

OCLUSION POST-GASTRECTOMIA (*)

Dr. José P. Otero

El motivo de esta presentación es hacer algunas consideraciones sobre los síndromes de oclusión agudos y crónicos secundarios a la realización de una gastrectomía. El caso que estudiamos fué tratado en la Clínica Quirúrgica del Prof. del Campo, Sala 23, Hospital Pasteur.

Tenemos en la actualidad realizadas 83 gastrectomías por úlcera y cáncer de las cuales:

27 pertenecen al Servicio del Prof. García Lagos donde nos iniciamos en esta cirugía.

40 pertenecen al Servicio del Prof. del Campo, donde pudimos ir consolidando nuestra experiencia y perfeccionando nuestra técnica.

16 pertenecen al Servicio de Cirugía de Urgencia y al Sanatorio Español.

Sólo tomaremos aquí en consideración las operaciones realizadas en la Clínica Quirúrgica del Prof. del Campo por tratarse de una serie regular, en condiciones correctas de instalación quirúrgica, anestesia, y equipo y ante todo por tener ya alguna experiencia cuando iniciamos esta serie que comprende desde diciembre 1945 hasta la fecha.

No pretendemos de ningún modo hacer un estudio prolijo de estas operaciones lo cual realizaremos en otra oportunidad sino sólo dar una noción correlacionada respecto a la frecuencia de nuestras complicaciones post-operatorias cercanas y lejanas para poder así ubicar y valorar esta observación aislada que de otro modo sería de difícil apreciación.

Nuestra mortalidad en esta serie fué de 1 en 40 y correspondió

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 7 de setiembre de 1949.

a una gastrectomía por cáncer con resección muy alta y en la cual la necropsia reveló peritonitis por falla de la sutura.

No tuvimos ningún caso de oclusión post-operatoria aguda que requiriese reintervención o cuidados especiales y nuestros post-operatorios han sido absolutamente tranquilos en cuanto a funcionamiento de la neo-boca se refiere.

No hemos tenido tampoco ninguna complicación por hemorragia, ni tampoco la menor alarma en este sentido.

Hemos tenido dos casos de shock post-operatorio inmediato bastantes serios imputables a operaciones demasiado prolongadas (por resección de ulcus péptico) y con transfusión insuficiente en la mesa de operaciones.

Una vez pasado el shock, que fué combatido inmediatamente y que duró varias horas, estos enfermos evolucionaron sin incidentes.

La complicación más frecuente en nuestros operados ha sido la reacción post-operatoria febril de 2 a 3 días, con elevación a 38° término medio y correspondiendo lo más a menudo a accidentes pulmonares más o menos pasajeros. Esta reacción febril post-operatoria es tanto más marcada en general cuanto más alta es la resección y la imputamos sobre todo a la tracción sobre los mesos y especialmente sobre el neumogástrico. Aspiramos a dominar esta complicación mediante operaciones más breves y con maniobras cada vez más atraumáticas. Como complicación pulmonar seria tenemos un absceso de pulmón que estuvo hospitalizado alrededor de 40 días.

En cuanto al post-operatorio alejado hacemos volver a nuestros operados regularmente cada 3 meses, y en general tenemos una excelente impresión respecto a los resultados definitivos.

Sin embargo, este estudio carece de la precisión suficiente y nos proponemos empezar a buscar a nuestros operados para estudiarlos puesto que la gran mayoría de ellos dejan de venir después de un tiempo y tampoco nosotros no les podemos dedicar una atención especial cuando nos vienen a ver en fechas variables.

Dentro de esta serie someramente estudiada se ubica el caso que presentamos hoy y que corresponde a una oclusión aguda del ansa aferente a los 6 meses de su gastrectomía.

ÚLCERA DE DUODENO

Historia Clínica N° 747 - 1057

Nombre: G. S. E. Edad: 25 años. Sexo: masculino. Estado: soltero. Nacionalidad: oriental. Profesión: jornalero. Ingreso: 27-XI-1945. Egreso: 19-XII-1945. 2° ingreso: 4-VIII-1946. Egreso: 15-X-1946. Diagnóstico: Úlcera de duodeno. Tratamiento gastrectomía. 2° Entero-anastomosis.

Enfermo operado hace un año y medio por el Dr. Otero por úlcera perforada de duodeno y que durante ese tiempo transcurrido estuvo sometido a un régimen alimenticio adecuado. Pasó bien durante unos 4 meses a partir de los cuales retorna a sus sufrimientos a pesar del régimen. Después de comer comienza con sensación de distensión post-prandial e inmediatamente dolores abdominales, algunas veces de localización epigástrica y de carácter punzante, otras veces difusos en el abdomen, con estado nauseoso. Calma estos sufrimientos merced a la ingestión de leche y cuando no ceden con comprimidos de Pepsancar (?).

