

## HERNIA INTERNA POST - GASTRECTOMIA ESTALLIDO DUODENAL POR COMPRESION DEL ASA AFERENTE, POR UNA HERNIA INTERNA (\*)

Dr. Julio César Priario

Presentamos este caso a la Sociedad de Cirugía por ser considerado excepcional.

Casos más o menos semejantes han sido publicados en nuestro medio: Larghero <sup>(9)</sup> y Suiffet <sup>(13)</sup> presentaron casos en esta Sociedad en el año 1941; Del Campo <sup>(6)</sup> publicó en Anales de la Clínica Médica, un interesante estudio del duodeno de los gastrectomizados, donde analiza, entre otros, casos de ruptura del muñón duodenal.

---

Historia Clínica N° 7258 R, del Servicio del Prof. Stajano. Enfermo de 66 años, con antecedentes de dispepsia periódica, caracterizada por dolores epigástricos que calmaban con la ingestión de cualquier alimento. El paciente sufre esta molestia durante años, pero nunca se sometió a un tratamiento correcto.

Veinte días antes de la consulta comienza con un síndrome pilórico típico. En el momento de su ingreso estaba muy decaído y deshidratado, siendo su hematocrito de 55 %; abdomen distendido en epigastrio donde se percibe chapoteo gástrico.

A la vez se puede comprobar que padece de enfisema pulmonar y bronquitis crónica.

Se tratan convenientemente sus síndromes pilórico y de deshidratación y luego es sometido a estudio radiológico de estómago, cuya imagen nos hace diagnosticar cáncer de estómago.

Con este diagnóstico es operado con anestesia por gases y transfusión de 1 lt. intraoperatoria.

**Intervención.** — Dr. Priario, Dr. Cuculic, Pte. Burgel. Instrument. Valdés García. Incisión transversa oblicua en epigastrio, siguiendo la di-

---

(1) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de agosto de 1953.

rección de la 6ª costilla izquierda. Se encuentra una lesión gástrica de aspecto tumoral, situada en la unión de la porción horizontal con la vertical, de consistencia firme y de límites imprecisos. Múltiples adenopatías en la cadena de la coronaria estomáquica.

Hígado, bazo, colon y peritoneo sanos.

Creemos estar en presencia de un cáncer gástrico y por lo tanto efec-

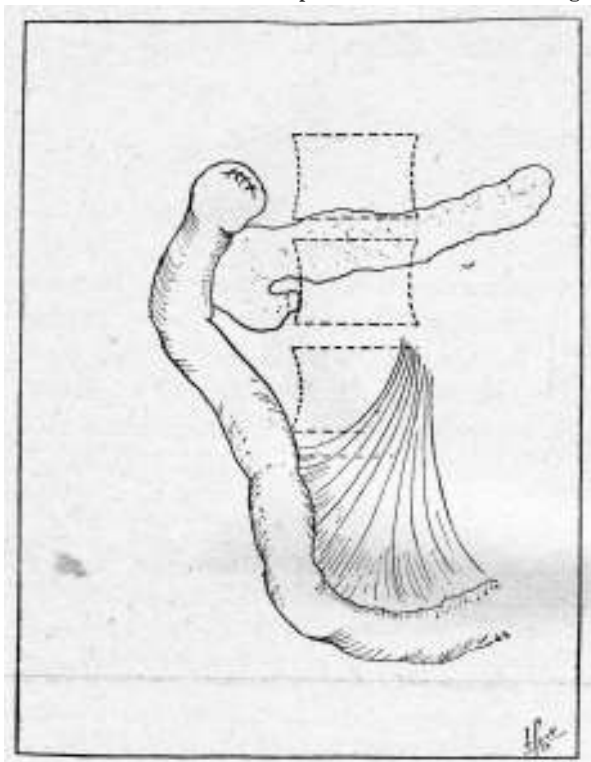


Fig. 1.—Esquema destinado a mostrar el aspecto del duodeno del paciente. Faltañan la 3ª y 4ª porción del duodeno y el ángulo de Treitz. A la vez, faltaba el acolamiento de los colones ascendente y descendente.

tuamos una gastrectomía ampliada, los 4/5 del estómago, resecando en gotera a nivel de la pequeña curva.

