

SUMARIO

Invaginación intestinal en el adulto — por el Dr. D. Prat.

Artritis tuberculosa de la rodilla e infección secundaria — por el Dr. Bado.

Coagulación de un tumor mixto de la región sacrococcigea. — Extirpación con el cuchillo de diatermo. — por el Dr. Carlos Stajano.

Presentado en la Sesión del 14 de Mayo de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

✓ *Invaginación intestinal en el adulto*

Por el Dr. D. PRAT

La invaginación intestinal en el adulto, constituye un proceso anatomo - patológico, exactamente similar o semejante al del lactante, tiene o puede tener corrientemente una evolución muy distinta a la del primero, de aquí que la invaginación del adulto tenga características especiales que le dan autonomía e independencia clínicas, que justifican su estudio independientemente de la del niño.

La invaginación del lactante y aun la del niño, se caracterizan por ser una hernia del intestino que se estrangula tan pronto está constituida la invaginación y se manifiesta con síntomas de extrema gravedad, mientras que en el adulto si bien puede haber estrangulamiento desde su origen, generalmente esa invaginación tiene una marcha subaguda o crónica, que diferencia fundamentalmente, en estos casos, el síndrome clínico del lactante y del adulto.

La frecuencia de la invaginación intestinal en el adulto es mucho menor que la del lactante y seguramente inferior a la del niño, aunque parece ser que esa relativa rareza en el adulto, no es tan evidente ahora como antes. Así se explica que Geullette haya reunido más de cien casos en su tesis del año 1925, y que en las Sociedades científicas se hayan presentado varias decenas de casos en los últimos tres años.

He aquí la historia de un caso de invaginación aguda ileal de nuestra práctica personal.

Invaginación aguda ileal simple. Resección del asa invaginada. Fallecimiento

R. F. de C., de 72 años de edad, la vemos en consulta con nuestro colega y amigo Raffo, por una afección aguda del vientre. Hace tres o cuatro días que siente trastornos intestinales acompañados de dolores en el vientre y vómitos. Ha sido vista por nuestro colega que le indicó dieta, tónicos cardíacos y hielo al vientre. Al examen constatamos un vien-

tre balonado sin reacción peritoneal, pero sensible en partes a la palpación. No se constata ninguna tumoración al examen. Ha tenido vómitos y continúa aun con ellos, vomitando todo lo que toma. Desde que se enfermó, no ha tenido ninguna deposición, ni tampoco eliminación de gases, ni ninguna otra eliminación patológica. El tacto rectal da un recto libre sin encontrarse nada anormal.

Temperatura 36 1/5. Pulso rápido y chico. 110 pulsaciones. Estado general malo, muy intoxicado con tendencia al enfriamiento.

En presencia de este cuadro clínico hacemos el diagnóstico de oclusión intestinal, sin especificar la causa, e indicamos la operación inmediata que es aceptada.

Tonificación de la enferma, suero, cafeína y aceite alcanforado. Lavaje gástrico.

Operación. Prat. e Iraola. Anestesia raquídea a la novocaína 0 gr. 08, complementada con anestesia local a la novocaína al 1/2 %. Celiotomía mediana infraumbilical. Encontramos las asas delgadas distendidas y llenas de líquido. Encontramos enseguida la causa de la oclusión que es una gruesa tumefacción del ileon, constituida por una invaginación de esa porción del intestino. El intestino que corresponde a la invaginación o sea la vaina, está negro y esfacelado, sin reaccionar al agua caliente, en una palabra, ese intestino está ya esfacelado y el mesenterio correspondiente está trombosado. Realizamos una resección en cuña del tumor que comprende también el mesenterio y enseguida establecemos la continuidad intestinal con una anastomosis término lateral **dejando el cabo proximal exteriorizado en la parte superior de la herida, como ano contra natura que nos servirá de drenaje.** Cierre de la pared en tres planos. Tonocardíacos, suero simple y glucosado.

La enferma muy deprimida e intoxicada, no pudo resistir el shock de esta operación y falleció a la mañana siguiente.

El examen de la pieza de invaginación, nos demostró que la lesión estaba a 1 1/2 o dos metros del ciego. Tenía tres cilindros de invaginación con la mucosa completamente esfacelada sin ninguna tumefacción o neoformación que explicara la causa del proceso. No había sangre colectada en la luz intestinal, y en ningún momento de su sintomatología hubo hemorragia intestinal.