Antes de su intervención por úlcera perforada el enfermo refiere sus trastornos con los siguientes caracteres: desde un año antes notaba distensión gástrica post-prandial que duraba hasta 4 ó 5 horas; luego de arrostrar durante un mes esos trastornos que fueron acentuándose paulatinamente empieza a sentir ardores y dolores epigástricos, estos últimos irradiados al resto del vientre, que se calman con el vómito abundante de alimentos y bilis; a los 6 meses tuvo hematemesis precediendo de algunos días su cuadro perforativo.

Ultimamente estreñimiento marcado que cede con el tratamiento (enterol, lavajes, etc.).

No ha tenido adelgazamiento, ni repugnancia por las comidas.

Antecedentes personales. — Antiguo fumador, que ha abandonado el cigarro por prescripción médica; operado por hernia bilateral congénita; operado por mastoiditis hace tres años. Llega venéreas.

Antecedentes familiares. — Madre fallecida hace 10 días de neoplasma gástrico. Padre fallecido de igual afección hace 8 años. Dos hermanos: uno con afección gástrica, otro dispéptico.

Examen. — Enfermo delgado, psiquis normal. Lengua limpia y húmeda. Apirético. Piel y mucosas bien coloreadas.

Abdomen: Cicatriz de herida mediana supraumbilical; de herida hipogástrica y de dos heridas abdómino-inguinales correspondiendo al drenaje supra cúbico y a las hernias operadas.

Vientre móvil, libre, espontáneamente indoloro. Discreto dolor a la palpación en el hueco epigástrico. Hígado a un través de dedo del reborde costal. Traube conservado; macidez hepática normal.

Estudio radiológico. — 1-IX-1947. Radioscopia de estómago-duodeno (Dr. Zerboni). En el Hospital Maciel. Estómago con pequeña cantidad de líquido con fondo atónico. Evacuación lenta. Bulbo duodenal grande

con pequeña escotadura en la base. No se observan signos directos de lesión orgánica. Se sacó placa en el Hospital Maciel N° 21922.

1-XI-1945. Radio copia de estómago y duodeno. (Dr. Gorlero. Hospital Maciel). Estómago y duodeno orgánica y funcionalmente normales. Bulbo duodenal grande con pliegues irregulares sin que se observe imagen típica de lesión. Se sacó placa en el Hospital Maciel N° 22717 (A).

Exámenes pre-operatorios. — Orina normal: densidad 1.013. Urea: 0.30 ctgs. Wassermann negativo. Tiempo de coagulación: 4 m. Tiempo de sangría: 2 m. Presión arterial: M x: 11 $\frac{1}{2}$. M. 6 $\frac{1}{2}$.

29-XI-1945. Hemograma: Glóbulos rojos 4.350.000; Glóbulos blancos 5.800; Hemoglobina 95 %; Valor globular 1.08.

Consideraciones.

Se decide la intervención dado que se considera que presenta una úlcera con empujes evolutivos y dado que después de la intervención continuó con sus sufrimientos a pesar del régimen.

Intervención. — 6-XII 1945. Dr. Otero. Dr. Jaumandreu, Pte. Sica. Anestesia local. Resección de la antigua cicatriz operatoria que era una incisión de Mayo. Adherencias no muy extensas del estómago al hígado y a la pared abdominal. Anestesia por infiltración de los mesos. Se comprueba un duodeno bastante libre, muy móvil, en el cual es difícil asegurar la existencia de una úlcera. Existe en su cara anterior, cerca del píloro, una zona de mayor vascularización venosa, pero su consistencia no es capaz de definir la lesión. Más abajo, en la cara anterior, existe una brida que deforma algo el duodeno. Se decide reseca basado en su historia anterior de perforación, en la persistencia de sus sufrimientos, en el examen radiológico y en las comprobaciones operatorias.

Gastrectomía con anastomosis total, a ansas larga, precólica. Cierre de la pared en tres planos.

Pieza operatoria. — Se comprueba una úlcera situada en la cara anterior del duodeno muy cerca del píloro, del tamaño de un medio cm. más o menos, con pliegues irradiados hacia el centro. A la palpación no hay infiltración esclerosa y aún palpándola por sus dos caras, sería difícil de diagnosticar.