A la vez extirpamos el epiplón mayor, hoja superior del mesocolon, epiplón menor y ligamos la coronaria a nivel de su origen, para poder extirpar todas sus adenopatías.

Cuando buscamos la 1er. asa yeyunal, nos damos cuenta de que el paciente presentaba una malformación congénita: un duodeno acolado que sólo poseía 1ª y 2ª porción, partiendo de ella el yeyuno completamente libre (ver esquema 1). Es decir, que carecía de ángulo duodeno-yeyunal, aunque su primera y segunda porción estaban acoladas. A la vez pudimos comprobar que tanto el colon ascendente como el descendente carecían de acolamiento.

Se efectúa la gastroyeyunostomía en forma precólica, con asa aferente

de unos 20 cms. aproximadamente, anisoperistáltica y oral parcial (ver figura 2).

**Post-operatorio.** — A las 24 horas de operado la diuresis era de 700 cc., estaba apirético y con pulso y P. A. normales.

Por la sonda gástrica sólo habían salido unos 50 cc. de líquido sanguinolento. Se le da agua por boca.

**Segundo día.** — Diuresis 750 cc. La sonda gástrica no da nada espon-

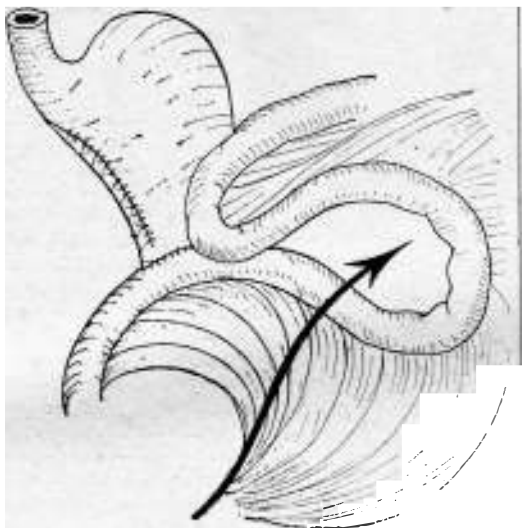


Fig. 2.—Esquema que muestra la formación del anillo por donde se deslizó la hernia interna en el sentido que marca la flecha. La primer asa eférente tomó firmes adherencias con la sutura gastro-yeyunal

táneamente. Si se aspira sale líquido teñido en bilis. Se retira la sonda y se le alimenta con leche al 1/3.

**Tercer día.** — Está molestado por dolores abdominales tipo cólicos. Se le da un lavaje intestinal con lo que evacúa materias. Se calman los dolores después de la exoneración intestinal.

**Cuarto día.** — Evolución sin incidentes y apirética.

**Quinto día.** — Buena evolución, apirético.

**Sexto día.** — Pequeña hemorragia por la herida operatoria. Entreabrimos sus bordes comprobando que ha fallado parcialmente la sutura de la hoja anterior de la vaina del recto. La hoja posterior está intacta. El paciente se encuentra febril.

**Séptimo día.** — Está decaído y febril. Dice que ha pasado la noche

muy dolorido. Sus dolores son continuos, pero no es capaz de topografiar con precisión la zona de mayor dolor. En presencia nuestra y en forma paroxística se queja de intensísima puntada en epigastrio que le arranca lastimeros gritos.

Pulso 96. P. A.: M. 14 - m. 8.

Tomamos placa de urgencia, la que no muestra más que algunas imágenes gaseosas. Se hace diagnóstico de falla del muñón duodenal y se reopera.

**2 intervención.** — Anestesia de gases. Dr. Priario, Pte. Burgel. Instrum. Tolosa. Dado que el enfermo se había shockado, decidimos

