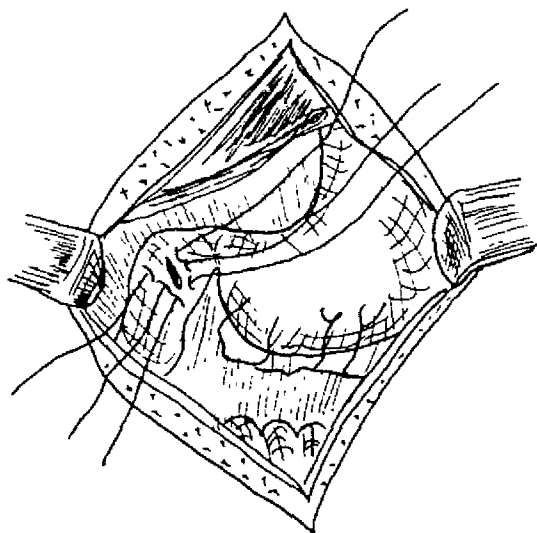


Figura 60
Perforación de úlcera,
sutura simple

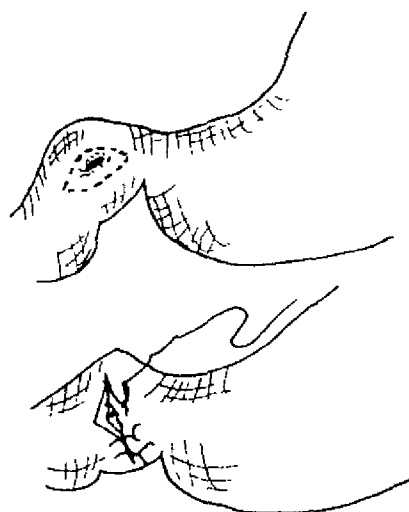


Figura 61
Perforación de úlcera pilórica,
sutura en piloroplastia : excisión
horizontal de la úlcera
y después sutura vertical

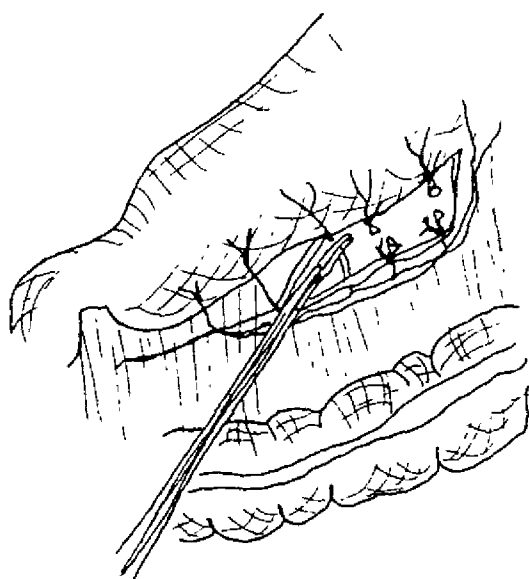


Figura 62
Apertura del ligamento gastrocólico

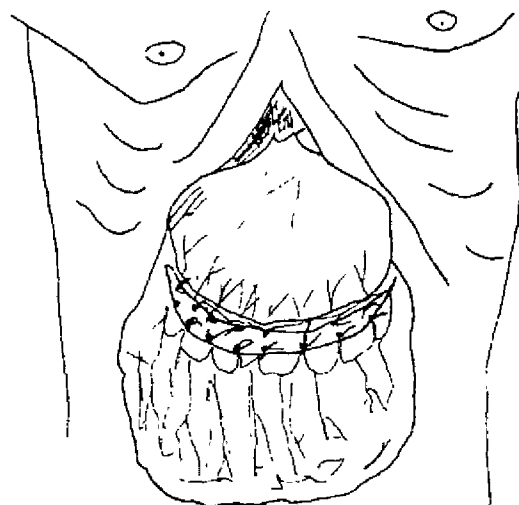


Figura 63

2. Peritonitis apendicular

En áreas tropicales, se suelen detectar las apendicitis en fase de peritonitis o de absceso.

ORIENTACIONES ANATOMICAS

Por lo general, el apéndice se halla implantado sobre la pared postero-interna del ciego, en la unión de las cintas longitudinales del colon. Se vasculariza a través de una rama de la ileo-colo-ceco-apendicular, que corre por su meso y que debe ligarse en primer lugar para una apendicectomía (Figura 64).