Post-operatorio. — Sale un poco shockado de la mesa de operaciones y se le ordenan 500 cc. de sangre. En la tarde se le hacen 3 litros de suero fisiológico subcutáneo. A la hora 18 el enfermo está bastante bien con un pulso un poco débil. Se pasó sonda extrayéndosele 200 cc. de líquido oscuro.

7-XII-1945. Pasó la noche muy molesto y tuvo un vómito muy abundante que llenó un riñón según el enfermo. En la mañana presenta un estado de shock intenso con pulso muy pequeño, de 140, ansiedad, mareos y sed, palidez de cara y mucosas pero no muy marcadas.

Se plantea el diagnóstico entre shock y hemorragia y se practican los

siguientes exámenes: Presión arterial: Mx. 11; Mn. 9; Glóbulos rojos 5.670.000; Hemoglobina 100 %; Valor globular 0.90; Hematocrito 58 %; Proteinemia 5.

Se interpreta como un estado de shock y se le dan 500 cc. de sangre, 500 cc. de plasma, Escatin a grandes dosis, suero fisiológico i/v. gota a gota. A la hora 21 ha mejorado notablemente, pulso 125, presión arterial (13-8). Se le pasa sonda, no hay retención.

8-XII-1945. Buen estado general, tranquilo, pulso 104, Pr. Art. (13-6). No hay retención a la sonda. Se indica 1 litro de suero fisiológico s/c. y agua por boca 50 cc. cada 2 horas.

9-XII-1945. Continúa evolucionando bien.

19-XII-1945. Se le da de alta en buenas condiciones.

Reingreso. — 4-VIII-1946 (siete meses después de la última intervención). El día 4 de agosto de 1946, estando bien siente un dolor a comienzo brusco, bastante intenso, localizado en el hipocondrio, izq., sin vómitos, que cedió a las pocas horas siguientes pero sin calmar del todo. Al mediodía hizo una comida liviana y a la hora 15 volvió a reagudizarse su cuadro agudo de abdomen superior, con dolores sumamente intensos, con vómitos alimenticios y con repercusión sobre el estado general (pulso rápido). Hago ingresar el enfermo al Hospital Pasteur pensando en la posibilidad de una perforación de úlcera péptica y para hacerle un estudio radiológico del vientre para buscar en primer lugar la existencia de neumo-peritoneo. Sin embargo, el cuadro clínico tiene elementos que no concuerdan con aquel diagnóstico como ser la falta de sensibilidad viva y difusa del vientre, la falta de contractura generalizada y la falta de dolor en el Douglas. El examen radiológico practicado en la tarde demuestra que no hay neumoperitoneo, lo cual asociado a las dudas respecto a las manifestaciones clínicas lleva a dejar al enfermo en observación hasta el día siguiente.

En la mañana del día 5 está ligeramente febril ($37^{\circ} \frac{2}{3}$) deprimido con vómitos abundantes de un líquido de coloración oscura, casi negro, con constipación de materias y gases desde que comenzó el dolor y con dolores a predominio en el H. Izq. pero que toman todo el vientre. Su estado general está tocado, pulso rápido, hipo, mucosas con tendencia a secarse.

Examen (Dr. Otero). — Enfermo que sufre intensamente. Presenta dolor a la palpación en H. I. y en la fosa lumbar izq., dolor intenso acompañado de contractura. El resto del vientre está libre, sin dolor ni contractura ni distensión. Este examen corresponde a la tarde y a la noche del primer día de la enfermedad.

Al día siguiente de mañana se presenta el mismo cuadro de H. y fosa lumbar izq. pero tiene además dolor en el vientre inf. y también dolor en el Douglas por el tacto rectal. El H. Izq. parece estar ocupado por una tumefacción difusa y tensa. Es evidente que existe una complicación sobraguda en la zona operatoria y que es necesario intervenir de urgencia.

Se toma una radiografía simple del vientre, cuyo resultado es el siguiente:

Intervención. — 6-VIII-1946. Dr. Otero, Pte. Irigaray, Pte. Garrone. Anestesia local. Incisión paramediana izq. Abierto peritoneo se comprueba un poco de líquido sero-hemorrágico y en seguida se ve un ansa muy distendida que se trata de exteriorizar. Una vez exteriorizada se comprueba que se trata del ansa aferente de la anastomosis que está distendida, tensa, roja vinosa. Se reconoce la neoboca cuya ansa aferente está libre y no distendida. El colon transverso y el epliplon pasan libremente (sin adherencias por detrás de la neoboca). La obstrucción se debe a bridas que levantan el ansa aferente hacia arriba y la tuercen hacia atrás. Se trata de seccionar esas bridas a tijera y un momento después de terminado se hace una pequeña herida en la parte alta del ansa aferente que se cierra por un surget de cat-gut doble O.

