

LA EXPLORACION OPERATORIA DE LA TERCERA PORCION DEL DUODENO (*)

Dr. Abel Chifflet

La exploración operatoria defectuosa de la tercera porción del duodeno deja a veces sin confirmar y por lo tanto sin tratar, afecciones de este sector, tales como divertículos o estenosis. El buen conocimiento de la anatomía es indispensable para llevar a buen término la operación, en forma segura y metódica.

La tercera porción del duodeno, dice Mérola, está metida en una logia celulosa, dentro de la cual se moviliza fácilmente. Por delante, la pared de la logia duodenal está constituida por el meso del colon ascendente, transformado en el adulto, en peritoneo posterior de la logia mesenterocólica derecha.

La exploración visual o la palpación al través de este meso, no permite tener conocimiento ni siquiera aproximado sobre el estado del duodeno.

Seccionando el meso en dirección horizontal entramos en la logia del duodeno. Hay que evitar heridas vasculares del meso, recordando que la arteria íleocecocólica nace subduodenal y que la arteria del ángulo hepático nace supraduodenal. La incisión hacia la derecha llega hasta el ángulo 2-3 del duodeno. Hacia la izquierda se presenta el pedículo mesentérico, que no es obstáculo, porque la logia celulosa duodenal se continúa por detrás del pedículo. Es fácil pasar hacia la izquierda siguiendo el espacio celuloso o venir desde el ángulo 3-4 del duodeno por las maniobras de desinserción del mesenterio de Mérola.

Descubierta la cara anterior del duodeno, sólo podemos ver esa cara. Es que el intestino no está libre en su logia. De su

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el 10 de octubre de 1951; Sesión de homenaje al Prof. Lorenzo Mérola.

borde inferior se desprende una lámina resistente, que se dirige hacia el promontorio, dispuesta frontalmente por delante de la vena cava. Esta lámina, adherente al duodeno, frena el desarrollo hacia adelante en caso de dilatación duodenal, la cual se hace exclusiva o predominantemente a expensas de la cara posterior.

Para continuar con la exploración del duodeno es necesario seccionar esta lámina horizontalmente, a lo largo del borde libre del duodeno. Esta lámina subduodenal es avascular. Sobre su significado embriológico no vamos a entrar. La dejamos por detrás cuando en el curso de la íleo-colectomía desprendemos el meso; la debemos dejar por delante, con el mesenterio, cuando actuamos sobre la vena cava.

Seccionando el peritoneo y seccionada la lámina subduodenal entramos en un ambiente laxo que permite recorrer la cara posterior de la tercera porción del duodeno. Estamos en una logia celulosa que responde al flanco derecho de la columna y en relación con la porción pedicular de la logia renal derecha. El levantamiento del borde inferior del duodeno permite, recién ahora, tener a nuestra disposición su cara posterior y poder iniciar la exploración del borde superior, de contacto duodeno-pancreático.

Los divertículos de la tercera porción del duodeno, situados habitualmente en el borde superior, pueden no ser reconocidos si no se hace la exploración regular y metódica a que nos referimos. En un enfermo del Dr. Muñoz Monteavaro, el divertículo emergente por el borde superior del duodeno, se aplicaba en la cara posterior del páncreas. Su reconocimiento y su exéresis fueron posibles en forma sencilla, después de haber recorrido todas las etapas de la exploración.

En los casos de gran dilatación del duodeno por obstáculo en la región del pedículo mesentérico, la dilatación se hace a expensas de la cara posterior del duodeno, libre hacia el retroperitoneo. El reconocimiento de la bolsa es sólo posible después de seccionar la lámina subduodenal y entrar en la logia retroduodenal. En nuestro último caso, el diagnóstico clínico y radiológico hecho por los Dres. Gutiérrez Blanco y Zubiaurre, no fué confirmado mientras no terminamos la maniobra de liberación duodenal. Aprovechamos la abertura del duodeno en el curso de

la duodeno-yeyunostomía para hacer su exploración interior. Se reconoció así una gran bolsa aplicada sobre el flanco derecho de la columna. Comunicaba hacia la izquierda con el duodeno siguiente por un pequeño intersticio retromesentérico situado en posición excéntrica con relación a la bolsa.

El tratamiento lógico de esta afección es la duodeno-yeyunostomía. Algunas veces no se obtiene una curación total. Creemos que se debe a defectos de técnica operatoria. La anastomosis sobre la cara anterior de un duodeno fijado por la lámina subduodenal intacta, es una derivación que deja persistir la bolsa posterior. Es fundamental la sección total de la lámina, dando regularidad y movilidad al duodeno, para poder realizar la anastomosis en punto favorable para su vaciado. Es útil además disminuir la bolsa posterior suturando la cara posterior del duodeno a la lámina subduodenal y al peritoneo.