Puede ocupar múltiples posiciones y complicar así el desarrollo de la operación : ilíaca, pelviana, subhepática, retrocecal... (Figura 65).

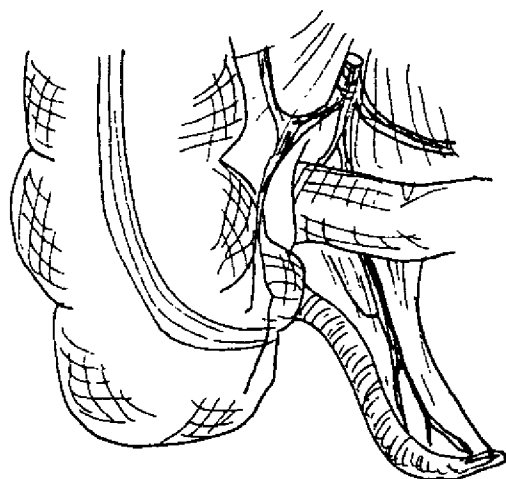


Figura 64

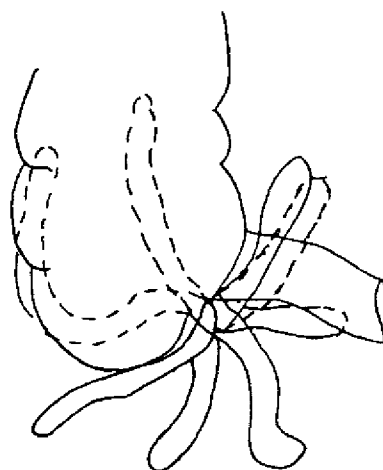


Figura 65

ORIENTACIONES CLINICAS

La apendicitis aguda en su forma típica, ilíaca derecha, viene acompañada por síntomas de fiebre 38°5, dolor de la fosa ilíaca derecha, vómitos, defensa asociada a menudo a una psoítis...

Este cuadro no es muy frecuente en las zonas tropicales y el paciente suele presentarse en una fase de peritonitis confirmada : defensa difusa, contractura en ciertos casos y fiebre elevada. En estas ocasiones, la elección de la vía de acceso resulta difícil.

Por otra parte, en la forma ilíaca derecha con psoítis, se plantea un problema de diagnóstico diferencial con la miositis del psoas derecho : la vía de acceso en Mac-Burney es la misma hasta el peritoneo. No obstante, para la miositis, no es necesario abrir el peritoneo sino despegarlo cuidadosamente hasta el psoas que se abre mediante las pinzas para evacuar el pus. En las zonas tropicales, la miositis del psoas es probablemente tan frecuente como la apendicitis.

PREOPERATORIO

Vaciado gástrico mediante sonda nasal. Sondaje urinario permanente, en las formas con peritonitis.

Medicación previa : *diazepam*, *atropina*.

INSTALACION

Operador a la derecha.

Se debe prever el acceso a la laparotomía infraumbilical en la disposición de los campos.

TÉCNICA

El problema reside en saber la estrategia que se debe seguir cuando no se está seguro de la evidencia de una peritonitis.

Primer caso : signos clínicos localizados en la fosa iliaca derecha

– Vía de acceso

Incisión de "Mac Burney" : incisión de la piel perpendicular a una línea que una el ombligo con la espina iliaca antero-superior (Figura 66) a dos dedos de la espina, bastante amplia (de 6 a 8 cm).

A continuación, incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor en el sentido de las fibras (Figura 67).

Separar las fibras de los músculos oblicuo menor y transversos mediante las pinzas de Kell y, mediante los separadores de Farabeuf después, con objeto de descubrir el peritoneo (Figura 68).

Incisión del peritoneo, levantándolo entre dos pinzas para no dañar el órgano subyacente. Separar el peritoneo con los Farabeufs (Figura 69).

Localizar el apéndice : no siempre se halla bajo la incisión y a menudo es necesario abocar cuidadosamente el ciego mediante las pinzas largas y rodear sus cintas hasta llegar al apéndice (Figura 70).