Como no hay ninguna lesión de los vasos se decide hacer una entero-anastomosis en dos planos (sero-serosa y total).

Se espolvorea con sulfamida y se reintegra todo el vientre sin drenaje. Cierre por planos de la pared.

Post-operatorio. — 6-VIII-1946. El enfermo está muy bien se ha calmado completamente de sus dolores y su lengua está húmeda. Su pulso es bueno y regular. No vomita. Se le hizo el primer día 2 transfusiones de 400 cc. en la mesa y de 300 cc. a las 9 de la noche. Además suero fisiológico, escatin y miocor.

Examen pre-operatorio. — 5-VIII-1946. Hemograma. Glóbulos rojos 5.100.000; Glóbulos blancos 18.000; Hemoglobina 11; Valor globular 1.03; Neutrófilos 90 %; Eosinófilos 1 %.

Exámenes post-operatorio. — 16-VIII-1946. Leucocitosis 15.500.

24-VIII-1946. Hemograma. Glób. rojos 3.850.000; Glób. blancos 13.800; Hemog. 67 %; V: Glob. 0.89.

31-VIII-1946. Hemograma; Glóbulos rojos 3.010.000; Glóbulos blancos 7.200; Hemoglobina 75 %; Valor globular 1.05.

3-IX-1946. Hemograma 4.400.000; Glóbulos blancos 7.200; Hemoglobina 88 %; Valor globular 1; Neutrófilos 82 %; Eosinófilos 1 %; Monocitos 1 %; Linfocitos 16 %.

Post-operatorio. — Hizo un post-operatorio bueno en cuanto a su lesión tratada pero tuvo trastornos prolongados debidos a una peritonitis subaguda con temperatura prolongada oscilando entre 37° y 38°5 con empujes repetidos y rebeldes, con distensión intestinal, con dolor e infiltración del Douglas, con dificultad para expulsar gases y materias. Varias veces fui llamado de urgencia por este enfermo por crisis suboclusivas con dolores, distensión, angustia, pulso rápido, etc. Estas crisis cedían al tratamiento médico, sobre todo a la inyección de atropina. Desnutrido notablemente por su dificultad para la alimentación dado su estado suboclusivo; se le hacía penicilina, transfusiones como tratamiento de fondo y luego vacuna antiptógena. En un momento determinado hizo una colec-

ción bastante neta por el Douglas y entonces se le hizo un drenaje por vía rectal dando salida a dos cucharadas de pus fétido. Después de esto el enfermo siguió febril y en suboclusión hasta que en un momento determinado (unos 10 días después de la abertura por el recto) se abrió espontáneamente una colección purulenta del hipogastrio a través de su antigua incisión de drenaje supra-púbico. Desde ese momento en adelante el enfermo empezó a marchar bien, su temperatura bajó y sus trastornos de tipo oclusivo cedieron. Al cabo de algunos días fué dado de alta.

20-1947. He seguido viendo este paciente durante todo el año transcurrido desde su última operación porque me consulta periódicamente por dolores bastante acentuados en la región peri-umbilical izq. en un sitio que correspondería más o menos a la neoboca. Sufre de un modo que hace pensar en la posibilidad de úlcera péptica, pero sin embargo le seguimos haciendo tratamiento médico dado el hecho de que radiológicamente no se comprueba ninguna lesión en exámenes repetidos, y su evacuación por la neoboca es normal. Además, sólo le plantearíamos una nueva intervención en el caso que tuviéramos la certeza absoluta de la existencia de una lesión que justificase netamente una intervención, en este enfermo que ya ha sido tres veces operado.

Su estado general es bueno, ha engordado algunos kilos pero todavía no ha recuperado su peso normal, y está bastante delgado.

GASTRECTOMIA: TRASTORNOS DE EVACUACION DE LA NEOBOCA

G. S. E. 27 años, casado, jornalero, uruguayo.

Motivos de ingreso. — Tumefacción y dolor en cicatriz operatoria supraumbilical. Dolores persistentes de hipocondrio y flanco izquierdo. Desnutrido.

Antecedentes personales. — A los 9 años fractura de codo. A los 10 años operado de hernia inguinal (bilateral).