Como vemos, se trataba de un caso típico de invaginación aguda, que no presentó tumoración ni deposición hemorrágica.

En nuestra práctica profesional hemos tenido ocasión de ser consultados por un enfermo cuyo diagnóstico retrospectivo creemos no pueda ser sino una invaginación intestinal crónica reducida espontáneamente.

He aquí esa interesante observación.

Invaginación intestinal crónica. Reducción espontánea. Curación

R. A. S. Est. de 22 años de edad uruguayo, procedente de San José viene a consultarnos para saber si tiene que operarse de apendicitis, diagnóstico que se le ha hecho en campaña. Siempre sano hasta ahora y sin antecedentes patológicos, hace un mes y medio (Febrero de 1930), tuvo fuertes dolores de vientre en forma de calambres y ruidos intestinales. Deja de comer sus alimentos habituales y toma sólo sopas de harinas, caldo, etc. Su intestino funcionaba regularmente, deposiciones blandas, pero no con la regularidad habitual.

La eliminación de gases le aliviaban sus dolores intestinales. El enfermo no hace cama. Tres días después de la iniciación de los dolores, estos se hacen más agudos, con preferencia predominaban en la región umbilical. Deposición normal. No tiene fiebre, ni vómitos. Consulta un médico que piensa en apendicitis. Las molestias se han hecho más marcadas ahora del lado derecho del vientre donde experimenta una pesadez pronunciada. Se le indica cama y dieta. Al día siguiente siente un dolor más intenso en la fosa ilíaca derecha y el mismo enfermo se encuentra un bulto en esa región, del tamaño del pulgar. El diagnóstico de apendicitis se hace entonces al firme; sin embargo, el enfermo hace notar que no tenía ni fiebre, ni vómitos y que iba de cuerpo todos los días.

Se le ordena cama, dieta y hielo al vientre, tratamiento que el enfermo realiza muy irregularmente, al punto de no haber hecho cama durante 24 horas consecutivas.

Queda siete días en estas condiciones, manifestándose los dolores por crisis intestinales dolorosas que terminaban en la fosa ilíaca derecha, que al decir del enfermo era en el bulto que él se palpaba.

En los primeros días de Marzo, después de haber mejorado bastante, reaparecen los dolores. En auto va a consultar a su médico y esa misma noche tuvo una hemorragia intestinal de sangre bien roja, habiendo eliminado alrededor de medio litro. En el momento de producirse la hemorragia, el enfermo constató todavía la presencia del bulto en el vientre que después desapareció. Estado nauseoso. A las cinco o seis horas de la hemorragia siente gran alivio, se mejora y cena bien.

Ahora no siente nada y también es negativo el examen, pero como le han propuesto la extirpación de su apéndice viene a consultarnos por eso.

Radioscopia hecha por el Laboratorio Barcia, establece: Buen relleno del ciego y colon sin otra particularidad que una hipertonia muy acentuada. Ciego bien, móvil quizá demasiado, pero que es sensible a la palpación. Persiste la sensibilidad en la fosa ilíaca derecha aunque el ciego esté desplazado a distancia. El apéndice no se ha visto, pero el punto a que corresponde no es doloroso.

Esta historia nos parece bien típica de invaginación intestinal crónica donde se destacan los dos síntomas culminantes; el tumor abdominal en cilindro intestinal y la hemorragia intestinal. Para completar el cuadro sólo faltó el vómito, que si hubiese sido fecaloideo seguramente hubiera precipitado el acto operatorio.

Nuestro diagnóstico es retrospectivo y aunque no tuvimos ocasión de ser actores durante la evolución del cuadro clínico, creemos que no es aventurado, por el contrario muy posible o seguro, que este enfermo haya tenido una invaginación crónica reducida espontáneamente en el momento de la hemorragia.

El tratamiento de elección de la I. del adulto debe ser la intervención quirúrgica, — descartando o dejando de lado se sobreentiende, las posibles y problemáticas reducciones por la maniobra del lavaje opaco intestinal, hasta tanto no tengamos una seguridad mayor en los resultados de este tratamiento médico.

La anestesia a emplear dependerá del estado general del enfermo, que si es bueno y floreciente no hay inconveniente en usar la anestesia general y la local en los casos ya graves e intoxicados. La anestesia raquídea podrá también prestarnos buenos servicios como en el caso que la empleamos nosotros.