Figura 66
Incisión de Mac Burney

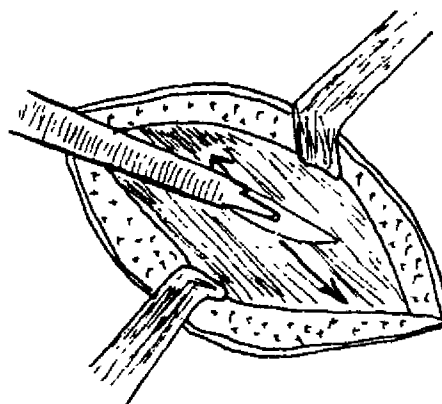


Figura 67
Incisión de la aponeurosis
del oblicuo mayor

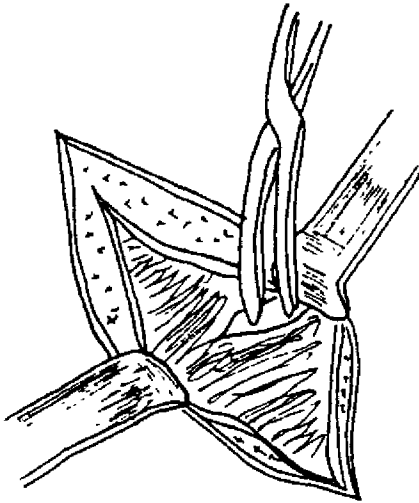


Figura 68
Apertura del oblicuo menor
y del transverso

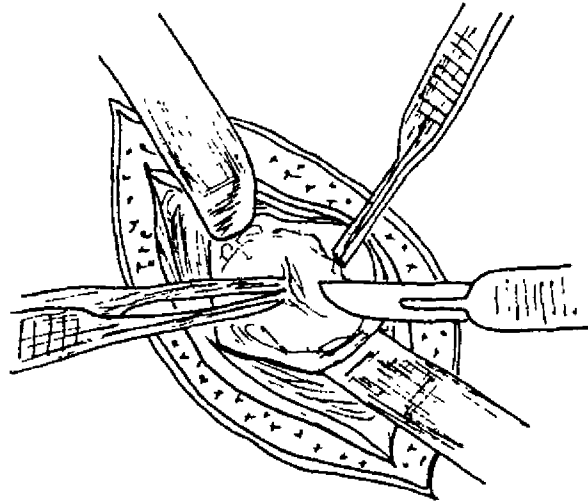


Figura 69
Incisión del peritoneo

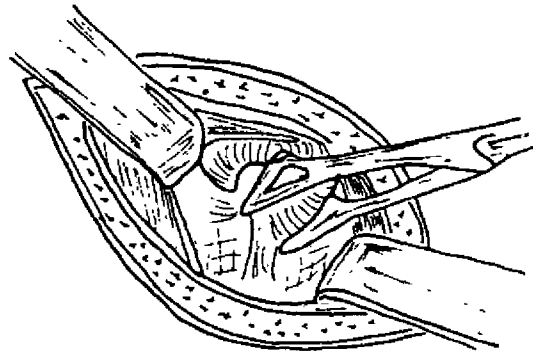


Figura 70
Exteriorización del ciego

– **Apendicectomía**

Disponer campos alrededor del apéndice para evitar cualquier diseminación. Mantener en suspensión el apéndice mediante pinzas no traumáticas que sujete el ayudante.

Colocar dos pinzas sobre el mesoapéndice, perpendicularmente a su arteria que se liga (Figura 71).

Comprimir el apéndice por medio de dos o tres pinzas, cuanto más cerca del ciego mejor, retirar después la pinza más baja para suturar el apéndice con hilo no reabsorbible 2/0, o de reabsorción lenta.

Seccionar el apéndice justo por debajo de la pinza subyacente. Extender una gota de polividona yodada sobre el muñon apendicular. Los instrumentos utilizados durante la apendicectomía no deben volver a utilizarse para continuar la intervención (Figuras 72 y 73). Reintroducir el colon.