Hace 4 años intervenido por una mastoiditis. Inmediatamente después comienza con sufrimientos gástricos y vómitos. No consulta médico y a los 8 meses, tiene un dolor agudo en epigastrio. Ve médico que diagnostica estado pre-perforativo; indica bolsa de hielo y régimen lácteo, que sigue durante 15 meses, al cabo de los cuales se perfora, siendo intervenido haciéndosele cierre simple de la úlcera.

A los 15 meses es gastrectomizado, pero nunca dejó de sufrir (acidez y dolores). A los 8 meses sufre una oclusión aguda que es operada a las 24 horas, efectuándosele una enteroanastomosis. Hace un absceso del Douglas que es drenado por vía rectal.

Antecedentes familiares. — Esposa sana. 4 hermanos (entre ellos una hermana con ptosis gástrica). Padre y madre muertos de cáncer gástrico.

Enfermedad actual. — Comienza hace 15 meses a raíz de la última intervención con dolor en la herida y con una tumefacción o más bien

una deformación a ese nivel. El dolor era y es continuo, pero se exacerba inmediatamente después de comer. La tumefacción aumenta con el esfuerzo y es en ese momento más dolorosa. Desde el comienzo parece haber aumentado de tamaño. Tránsito intestinal: sin alteraciones. Ha adelgazado 8 kilos últimamente (hace 15 meses). Apetito conservado.

Consideraciones (Dr. Otero). — Desde su última intervención, hace 15 meses, siguió sufriendo de un dolor persistente aunque no muy intenso situado en el H. izquierdo irradiado hacia el F. izquierdo. Atribuye al principio ese dolor a peritonitis plástica que provocase trastornos mecánicos de la neoboca. Le hice durante un tiempo vacuna antiptiógena y después intenté mejorarlo con los distintos tópicos aconsejados para úlcera (gelal, alulcol, etc.) y agregando a eso medicamentos antiespasmódicos. El enfermo me visitaba periódicamente y siempre se quejaba de su dolor a lo cual hay que agregar el hecho de que no se recuperaba completamente en su estado de nutrición y persistía por debajo de su peso. Pesaba 52 kilos en vez de 60 que era su peso normal. Podía trabajar pero su sufrimiento le impedía hacerlo en forma eficiente y tenía que mantener su hogar siendo un hombre joven y recién casado. Radiológicamente los informes sucesivos fueron siempre afirmando que la neoboca funcionaba perfectamente y que no había en ella ninguna lesión; el dolor señalado por el enfermo no correspondía a la neoboca sino que estaba situado lateralmente. Ultimamente consulté con el Prof. del Campo respecto a la conducta a seguir y me aconsejó de estudiar su tránsito intestinal para descartar la posible obstrucción por su antigua peritonitis pelviana y si eso estaba libre aconsejaba la intervención para curarlo de su eventración y al mismo tiempo aprovechar para explorarle la neoboca. Decidida la intervención, después de controlar un tránsito normal del intestino, fuimos a ella más bien con la idea de corregir radicalmente los defectos que pudiese haber en la neoboca y con la casi certidumbre clínica de que había allí algo que justificaba el sufrimiento persistente del enfermo y su falta de recuperación.

Intervención. — 18-XII-1947. Dr. Otero, Dr. Pereira, Pte. Belén. Raquianestesia con percaína (0.008 mlgr.) que resulta satisfactoria, con muy buen relajamiento muscular y que dura alrededor de tres horas. Resección de la cicatriz paramediana izquierda; se disecciona la piel y el tejido celular para liberar en una zona extensa la cara anterior de la vaina del recto. Se entra al vientre liberando adherencias que no son muy extensas y se examina la neo-boca comprobándose lo siguiente: No hay signos de úlcera péptica, no hay induración, ni retracción pero las ansas aferente y eferente están dilatadas con un aumento de alrededor de tres veces de su diámetro normal y esta dilatación se comprueba en toda la extensión desde la entero-anastomosis hasta la parte más alta implantada en la pequeña curva. Además existen ganglios netamente infartados en la zona de mesenterio correspondiente a dichas ansas y por otra parte todo el conjunto tiene un aspecto no sólo de distensión y de obstrucción sino

también de un estado inflamatorio relacionado. Se resuelve hacer la exeresis de las ansas y e la neoboca.

Sección del ansa aferente y del ansa eferente y sección del mesenterio correspondiente. Hemostasis del mesenterio, enteroenterostomía término-terminal con dos planos de sutura.