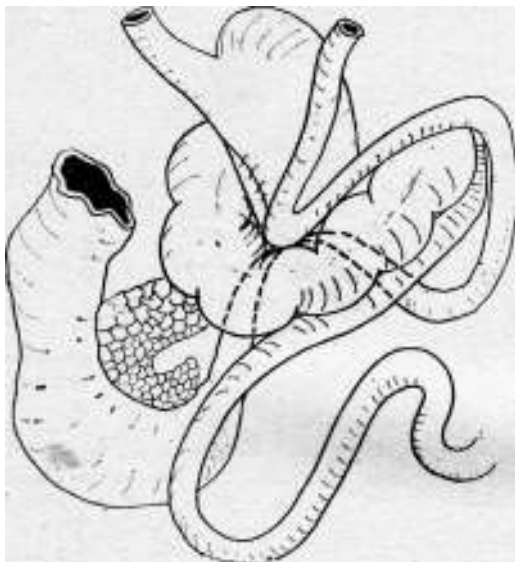


Fig. 3. — Esquema que señala la disposición puesta de manifiesto por la autopsia: 1º por el anillo formado por el asa eferente han penetrado la última asa ileal, el ciego, el colon ascendente y la mitad derecha del colon transverso, efectuando este último una compresión del asa aferente, lo que a su vez ocasionó la oclusión cerrada del duodeno responsable de la falla de sutura y la peritonitis consecutiva.

reabrir sólo parcialmente la herida y colocar un tubo de drenaje en las vecindades del muñón duodenal y colocar dos mechas en su proximidad.

Al reabrir el vientre sale un líquido amarillo turbio, lo que nos confirma nuestro diagnóstico. Se coloca aspiración continua en el tubo de drenaje.

De inmediato se comienza a pasar 1 litro de plasma.

A las 5 horas de operado el pulso era de 110 y la P. A.: M. 8 ½ y m. 6.

Por el tubo de drenaje habían salido 150 cc. de líquido bilioso. Se indica suero glucofisiológico intravenoso permanente.

**Octavo día.** — El estado general empeora, se halla oligúrico, shockado y cianótico.

Al noveno día fallece.

**Autopsia.** — Al abrir el vientre se comprueba un exudado flúido, color marrón oscuro, no fétido que ocupa todo el vientre.

Asas yeyunales rojas, distendidas y algunas con discreto piqueteado hemorrágico. Por lo tanto, nos encontramos en presencia de una peritonitis.

Su causa pudo ser rápidamente encontrada. Existía una falla del muñón duodenal el que presentaba sus bordes irregulares, como lo muestra la figura 3, signos inequívocos de que los hilos de sutura habían cortado las distintas capas del duodeno. Creemos, por lo tanto, que una importante distensión duodenal ocasionó el estallido de su muñón.

Esta impresión se ve confirmada por el hallazgo de una hernia interna que comprimía principalmente el asa aferente.

¿Cómo se produjo esta hernia interna? Un asa delgada que distaba aproximadamente unos 20 cms. de la neoboca, tomó adherencias fibrinosas fuertes con ella; así es que quedó un espacio ovalar constituido por el asa aferente que volvía sobre sí misma tal como lo muestra el esquema N° 2.

Por este orificio pasaron las últimas asas ileales, el ciego, el colon ascendente y transversal, aunque en forma no muy apretada, ya que en el curso de la autopsia se les hizo desandar el camino sin mayor dificultad.

Ahora pudimos ver el asa aferente, la cual presentaba signos de distensión sin la menor duda. En el esquema 3 hemos pretendido mostrar cómo el colon transversal, que sale del orificio herniario, forma una brida que comprime el asa aferente, lo que determinó una oclusión cerrada del duodeno que hizo fallar la sutura del muñón duodenal.

Inmediatamente comprobamos que la gastroyeyunostomía, estaba bien realizada, que la sutura no determinaba obstáculos y que no se había producido ninguna falla de la misma.

La adherencia del asa delgada era fibrinosa blanquecina, contrastando algo con algunos exudados y laxas adherencias de color amarillo por imbibición de bilis y de data reciente, que se podían apreciar entre las asas delgadas.

Seguramente la adherencia de esta asa delgada a la neoboca se produjo en el post-operatorio inmediato y recién al 6° día se produjo la hernia interna (ver historia clínica).

### Comentario.

La peritonitis por falla del muñón duodenal era hace unos años la complicación más temida, dice Del Campo <sup>(6)</sup>, y se atribuía a fenómenos isquémicos.