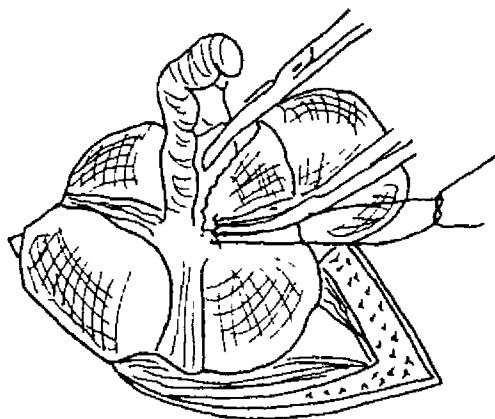


Figura 71
Ligadura del mesoapéndice

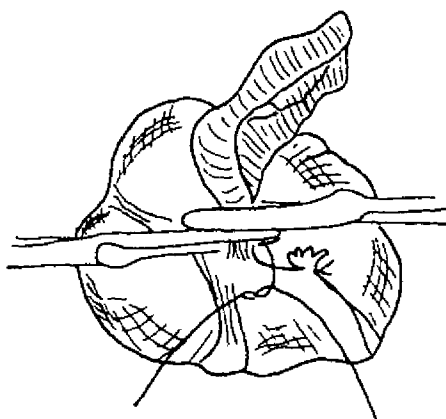


Figura 72
Aplastamiento y ligadura
de la base del apéndice

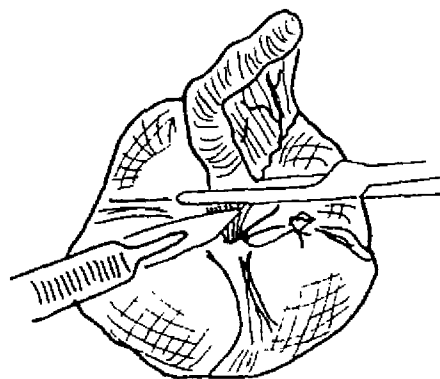


Figura 73
Apendicectomía

– Cierre de la pared

Sutura continua del peritoneo con hilo reabsorbible 3/0, aproximación de los músculos oblicuo menor y transversal con hilo reabsorbible 2/0 mediante dos o tres puntos separados, sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor con hilo de reabsorción lenta 2/0 y piel con puntos separados de hilo no reabsorbible 2/0. En las apendicitis hipersépticas, suturar la piel de modo poco tirante o dejarla abierta.

– Drenaje

En caso de serosidades oscuras o de apendicectomía difícil, se puede dejar una lámina en contacto con el ciego o en el Douglas, teniendo presente un posible hematoma.

Segundo caso

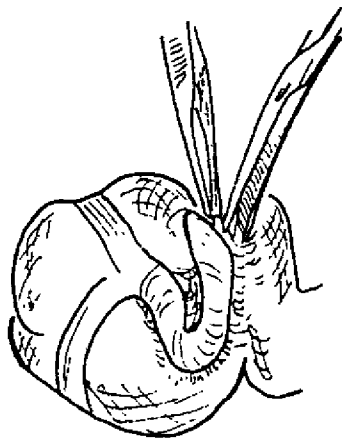
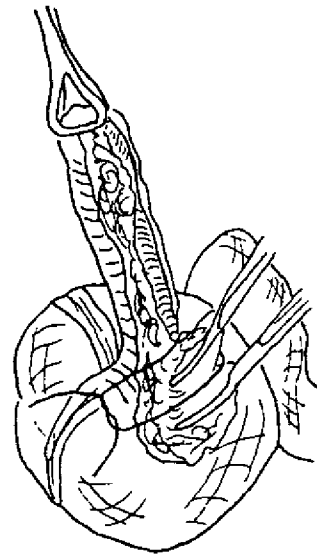
Existe la duda acerca de una posible difusión purulenta peritoneal. Empezar con una Mac-Burney, que al abrir el peritoneo, da salida a una bolsa de pus : se debe abandonar esta vía de acceso y practicar una laparotomía infraumbilical que permitirá el control de todos los órganos y una verdadera limpieza peritoneal.

Tercer caso

Diagnóstico de peritonitis cuyo origen apendicular viene apoyado por la anamnesis : origen de los dolores, gran número de signos localizados en la fosa ilíaca derecha... : inmediata laparotomía mediana infraumbilical.

DIFICULTADES OPERATORIAS DURANTE LA APENDICECTOMIA**Primer caso**

El apéndice se halla pegado al ciego y a la última asa por medio de múltiples adherencias : es necesario despegarlo mediante las tijeras finas curvas de punta redonda, desde su extremidad distal hasta su inserción cecal, manteniéndose al nivel del mesolo más cercano posible a su serosa. Realizar la hemostasia poco a poco, ligando con hilo reabsorbible 3/0 (Figuras 74 y 75).

**Figura 74****Figura 75**

Apendicectomía retrógrada

Discción y ligadura de la punta hacia el ciego

Segundo caso

Apéndice inaccesible mediante la Mac-Burney, pegado tras el ciego. En ese caso, si la inserción del apéndice se evidencia por la vía principal, es posible empezar ligando y seccionando el apéndice y después disecando y ligando cada vez más cerca su meso, a medida que se avance en su extracción (Figura 76).