Previamente se habían liberado perfectamente las dos ansas y el estómago sobre el cual se habían hecho ligaduras para liberar la gran y la pequeña curva. Se seccionó luego el estómago a unos dos cms. de la neoboca y se realizó una nueva implantación de estómago en el yeyuno realizando una anastomosis término-lateral, parcial inferior, de pequeña a gran curva, precóica y que está situada más abajo que la enteroanastomosis realizada inicialmente.

Se cierra la pared abdominal en un plano con cat-gut cromado 1, con puntos en X Lino en la piel. Duración de la intervención 4 horas 15 minutos.

Pieza operatoria. — Constituida por el ansa aferente, el ansa eferente y unos 2 c., de collarete gástrico. Abierta la pieza según el eje de las ansas se ve que no hay ulcus péptico, ni lesiones de la mucosa intestinal. La mucosa gástrica está espesada, edematosa. La enteroenterostomía estaba en buenas condiciones, era amplia (unos 8 cm.) y no tenía nada patológico.

Post-operatorio. Evolucionó sin incidentes.

26-XII-1947. Ha seguido bien. Empieza a alimentarse.

12-I-1948. El paciente siguió siempre bien a partir del tercer día después de la operación y nunca tuvo ninguna dificultad funcional de la neoboca, ni tampoco ninguna perturbación del tránsito intestinal. En los últimos días se alimentaba de una manera bastante completa y había recuperado su estado general aunque todavía estaba muy desnutrido. La herida operatoria estaba casi completamente cerrada y sólo se había producido una zona de necrosis circular de unos 3 cms. de diámetro correspondiente a la antigua cicatriz de la incisión de Mayo en la zona que había sido decolada para curar la eventración. El enfermo manifiesta que no siente más su dolor tan molesto de H. izquierdo que persistía desde su última operación y que fué lo que nos llevó a revisar la neoboca y a extirparla, reconstituyendo una nueva.

Fué dado de alta en buenas condiciones funcionales. Está delgado, pero se siente bien.

Exámenes de laboratorio. — 14-XII-47. Orina: normal. Densidad 1030. Hemograma: G. R. 4.250.000; G. B. 6.400; Hb. 80; Vgl. 09; N. 68; E. 2; M. 8; L. 22.

13-XII-47. Urea: 0.45. Wassermann: negativo.

20-XII-47. Hematocrito: 47; Proteínas: 6 grs. 30; Hemograma: G. R. 3.630.000; Hb. 70; Vgl. 097; Hemograma: G. R. 3.530.000; G. B. 9.000; Hb. 76; Vgl. 1.07.

Octubre de 1949. — Hemos visto recientemente el enfermo que se

encuentra perfectamente, sin el menor trastorno, ni sufrimiento alguno. No se queja absolutamente de nada. Lo único que puede señalarse es que no ha recuperado completamente su peso.

Octubre de 1949. Estudio radiológico (Dr. Arias). — Funcionalidad buena. No se observan alteraciones intrínsecas, ni el segmento gástrico, ni en la ostomía.

En resumen: 1) Operado en 1944 por perforación de úlcera duodenal en historia anterior de dispepsia ulcerosa datando de unos dos años.

2) Gastrectomizado en noviembre de 1945 porque seguía sufriendo con dolores epigástricos bastante intensos y persistentes sin períodos de acalmia.

3) Reoperado en agosto de 1946 por una oclusión aguda del ansa aferente. Entre la 2ª y 3ª operación no se había sentido nunca completamente bien. Entero-anastomosis látero-lateral entre ansa aferente y eferente.

4) Regastrectomizado en diciembre de 1947 porque seguía sufriendo de un modo casi permanente desde su última operación. Desde entonces queda completamente bien y no sufre más de acidez, ni ninguna molestia digestiva. Trabaja regularmente en trabajo pesado (fábrica).

Las consideraciones que me sugiere el caso son las siguientes:

No hay duda alguna que el enfermo debió ser reoperado de urgencia por su oclusión aguda y que de otro modo probablemente se hubiese muerto. De modo que un primer hecho indudable es que frente a cuadros oclusivos graves debe intervenir sin demora. Probablemente se producen accidentes más o menos atenuados de obstrucción en algunos gastrectomizados que ceden a la dieta y evacuación gástrica. Pero cuando el cuadro persiste y es acompañado de estado serio de shock debe ser operado de extrema urgencia practicándosele una laparotomía supraumbilical y levantando el obstáculo cualquiera que él fuese.

Aquí conviene decir que los gastrectomizados por úlcera están sometidos a la posibilidad más o menos remota pero real de dos tipos por lo menos de accidentes dramáticos necesitando operación de urgencia, y ellos son la perforación de úlcera péptica y la oclusión aguda. El primero es inherente a la enfermedad misma que demuestra su rebeldía mientras que la oclusión es imputable a la operación en sí, y no se hubiese producido de no mediar ésta.