El autor antes citado agrega: "Salvo déficits generales, caquexia cancerosa, shock prolongado, la irrigación era suficiente como lo señalaba el hecho notado por de Martel, de que ninguna ligadura dispensa de hacer la hemostasis directa del corte de sección." Continúa el autor diciendo "que desde ese momento quedó orientado en el sentido de pensar en casos de dehiscencia del muñón duodenal, en el papel de la oclusión intestinal." <sup>(6)</sup>

Efectivamente, si nuestro paciente murió de una peritonitis por perforación duodenal, esta última se debió a una oclusión cerrada del duodeno.

Esta oclusión cerrada se produjo por compresión extrínseca del asa aferente por una hernia interna, en un portador de una malformación congénita.

Tenemos conocimiento de casos de hernias internas post-gastroenterostomías, llamadas hernias de Petersen. Ejemplos de éstas son dados en los casos de Larghero, Suiffet, McAllister y Armitage, <sup>(9)</sup>, <sup>(13)</sup>, <sup>(11)</sup>, <sup>(2)</sup>, respectivamente. Más raro es este tipo de hernia interna a través de un orificio determinado por una adherencia, donde por razones de la malformación, pasó por el anillo todo el colon ascendente y parte del transversal, comprimiendo así el asa aferente. Como profilaxis de la hernia de Petersen se aconsejó la sutura del asa aferente al mesocolon, pero un caso como el nuestro es difícil de evitar, más aún si recordamos que al paciente se le había extirpado el epiplón mayor. En efecto, si no se hubiese resecado el epiplón mayor, éste se habría adherido a la neoboca, pero como teníamos el diagnóstico de cáncer gástrico, su extirpación era formal indicación.

Quizás si la anastomosis hubiese sido transmesocólica, no se hubiera adherido el asa delgada a la neoboca, dado que la hoja inferior del mesocolon protegería la sutura.

Pero si una complicación como la nuestra es difícil de evitar, es posible hacer el diagnóstico antes del estallido duodenal.

Nuestro paciente hace un cuadro doloroso de vientre superior y una dehiscencia parietal, al 6º día de operado.

Pensamos que estábamos frente a una inminente evisceración y en ese sentido orientamos nuestra terapéutica.

No analizamos que tenía dolor epigástrico continuo, que el abdomen era más doloroso que el día anterior y que la inminencia de evisceración pudiera deberse a una distensión supraumbilical.

Al 7º día su cuadro era grave, aunque no había tenido ni un vómito. Fué en nuestra presencia que hizo el cuadro perforativo que le hizo perder la chance de salvación que tenía.

Efectivamente, la oclusión cerrada del duodeno en un gastrectomizado da síntomas que permiten hacer el diagnóstico antes de su estallido.

1º) El empeoramiento del estado general, aparición frecuente de fiebre y algunos signos de deshidratación, los que están en contraposición con el buen tránsito alimenticio.

2º) Dolores intensos, continuos, sin intermitencias, localizados ya en el epigastrio, el hipocondrio derecho o en la fosa lumbar derecha. Estos dolores aumentan progresivamente de intensidad, culminando con el dolor en puñalada de la perforación siempre que no se trate convenientemente.

3º) Distensión abdominal supraumbilical y a veces defensa.

4º) Si se pasa una sonda al estómago se comprueba la ausencia de bilis.

Frente a esta sintomatología una sola conducta se impone: la reintervención de urgencia.

El error por nosotros cometido, de no haberle dado unidad al cuadro de nuestro enfermo, el haber desechado rápidamente la idea de una oclusión por el hecho de tener el tránsito digestivo conservado, nos hizo perder un enfermo.

5º) El examen radiológico no aporta datos de mayor importancia. La placa simple no permite visualizar el duodeno distendido. La radiografía contrastada muestra un estómago con neoboca funcionando bien, ya que el tránsito digestivo se cumple normalmente.

Respecto a la malformación que poseía este paciente podemos decir que es doble.

1º Un trastorno de la rotación duodenal que lo deja carente de 3ª y 4ª porción, es decir, que todo el duodeno queda colocado a la derecha. (Right Sided Duodenum). (+)

2º Un trastorno por carencia del acolamiento del colon ascendente y descendente.