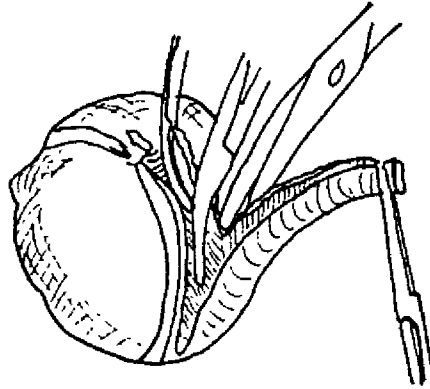


Figura 76

Tercer caso

Apéndice retrocecal, pegado al ciego, fijado por sí solo al peritoneo parietal : al tiempo que se empuja el ciego hacia dentro, practicar mediante las tijeras una incisión en el peritoneo parietal para descubrir el apéndice, que aparece unido principalmente a la altura de su inserción cecal. A continuación, disecar poco a poco (Figuras 77 y 78).

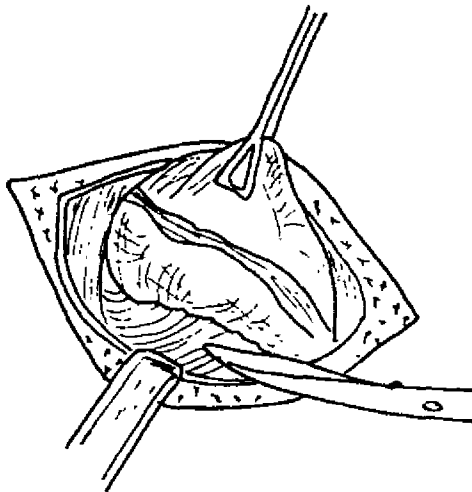


Figura 77

Descubrimiento de un apéndice retrocecal despegando el ciego

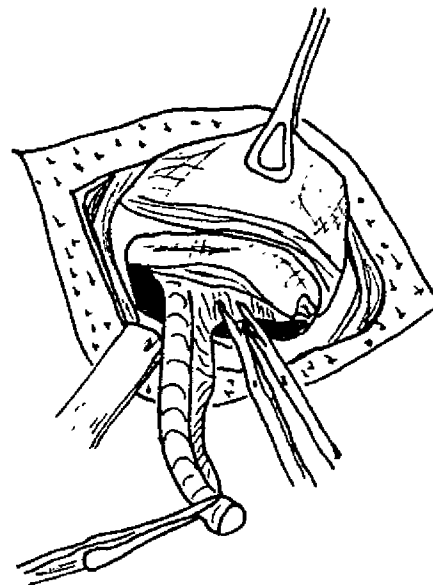


Figura 78

Cuarto caso

Plastrón apendicular : masa palpable en la fosa ilíaca derecha compuesta por el absceso y la aglomeración de asas alrededor del apéndice. En función del contexto, intervenir mediante una "Mac-Burney amplia" o una media. Liberar cuidadosamente las asas. Si la apendicectomía se puede realizar sin riesgo, practicarla y drenar la región cecal. Si el operador considera que con ello podría ocasionar una herida del intestino delgado, efectuar únicamente un drenaje del absceso.

3. Peritonitis por perforación del intestino delgado

En zonas tropicales, la principal etiología de este tipo de peritonitis es la tifoidea.

PREOPERATORIO

Es necesario iniciar inmediatamente el tratamiento médico, al principio progresivo (en el adulto : 750 mg de *cloramfenicol* durante el primer día, 1 g el segundo, 1,5 g el tercero, hasta llegar a 2 g. Mantener esta dosis durante 15 días. Vía oral desde la reanudación del tránsito).

Perfusión, sondaje gástrico y urinario, medicación previa.

INSTALACION

Como para una laparotomía media, infra y paraumbilical.

TÉCNICA

Plantea discrepancias. No obstante, la simple sutura de las perforaciones no da buenos resultados y la ileostomía o la yeyunostomía plantean problemas de reanimación postoperatoria insalvables en el contexto de un hospital rural aislado.

Los cirujanos que cuentan con una larga experiencia en zonas tropicales opinan que el mejor método, el que supone un menor número de defunciones postoperatorias, es la resección-anastomosis termino-terminal, de una sola vez (ver "Heridas del intestino delgado").

Limpieza y drenaje, como para cualquier peritonitis confirmada.

POSTOPERATORIO

Alimentación líquida desde la reanudación del tránsito y alimentación sólida autorizada hacia el sexto día.