Aquí se podría estudiar cuáles son los elementos dentro de la técnica operatoria que pueden determinar luego una oclusión

aguda inmediata o lejana, estudio que tendría por objeto evitar estos accidentes mediante perfeccionamiento de los detalles técnicos. Se sabe que los grandes progresos de la cirugía gastroduodenal estriban precisamente en cuidar todos estos elementos con prolija precisión, y seguramente la alta mortalidad y morbilidad en los primeros tiempos de esta cirugía se debió predominantemente a la oclusión post-operatoria inmediata.

Pero nuestro caso demuestra un hecho particular y es que puede producirse una oclusión aguda alejada y existir un período de latencia más o menos largo entre la operación y el ileus agudo. O sea que se produce muy tardíamente una oclusión a pesar de que probablemente desde el primer momento existían las alteraciones patológicas o mecánicas que luego la determinan. En nuestro caso se menciona en el protocolo operatorio la existencia de una brida que distorsionaba el ansa aferente a su entrada al estómago. Pero, sin embargo, el intento de sección de esa sujeta brida determinó una herida operatoria del ansa que hubo que suturar. Por lo tanto puede pensarse que la oclusión fué sobre todo debida a una mala presentación del ansa para la sutura gastro-yeyunal en la operación inicial. O sea probablemente en parte a una angulación del ansa aferente hacia la zona suturada y sobre todo creo yo a una probable distorsión del ansa sobre su eje longitudinal.

El Prof. del Campo insiste siempre en este hecho fundamental de la presentación correcta del ansa yeyunal en relación al ángulo duodeno-yeyunal y a la línea de sutura. Por eso creemos que un detalle de técnica que tiene real valor es la colocación previa de 3 puntos de dirección sero-serosos para orientar el ansa bien simétricamente con relación al estómago. Cuando termina sus operaciones el Prof. del Campo hace siempre notar que el ansa "entra y sale bien" o sea que no está angulada en su segmento aferente que va desde el ángulo duodeno-yeyunal a la neoboca y que no está torcida sobre su eje longitudinal. Pensamos que en nuestro caso esta fué probablemente la causa real de la oclusión complicada en un determinado momento por elementos agregados de distensión que hicieron irreversible una situación que hasta ese momento había sido tolerada.

La única conducta lógica frente a esta situación era la entero-

anastomosis, látero lateral entre el ansa aferente y el ansa eferente que fué lo que hicimos con éxito completo desde el punto de vista de la complicación.

Debemos todavía agregar lo siguiente, que nos parece de gran importancia: el paciente había tenido un accidente serio en su post-operatorio inmediato, en la noche del primer día y en la mañana del segundo día. Este accidente había estado caracterizado por un vómito copioso durante la noche y por un estado alarmante de shock en la mañana del segundo día que nos había preocupado pensando en hemorragia lo cual fué negado por el laboratorio que dió lo siguiente en aquel momento: G.R. : 5.670.000; Hg. : 100 %; Vg. 0.90; Hematocrito : 58 %; Proteinemia : 5; o sea un síndrome de hemoconcentración con hipoproteinemia relativa.

Lo esencial es que aquel accidente severo en el postoperatorio inmediato se explica posiblemente a la luz de la complicación ulterior como debido a una oclusión del ansa aferente con dilatación del arco duodenal y retención bilio-pancreático. En nuestro caso existió un vómito, pero incluso podría no haber existido en una oclusión duodenal cerrada y estar ésta caracterizada sólo por el shock. En ese caso probablemente una radiografía simple de urgencia hubiera aclarado el diagnóstico.

Agreguemos todavía que el paciente nunca se sintió completamente bien durante los meses transcurridos entre la operación y el accidente agudo, denunciando tal vez la persistencia de un defecto mecánico.

Lo que antecede termina sólo la etapa aguda del proceso, porque el paciente no quedó totalmente curado y siguió sufriendo de dolores y acidez a partir de su alta, que tuvo lugar a los dos meses más o menos de su tercera intervención.

Lo seguimos viendo periódicamente, porque el paciente consultaba con bastante frecuencia debido a sus sufrimientos, que eran bastante marcados. A pesar del tratamiento médico bien llevado, con régimen y los diversos medicamentos adecuados, el paciente seguía sufriendo sin alivio y su mejoría era muy relativa.