### Sumario.

Se presenta un caso de complicación de gastrectomía: Peritonitis por estallido del muñón duodenal. El estallido del muñón duodenal fué debido a una compresión del asa aferente por una hernia interna en un paciente portador de un trastorno congénito del peritoneo. Se hace una revisión sumaria de los síntomas de la oclusión cerrada del duodeno y se describe rápidamente la malformación congénita del paciente.

## Summary.

We present one case about a gastrectomy complication: peritonitis caused by a duodenal rupture, which was due to the obstruction which an internal hernia determined in the afferent loop, in a patient who had a congenital trouble of peritoneum. We make a brief revision of the symptoms of the duodenal closed obstruction and we describe the congenital trouble of the patient.

## BIBLIOGRAFIA

1. ADDLEBERG, D.; HAMMERSCHLAY, E. — Post-gastrectomy Syndrome. Surgery, 21, 720, May 1947.
2. ARMITAGE, G. — Intestinal obstruction complicating posterior gastroyeyunostomy. Brit. Journ. of Surg., 18, 154, 1930.
3. BARRET, P.; BARATA, R. — Complicaciones de la anastomosis antecólica en las gastrectomías. Revista de Med. y Cir. de La Habana, 51, 243, 1946.
4. BOCKUS, H. L. — Gastro-Enterology. Chapter XLIII. Vol. 2, 39, 1944. W. B. Sanders Co. Philadelphia.
5. BROWN, R.; ROSS, D. — Anomalías congénitas de rotación intestinal y de fijación mesentérica, causa de oclusión intestinal en el adulto. Anales de Cir., Vol. 10, 1158, 1948.
6. DEL CAMPO, J. C. — El duodeno de los gastrectomizados. Anales de la Clínica Médica A, Montevideo, tomo 5, 31, 1950.
7. DEL CAMPO, J. C.; COMAS, E. y OUTEDA, E. — El síndrome de Dumping. Bol. de Soc. de Cir. del Uruguay, tomo 21, 449, 1950.
8. GROMOND et PONS, H. — Le duodénum des gastrectomisés (Etude Radiologique). Lyon Chirurgical, 43, 271, 1948.
9. LARGHERO, P. — Un caso de oclusión yeyunal alta, cinco años después de una gastroenterostomía, citado por Prat D. en Ileo. Anales Fac. Med. Montevideo, tomo 18, 1, 37, 1932.
10. MALLETT, G. et MARION. — Dilatation atonique du duodénum après gastrectomie. Lyon Chirurgical, 38, 3, 286, 1942.
11. McALLISTER, F. — Hernia interna situada por detrás del asa yeyunal. Anales de Cir., 7, 1948.
12. PETERSEN. — Sobre el vólvulo del intestino después de una gastroenterostomía. Arch. f. Klin. Chirurgie, 1900.
13. SUIFFET, W. — Hernia interna y oclusión del asa aferente post-gastroenterostomía. Arch. Urug. Med. y Esp., 20, 371, 1942.

Dr. Suiffet. — Como contribución al trabajo del Dr. Priario y a los que ya se han presentado a la Sociedad con motivo de las complicaciones

de gastrectomías, vamos a recordar el caso que motivó nuestro trabajo sobre "Hernia interna post-gastroenterostomía".

Desde luego que no agrega nada a lo ya dicho, pero sirve para mostrar una situación que a pesar de no ser frecuente no es excepcional.

Se trataba de un paciente que nueve meses antes se le había practicado cierre simple por úlcera perforada de duodeno. Reingresa con un síndrome pilórico y estando en estudio tiene una nueva perforación. Se practica cierre de la perforación y gastroenterostomía. Evolucionó muy bien durante 6 días y luego se instaló un síndrome de oclusión gastroduodenal que obligó a dos nuevas intervenciones que no aliviaron la situación, falleciendo el paciente.

En la necropsia se comprobó que todo el intestino delgado había pasado hacia la izquierda por detrás de la neoboca, la cual estaba rotada 180°. Existía una doble oclusión: oclusión gástrica por cierre total del asa de salida y oclusión del asa aferente entre la estenosis pilórica y la gastroenterostomía, lo que condujo a una enorme del duodeno que triplicaba su diámetro.