4. Peritonitis por perforación cólica

Dos etiologías principales en zonas tropicales : la tifoidea y la amebiasis cólica aguda maligna.

PREOPERATORIO

Iniciar el tratamiento de la tifoidea con *cloramfenicol* y continuarlo, desde la reanudación del tránsito, con *metronidazol* (en el adulto, 2 g al día durante 10 días).

TÉCNICA

No suturar inmediatamente el colon, sino abocar la perforación o colostomía (ver "Heridas del colon").

La sutura de la herida o el restablecimiento de la continuidad se efectúa, como mínimo, dos meses más tarde.

5. Peritonitis de origen pelviano

En principio, una salpingitis aguda recibe un tratamiento médico (*ampicilina*, *gentamicina*, *metronidazol*, combinados en dosis elevadas).

Sin embargo, los cuadros diagnosticados en zonas tropicales aisladas suelen hallarse en una fase más avanzada : pelviperitonitis tabicadas en el Douglas o bien peritonitis de la cavidad mayor.

Primer caso

Absceso del Douglas, diagnosticado con fiebre, dolor pelviano y sobre todo tacto vaginal que pone de manifiesto el abombamiento del Douglas. Se debe proceder a una colpotomía.

– Técnica de la colpotomía

Tras una anestesia general (*ketamina*) o raquianestesia, untar con *polividona yodada* la zona perineal, vaginal y el cuello.

Sujetar el labio posterior del cuello con unas pinzas de Pozzi mientras que un ayudante baja la pared posterior de la vagina con una válvula.

Incisión del fondo del saco posterior de la vagina, transversal, de 2 cm, que atraviese la mucosa hasta llegar al peritoneo. Aspirar el pus, separar los contornos de la herida y colocar una lámina ondulada fija al periné (Figura 79).

Mantener este tubo de drenaje hasta la desecación del derrame.

Doble antibioterapia durante un período de 8 días, como mínimo (*ampicilina-gentamicina* por ejemplo).

Controlar la evolución : estado abdominal, reanudación del tránsito, descenso de la fiebre, ya que estos abscesos pueden evolucionar hacia una peritonitis generalizada.

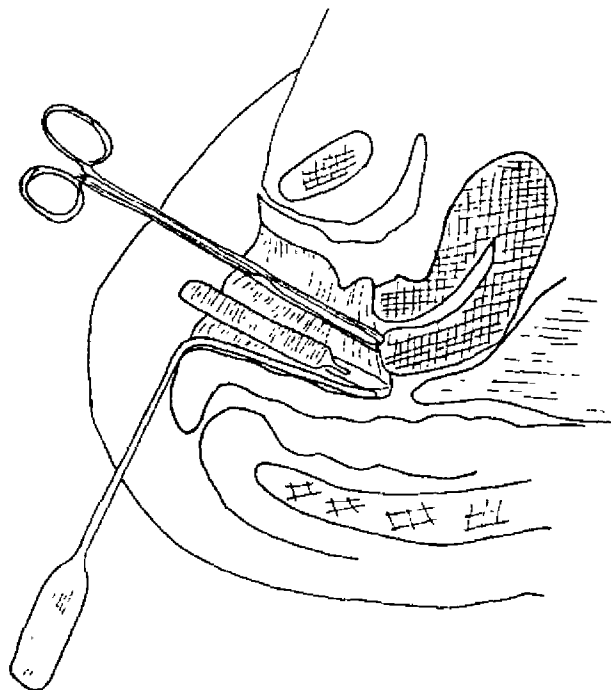


Figura 79
Evacuación de un absceso del Douglas mediante colpotomía

Segundo caso

Peritonitis generalizadas, en las que la anamnesis y el tacto vaginal indican el origen genital : se debe proceder a una laparotomía mediana infraumbilical.

– Preoperatorio

Perfusión, sondaje gástrico y urinario, medicación previa y antibioterapia inmediata.

– Técnica

Tras la aspiración del pus y un lavado peritoneal, los pasos a seguir deben ser lo menos traumáticos posibles.

Se trata de despegar principalmente con el dedo y evitar cualquier herida del intestino delgado y sobre todo del colon, expuesto en la pelvis.

Así pues, intentar llegar al útero y al Douglas.

En ocasiones, la pelvis está totalmente aislada y es preferible conformarse con evacuar una bolsa de pus. Además, en lugar de crear zonas cruentas es mejor cerrar con un drenaje amplio, a ser posible del tipo Mikulicz (Figuras 80 y 81).