La incisión operatoria conviene generalmente la celiotomía mediana, que es la incisión universal de exploración, habitualmente infra umbilical.

Cuando palpemos el cilindro de invaginación lateralizado, nos convenirá más una incisión paramediana, aunque con la mediana las cosas pueden también hacerse correctamente.

Una vez encontrada la invaginación y estudiadas todas sus características, se tratará de exteriorizar la lesión, bien protegida por compresas y se iniciará la **desinvaginación**.

La desinvaginación es una maniobra excelente y benigna que debe ensayarse en todos los casos, salvo cuando hay esfacelo o perforación de la vaina. Es clásico y archisabido que esta desinvaginación debe hacerse **por expresión y no por tracción**. Casi siempre se obtiene éxito con esta maniobra, salvo en los casos en que hay **adherencias organizadas** entre el cilindro interno y el medio, para lo cual se aconseja introducir suavemente el dedo índice en el cuello de la I. y desprender circularmente estas adherencias. Obtenida la desinvaginación, se explorará cuidadosamente esa asa y si está anemiada se tratará con compresas embebidas en suero caliente, hasta que el intestino recobre sus condiciones normales. Se investigará enseguida si no hay tumor o neoformación que haya sido causa de la I. y observar si el asa no tiene tendencia a repetir la invaginación, para fijarla en caso necesario.

Algunos indican esta fijación como una maniobra técnica necesaria y la preconizan y realizan sistemáticamente.

Si la desinvaginación no fuera posible, entonces habrá que recurrir a un acto operatorio más serio y complejo, pero estudiando previamente las resistencias del enfermo, para saber si se puede continuar la intervención o si por el contrario, debemos terminarla rápidamente con un ano contra natura o mejor aún, con una enterostomía de Witzel.

Las operaciones posibles o practicables en caso de imposibilidad de la desinvaginación son:

La extirpación simple del cilindro de invaginación.

La enterectomía o resección del asa invaginada.

La entero-anastómosis con o sin exclusión.

La extirpación simple del cilindro de invaginación no se usa casi hoy día, prefiriéndose más bien la resección. Consiste en hacer la sutura serosa del cuello, incidir longitudinalmente la vaina y a través de esta brecha resecar el cilindro de invaginación con sutura total a nivel del cuello y hemostasis del mesenterio. Sutura de la incisión de la vaina.

Esta técnica operatoria se ha ido dejando porque tiene varios inconvenientes. Ante todo es una operación séptica, pues el cirujano tiene que abrir la luz intestinal en pleno campo operatorio y realizar la resección del cilindro de invaginación y practicar suturas en un terreno sumamente séptico. Estas suturas, por lo mismo que se practican en tejidos inflamados y en malas condiciones, sus resultados son muy dudosos, siendo también dudosa o insegura, la hemostasis que se hace del mesenterio. Todo esto ha contribuido a que el tratamiento de la invaginación intestinal por la resección del cilindro de invaginación a través de una incisión de su vaina (Mannsell), fuera casi abandonado y sustituido por el método mucho más aséptico y seguro de la enterectomía que posiblemente no es más grave que el anterior.

Si bien estamos de acuerdo en que el procedimiento de la resección del cilindro de invaginación es un método operatorio deficiente y peligroso y que está justificado el abandono en que lo han dejado los cirujanos; a pesar de todo esto, creemos que su práctica con la modificación que se expresa a continuación, en ciertos casos puede tener una indicación precisa, y que su empleo puede aminorar notablemente la importancia del acto operatorio.

Ricard, en 1929, presentó a la Sociedad de Cirujía de Lyon, un caso de invaginación ileo cólica sub-aguda en un niño de 9 años. El anillo de invaginación estaba en el ileón a treinta centímetros de la válvula de Bauhin intacta y la cabeza de la invaginación llegaba al colon ascendente. Tentó la desinvaginación inútilmente y entonces la única solución que le quedaba era realizar una enterectomía ileo cólica, que comprendiera, desde unos 40 centímetros antes del ángulo ileo cecal, hasta casi el ángulo derecho del colon. Es innecesario hacer destacar la importancia y la gravedad de esta operación. Ricard se dió bien cuenta de esto y para evitar una enterecto-

mia ileo-cólica tan amplia, hizo lo siguiente: Hizo una enterotomía de unos 10 centímetros a la derecha del anillo de invaginación, por esta brecha redujo y exteriorizó el cilindro ileal invaginado ya esfacelado, que media unos 60 centímetros y que extirpó, a continuación reseco por enterectomía unos 15 centímetros del delgado comprendiendo el anillo de invaginación y toda la brecha de la enterotomía. Hizo en seguida una anastomosis término terminal por botón.

