

CUADRO AGUDO DE VIENTRE PROVOCADO POR INYECCION DE SUBSTANCIA ESCLEROSANTE (*)

Dres. Oscar Guglielmone y Federico Latourrette

En la noche del 19 de junio de 1952, ingresa al Hospital Maciel un hombre de 74 años de edad, presentando un cuadro agudo de vientre.

Interrogado sobre su enfermedad nos relata la siguiente historia.

Siendo portador de una recidiva herniaria inguinal derecha desde hacía dos años, fué sometido a un tratamiento con inyecciones esclerosantes, por un médico que realiza tales tratamientos en las hernias.

Las cuatro primeras inyecciones no le provocaron ninguna molestia; la última realizada 24 horas antes de su ingreso, le provocó inmediatamente de inyectado el líquido, un dolor agudísimo en la zona de la inyección, que le obliga a doblarse y lo inmoviliza. Pocas horas después, el dolor difunde a todo el vientre predominando en fosa ilíaca derecha y región umbilical y conjuntamente con este dolor, nota distensión progresiva de su vientre. No tiene vómitos, ni náuseas, pero desde entonces no expulsó más gases ni materias; no tuvo trastornos urinarios, ni fiebre.

Este cuadro persiste sin variantes durante todo el día siguiente a la inyección. Por la noche consulta médico quien lo envía al hospital.

Como antecedentes personales nos informa que es un diabético y que no está en tratamiento en el momento actual; que hace dos años tuvo un cuadro catalogado de infarto de miocardio, y que, meses antes había sido operado de una hernia inguinal

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 1º de setiembre de 1952.

derecha, que poco tiempo después recidivó y que fué el motivo del tratamiento con inyecciones esclerosantes.

El examen clínico al ingresar nos muestra un hombre en buen estado de nutrición, algo deshidratado, con fascies de sufrimiento, apirético, pulso 112, presión arterial 17/9; abdomen distendido, con inmovilidad respiratoria, doloroso con los golpes de tos y la respiración profunda; timpánico y cuya palpación despierta dolor en todos sus sectores, pero predominando en el cuadrante inferior derecho; dolor también a la decompresión.

El tacto rectal revela un Douglas sensible, pero al parecer no ocupado. La región inguinal es igualmente dolorosa; el cordón y los testículos no presentan caracteres patológicos.

Una placa simple de pie, tomada en su ingreso nos muestra ansas delgadas dilatadas, algunos niveles líquidos y discreto exudado peritoneal.

Se trata de un íleo intestinal provocado seguramente por la introducción en la cavidad peritoneal de un líquido irritante. Se plantea la posibilidad de intervenir, pero dado que se trata de un hombre de 74 años, diabético, descompensado (según análisis de orina realizados esa noche) con el antecedente de un infarto de miocardio, hipertendido y sobre todo, porque el cuadro oclusivo no es de mayor entidad y la repercusión general es escasa, se resuelve esperar vigilándolo cuidadosamente e indicándosele sueros, antibióticos, bolsa de hielo, dieta absoluta. No se le coloca sonda de Muller Abot o Cantor por carecer de ellas. Al día siguiente persiste el mismo cuadro aunque algo más distendido el abdomen y febril. Se le coloca sonda de Cantor y por la tarde mejora algo, está menos balonado y al día siguiente ya expulsa gases, desciende la temperatura, el vientre está poco distendido y el dolor persiste sobre todo en el cuadrante inferior derecho, pero francamente disminuido. Mejora día a día se restablece la dinámica intestinal, el dolor desaparece, al cuarto se retira sonda de Cantor y corregida su diabetes es dado de alta a los 9 días de su ingreso.

En presencia de este caso clínico, y a propósito del mismo hemos revisado la literatura y bibliografía pertinente, encontrando que ella es extensa, estando en su mayoría constituida por la publicación de casos de complicaciones y secuelas que origina la

aplicación del método de inyecciones esclerosantes, para el tratamiento de las hernias.

Indicación.

En los estudios realizados en Estados Unidos, se llega a la conclusión de que el método citado está indicado exclusivamente en aquellos casos de **tumoración herniaria pequeña, de corta evolución, en sujetos jóvenes y con buena musculatura parietal**. Todas las otras variedades de hernia no son pasibles del tratamiento esclerosante.

Resultados.

Del estudio estadístico de grandes series de personas tratadas por dicho método, se extrae —y los autores son categóricos en la afirmación— que la **RECIDIVA** es vecina al 100 % en lapsos variables entre pocos meses, a un año o año y medio, como máximo.

Complicaciones.

Dentro de las muy numerosas complicaciones que la aplicación del método puede ocasionar y que certifican las publicaciones, aisladas o de conjunto, citaremos aquellas que por su importancia y frecuencia hacen a este procedimiento lo suficientemente peligroso como para ser contraindicado en forma sistemática.

- 1) Dolores intensísimos locales o irradiados.
- 2) Gangrenas.
- 3) Induración del cordón espermático, simple o con atrofia testicular.
- 4) Peritonitis localizada o generalizada.
- 5) Escaras regionales cuando el líquido es inyectado en el tejido celular subcutáneo.
- 6) Muerte por perforación intestinal con aguja.
- 7) Muerte por peritonitis a causa del pasaje del líquido al peritoneo.
- 8) Muerte por oclusión intestinal secundaria a las adherencias peritoneales resultantes del pasaje del líquido esclerosante a la cavidad peritoneal.

- 9) Estrangulación intestinal.
- 10) Fístulas estercoráceas.
- 11) Trombosis venosa.
- 12) Abscesos perirrectales.

De la lectura y meditación de dichas complicaciones se deduce fácil la peligrosidad del método, si le agregamos su limitada indicación sus precarios resultados y la fibrosis local que produce en la zona inyectada, en aquellos casos recidivados que deben ser luego operados, y que alteran los planos anatómicos en igual o peor forma que el braguero, surge que este método no puede competir con el quirúrgico, a cielo abierto, y que bien realizada ofrece resultados duraderos.

Agregamos, que el método esclerosante no puede adjudicarse para sí ni siquiera aquellos casos, en que exista una contraindicación quirúrgica por taras orgánicas o humorales, por otro lado casi inexistentes en el momento actual en que se pueden corregir dichas taras con un preoperatorio adecuado y anestесias perfeccionadas.

Finalmente transcribiremos los párrafos finales de la comunicación de la Asamblea de la "Asociación Médica Americana" después de la 2ª encuesta realizada en el año 1940 y publicada en el J.A.M.A. 115-7-533 bajo el título de "Estado actual de la inyección en el tratamiento de la hernia". Dice así: "Tras la debida consideración de una segunda encuesta en los hospitales la Asamblea ratifica su opinión anterior, según la cual el tratamiento por inyección no debe admitirse para aplicación general... Hay que deplorar el empleo universal de este método."

Es de hacer notar que las contestaciones a la encuesta, muchos de los hospitales americanos consultados respondían que habían dejado de emplear dicho método por la inoperancia del mismo y las complicaciones sobrevenidas.