Radiológicamente, los informes sucesivos fueron siempre

afirmando que la neo-boca funcionaba perfectamente y que no había en ella ninguna lesión; el dolor, señalado por el enfermo no correspondía a la neo-boca sino que estaba situado lateralmente.

Al cabo de 15 meses de diversos ensayos terapéuticos infructuosos decidimos reintervenirlo, a pedido del propio enfermo, que es un hombre joven y quería curarse, y basados en la rebeldía de sus sufrimientos, que nos autorizaba a pensar que algo no marchaba bien en la neo-boca a pesar de los informes siempre satisfactorios del radiólogo.

Por lo tanto lo sometimos a la cuarta intervención, encontrando las alteraciones descritas en la historia y que transcribimos aquí.

“No hay signos de úlcera péptica, no hay induración, ni retracción pero las ansas aferente y eferente están dilatadas con un aumento de alrededor de tres veces de su diámetro normal y esta dilatación se comprueba en toda la extensión, desde la entero-anastomosis hasta la parte más alta implantada en la pequeña curva. Además existen ganglios netamente infartados en la zona de mesenterio correspondiente a dichas ansas y por otra parte todo el conjunto tiene un aspecto no sólo de distensión y de obstrucción sino también de un estado inflamatorio relacionado. Se resuelve hacer la exeresis de las ansas y de la neo-boca.”

Nótese que no había úlcus péptico ni tampoco una causa neta de obstrucción mecánica con disminución de calibre o acodamiento. Pero todo el conjunto del ansa aferente y eferente hasta el nivel y algo por debajo de la entero-anastomosis era netamente patológico con dilatación y espesamiento que denunciaban su mal funcionamiento y con adenopatías mesentéricas regionales sumamente netas, del tamaño de avellanas, con los caracteres habituales en los procesos ulcerosos.

Y yo quiero detenerme aquí por un momento en la importancia que le atribuyo a las adenopatías como testimonio de gastritis y duodenitis en las úlceras gastro-duodenales, adenopatías que nunca faltan, que pueden ser más o menos marcadas según la etapa de agudeza o no del proceso ulceroso, de encendimiento o no del proceso. Pero este testimonio de la adenopatía es tan fiel, que cuando las palpamos en los mesos ya estamos casi se-

guros de que tiene que existir el proceso ulceroso que les dá origen; o mejor dicho, el proceso de gastro-duodenitis que está en la base de la enfermedad y del cual las úlceras no son más que la manifestación macroscópica más importante.

Por lo tanto, el conjunto patológico que hemos descripto asociado a los sufrimientos persistentes del enfermo, nos autorizaba a pensar que esa era la causa del trastorno y que para curarlo radicalmente debíamos resecaer ese conjunto patológico y hacer una nueva neo-boca, fresca y perfecta como sólo podría quedarnos una vez resecaado todo lo anormal y no por maniobras de remiendo.

Así, pues, resecamos toda el ansa anastomosada hasta por debajo de la entero-anastomosis y con las adenopatías comprendidas así como unos cms. de estómago. Hicimos luego una entero-anastomosis término terminal y gastro-yeyunostomía precólica, de pequeña a gran curva, parcial inferior.

REVISION:

Hemos visto de nuevo este paciente hoy 6 de setiembre de 1949 y se encuentra perfectamente bien desde su última intervención, sin ningún dolor, ni acidez. Su eventración está completamente curada. Trabaja todos los días sin faltar y come practicamente de todo sin que nada le haga mal. Sólo le falta recuperar completamente su peso.

CONSIDERACIONES FINALES:

El accidente agudo sobrevino en un gastrectomizado que no había quedado nunca completamente bien y que siguió sufriendo después de la entero-anastomosis hasta la regastrectomía, que lo curó definitivamente. Por lo cual pensamos que existió desde el principio un trastorno mecánico de la neo-boca que se denunció por un accidente agudo dramático y que sólo curó por procedimientos radicales.

Es posible que en otros enfermos gastrectomizados puedan existir trastornos de evacuación que se manifiestan clínicamente por sufrimientos marcados, sin que el estudio radiológico pueda revelarlos. Por lo tanto se debe plantear la posibilidad de una

reintervención en todo gastrectomizado que sufre de un modo irreversible y después de haber hecho tratamiento médico prolongado bien hecho y después de haber eliminado otras causas extra gástricas de sufrimientos.

Si en la intervención se encuentran alteraciones evidentes del ansa anastomosada con adenopatías satélites, la conducta deberá ser la nueva resección, que es la única manera de obtener una nueva neo-boca en perfectas condiciones.