En ocasiones, se puede aislar el piosalpinx roto. Cuando sea posible, es decir, cuando parezca hallarse en buen estado, es necesario conservar el ovario (ver técnica de salpingectomía del embarazo extrauterino)

No obstante, es indispensable la anexectomía cuando el ovario esté abscesificado y demasiado adherido a la trompa.

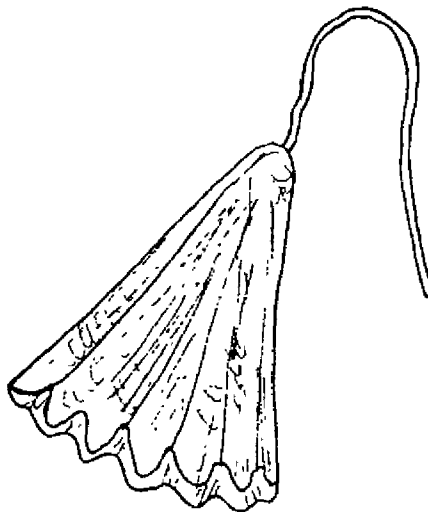


Figura 80
Bolsa de Mikulicz

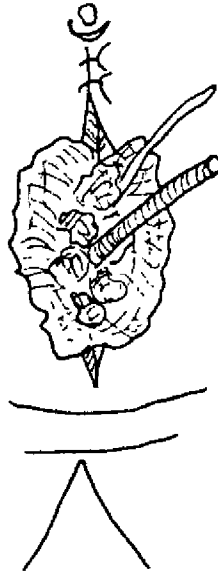


Figura 81

Bolsa de Mikulicz, que contiene un tubo de drenaje y tres tiras de gasa, exteriorizada en la parte inferior de la mediana

– Anexectomia

- Orientaciones anatómicas

Se observará que el ureter, así como los vasos ilíacos, pasan por el polo inferior del ovario. Se debe respetar esta relación en el momento de ligar el ligamento lumboovárico.

- Técnica

- Sección del ligamento lumboovárico y ligadura con hilo de reabsorción lenta 2/0 lo más cerca posible del ovario (Figuras 83 y 84).
- Incisión del ligamento ancho y ligadura de sus vasos, manteniéndose próximo a los anexos hasta el cuerno del útero (Figura 84).
- Ligadura y sección de la trompa y del ligamento uteroovárico.
- Ablación de la trompa.
- Peritonización mediante sutura continua con hilo reabsorbible, tomando las dos láminas del ligamento ancho, y con el mismo hilo, confeccionar una bolsa alrededor del muñón lumboovárico para introducirlo (Figura 85).
- Drenaje y lavado peritoneal.

Sin embargo, no siempre es posible una intervención en regla debido a las adherencias : a menudo, hay que conformarse con la excisión de fragmentos de trompas aisladas y esfaceladas y con cerrar sobre el drenaje.

En ocasiones, el estado de las lesiones conduce a la histerectomía total. En ese caso, se debe intentar conservar un ovario, como mínimo.