Con esta técnica pudo Ricard salir airoso en su delicado trance, pues el enfermito curó perfectamente, con sólo hacer una resección de 75 centímetros de ileón cuando parecía estar fatalmente indicada una amplia extirpación ileo-cólica; mucho más cruenta y grave.

Como vemos, pues, la práctica de reducir y extirpar el cilindro de invaginación por una enterotomía previa, puede constituir a veces una excelente solución para el cirujano, permitiéndole hacer una operación de extirpación mínima de intestino, cuando los hechos parecen indicar una enterectomía amplia y grave.

Dijimos que actualmente en la invaginación se usa más bien la resección del asa, cuando el estado general del enfermo lo permite. Se extirpa el asa intestinal comprendiendo el cilindro de invaginación y el mesenterio correspondiente. La resección suele ser a veces muy amplia, aunque la invaginación sea aparentemente chica, de aquí la gravedad de este método operatorio.

La continuidad del intestino se obtiene con una anastomosis término terminal, látero-lateral, o término lateral, según los casos y las circunstancias.

La enterectomía o resección constituye una operación seria y grave cuya mortalidad oscila según los autores entre 66 a 80 %.

En nuestro caso personal que concluyó por la muerte, hicimos un método especial de anastomosis, que al establecer la continuidad del intestino, establecía de paso el drenaje o derivación intestinal que tan necesario era por el estado de avanzada toxemia que presentaba la enferma.

Después de practicar la resección intestinal, hicimos una anastomosis término lateral del cabo eferente en el aferente y se dejó la terminación del asa aferente exteriorizada con un tubo de Paul para que realizara la derivación.

Desgraciadamente la enferma estaba ya muy intoxicada y falleció horas después sin permitirnos comprobar las ventajas de esta técnica operatoria.

Las anastomosis de derivación interna dejando intacta la invaginación, están como es lógico, completamente en desuso, pues el avance de las lesiones de esfacelo por la continuidad del estrangulamiento, harían inútil todo tratamiento que no sea radical con respecto a la supresión de

la invaginación. A lo sumo, en caso muy urgente y grave, se podía hacer la anastómosis de derivación y dejar exteriorizada el asa invaginada, hasta mejoría del enfermo, momento esperado para que nos permita realizar un tratamiento más completo en un segundo tiempo.

En suma, la cirugía de la invaginación del adulto, será siempre delicada y seria, cirugía que pondrá a prueba la pericia del cirujano y sus condiciones de clínico, pues lo obliga a graduar muy bien las resistencias del enfermo y a realizar operaciones de acuerdo con indicaciones precisas y terminantes.

Dr. Albo. — Sólo he visto dos casos y los dos del tipo ileocecal. El primero hace muchos años. Abrí el vientre sin diagnóstico y me encontré con un cilindro de invaginación del ileon en el ciego, hice una resección extracecal del budín de invaginación. La enferma murió. Hace consideraciones sobre la imprecisión de las causas de muerte.

El segundo es curioso por la coincidencia: lo opero por hernia inguinal extrangulada y le hago cura radical; al cabo de 3 o 4 días hace fiebre y un tumor apareció en la F. I. D. Supuse apendicitis e hice tratamiento médico. Con gran sorpresa mía, constato que el enfermo elimina al cabo de unos días el budín de invaginación. Creí que todo había desaparecido teniendo en cuenta la buena permeabilidad intestinal. El enfermo murió, sin embargo, sin intervención.

Traigo estos dos casos a consideración de los colegas porque creo que en nuestro país es muy rara la invaginación intestinal en el adulto.

Dr. Stajano. — En los 14 o 15 años que actúo no he tenido ninguno personal. Conozco un caso, que ví con el Dr. Pouey. Se trataba de una señora de 56 años de edad que vemos como un cuadro agudo de vientre, de dos días de evolución, sin diagnóstico claro, que tuvo, estando en el servicio; tenía djarreas intensísimas. Una mañana tuvo una hemorragia intestinal de sangre negruzca que hizo sospechar la invaginación. El doctor Pouey la opera y se encuentra con una invaginación intestinal tan alta, que la cabeza del cilindro llegaba hasta el ángulo derecho del colon. Las maniobras de reducción fueron ineficaces, se hizo entonces una termi colectomía derecha con ileotransversotomía. La enferma murió a las 48 horas.

Dr. Ugón. — Yo había presentado a la Sociedad de Cirugía, el año pasado, tres casos. Uno: invaginación por mioma del intestino delgado. Otro de un enfermo que había sido considerado como una tuberculosis peritoneo-intestinal. El tercer caso se refiere a un enfermo con un cuadro agudo de 24 horas con un tumor en la F. I. D., tumoración muy precoz para corresponder a una apendicitis aguda. Se opera bajo anestesia raquídea, ésta permite palpar el budín (se hace diagnóstico) y constatar paroxismos en la dureza del tumor. Se trataba de una invaginación ileocecolica que se reducía fácilmente, pero que se reproducía bajo nuestra vista. Se fija el colon derecho excesivamente móvil y agregué cecopexia. Hice de estos unos tres años y he vuelto a ver al enfermo que está muy bien.

Dr. Nario. — Yo también he presentado ya dos casos de invaginación intestinal en el adulto. Uno era un síndrome crónico con paroxismo y con un tumor palpable en la F. I. D., se hizo el diagnóstico que fué confirmado durante la operación. Se hace cecopexia, cecoplicatura y fijación del delgado. No tengo datos sobre la evolución posterior del enfermo. El segundo caso se trataba de un cuadro agudo de dolor y defensa en la fosa iliaca derecha, sin hemorragia, como si el proceso isquémico hubiere sido tan agudo, que lo evitará. Incisión sobre la fosa iliaca derecha. ¿Qué indicación

¿conviene seguir? Se trataba de una invaginación ileoleocólica. Conseguí desinvaginar la ileocecal, pero la ileocecal era irreductible. Resequé e hice anastomosis latero-lateral. Seis días después bruscamente la enferma se puso mal y murió. En la autopsia la sutura había fallado y provocado peritonitis. Otra vez que tenga que tratar una invaginación con resección, pensaré mucho lo que haré. La nutrición de la última ansa ileal es muy deficiente y nos debe hacer desconfiados. Me parece que la conducta a seguir es la de hacer una anastomosis ileocólica, término-lateral dejando fistulizado el ciego.

Existen grandes dudas respecto a la técnica operatoria a seguir.

Dr. Prat. — Agradece a los colegas el aporte de sus casos ya que contribuyen para construir la bibliografía, ya que piensa continuar el estudio de la invaginación intestinal en el adulto.

Presentado en la sesión del 14 de Mayo de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

✓ *Artritis tuberculosa de la rodilla e infección secundaria*

Por el Dr. BADO

Observaciones de la Clínica Quirúrgica del Prof. L. Mérola

Aun cuando el origen de esta comunicación está en el estudio de un caso de infección secundaria en una artritis tuberculosa de la rodilla, su interés real, si es que tiene alguno, creo se encuentra en su tratamiento, que desborda el caso particular y alcanza hasta abarcar la mayor parte de los casos donde una infección aguda supurada ataque a la articulación de la rodilla. En efecto, sugerido a Ducuing en 1916, cuando las heridas infectadas articulares y en especial de la rodilla, sembraban la desesperanza entre los cirujanos, el método es empleado por nosotros ahora en dos oportunidades nacidas de situaciones absolutamente distintas y con tal resultado que nos alienta a distraer por un momento la atención de Uds.

La primera observación se refiere a una enferma B. R. D. de 18 años años que ingresa al servicio de Mujeres del Prof. Mérola, el 29 de Agosto de 1929 con un estado general grave, temperatura 40.º pulso 140, fascies de intoxicación profunda y una actitud fija de su miembro inferior izquierdo. El menor movimiento de la cama le provocaba un dolor terrible a nivel de la articulación de la rodilla que se presentaba tumefacta, piel enrojecida y sobre la cara anterior, a nivel del platillo interno de la tibia se veía una ulceración de tamaño de una moneda de 0.20, de coloración violácea, átona a bordes decolados y en cuyo fondo un pequeño orificio permitía la salida de pus espontáneamente. El muslo flexionado, sobre la pelvis y en rotación interna y la pierna flexionada sobre el muslo formando un ángulo de 55.º la fijaban en una actitud de la que salía sólo para impe-