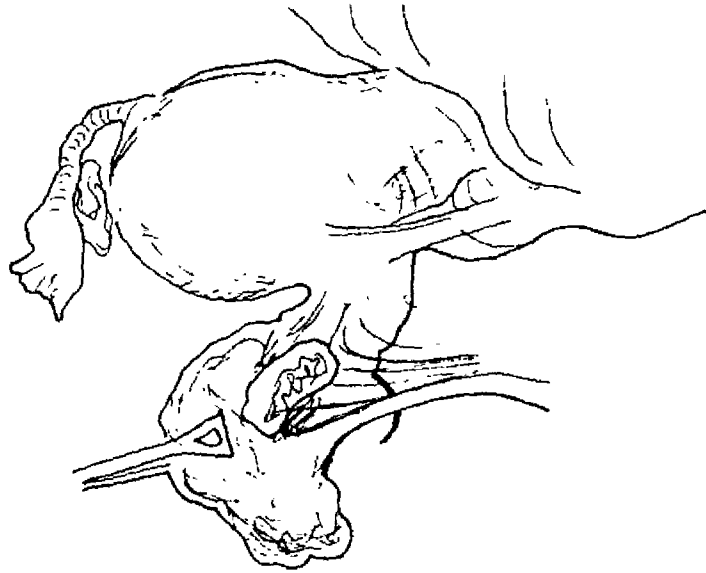


Figura 82

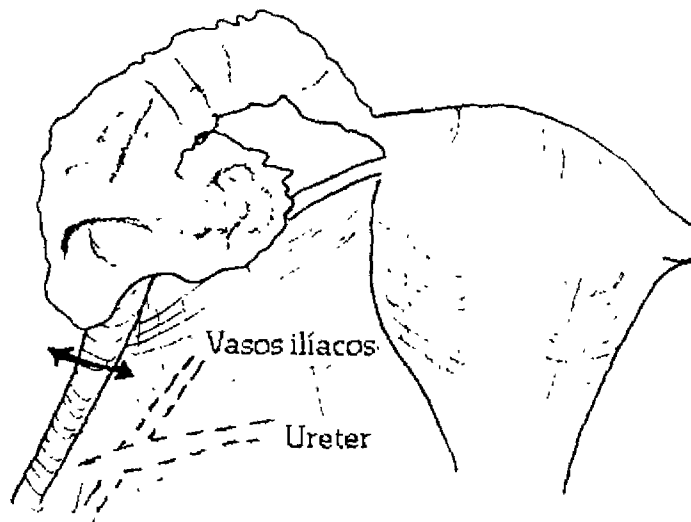


Figura 83
Sección del ligamento lumboovárico

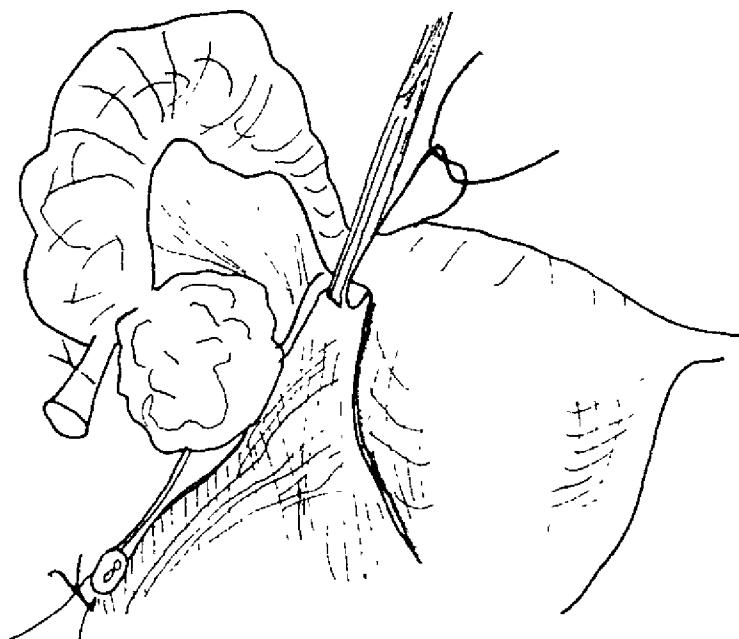


Figura 84
Ligadura y sección de la trompa

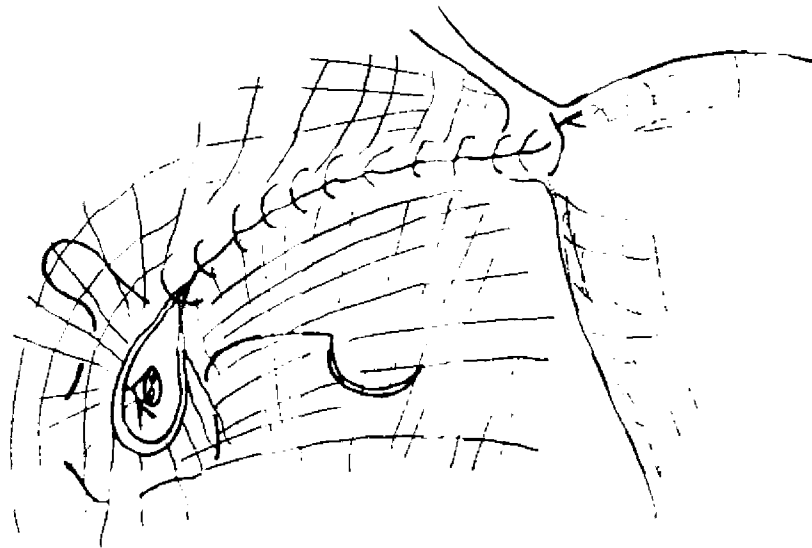


Figura 85
Sutura del ligamento ancho