Un asa delgada habría penetrado en el espacio creado entre el mesocolon transversal, el plano prevertebral y el mesenterio del asa yeyunal anastomótica, trasladándose luego todo el delgado hacia la izquierda y obligando a la anastomosis gastroyeyunal a rotar 180° de derecha a izquierda, y a ser la causa de la doble oclusión que ya hemos mencionado.

(Se proyectan los diapositivos publicados en el trabajo "Hernia Interna Post-gastroenterostomía", Boletín de la Sociedad de Cirugía XII, 1941: 344).

**Dr. Bermúdez.** Quiero contribuir a la interesante comunicación del Dr. Priario con tres observaciones de hernia interna post-gastrectomía que he tenido oportunidad de observar hace algunos años. Dos de ellas producidas en el post-operatorio en los primeros días (una al 4º y otra al 15º) de una gastrectomía con gastroenterostomía pre colónica.

En esas dos primeras observaciones, —que no son mías y por eso no fueron presentadas— la hernia interna se hizo por pasaje del asa aferente hacia la izquierda, a través de la brecha mesocolo-mesentérica. Se manifestaron con un cuadro muy grave de oclusión alta; fueron operados en las primeras horas; se pudo hacer reintegración y cierre de la brecha mesentérica con buen resultado. El otro caso, que es el mío, es muy semejante al que presenta el Dr. Suiffet, pero después de una gastrectomía. La hernia interna se produjo al año de la intervención; el enfermo había marchado perfectamente bien un año, ingresó con un cuadro agudo de vientre alto; la intervención mostró que a través de la pequeña brecha mesentérica había pasado la mayor parte del intestino delgado, de derecha hacia izquierda. Se pudo hacer la reintegración, de todo el intestino delgado, volverlo a su sitio y cerrar la brecha mesocólica mesentérica, con buen resultado. Desde ese entonces hace muchos años no termino nunca una operación de gastrectomía sin hacer el cierre de esa brecha por la sutura del asa o de su meso al mesocolon.

**Dr. Del Campo.** --- El caso presentado es interesantísimo porque es un tema general de cirugía abdominal, es decir, donde se deja un anillo puede hacerse una hernia interna, preocupando no sólo en esta cirugía, sino en otras cirugías, por ejemplo cirugía del colon.

Diría que como profesor de Medicina operatoria tuve que ocuparme del problema de las complicaciones de la gastro-enterostomía y de la gastrectomía y recuerdo haber estudiado completamente el tema de la llamada hernia de Petersen. Debido a la preocupación que me dió la lectura de esos trabajos y al hecho de admitir de que lo que pasa a otros puede pasarme a mí desde el principio de la cirugía gástrica, he hecho siempre el cierre de esa hendidura submesocólica. No había encontrado ningún caso ajeno hasta que hace pocos años, hace tres o cuatro años encontré un caso de hernia de Petersen comprendiendo casi todo el intestino delgado; el ciego estaba llevado hacia la izquierda y la última asa ileal tensa entre la hendidura retro mesentérica, submesocólica y el ciego y todo el intestino había pasado detrás de esa hendidura hacia el lado derecho. Es un caso muy interesante que le he pedido al Dr. Comas que lo traiga aquí a la Sociedad de Cirugía.

En segundo lugar, en estos últimos años, hemos encontrado dos casos de hernia de Petersen común post-gastrectomía limitada simplemente al pequeño segmento de intestino que queda entre el ángulo duodeno yeyunal y el estómago como causa del síndrome de Dumping y que solucionado ese problema y hecha una anastomosis para ponerse a cubierto de esta complicación se terminó con el sufrimiento de los dos enfermos. La sutura de esa brecha es una de las maniobras que hay para solucionar ese problema; la otra maniobra, quiero recordarla por algo que se dijo al principio de esta sesión, en otra comunicación; es la maniobra que deshace el ángulo duodeno yeyunal y que deja el asa aferente totalmente arriba del mesocolon aún haciendo anastomosis transmesocólica. Lo cito porque creo que el Dr. Piquinela dijo que cuando la sección del estómago era muy alta, había necesidad de hacer una anastomosis precólica; no hay necesidad de hacer anastomosis precólica siguiendo esa técnica, se puede hacer anastomosis transmesocólico y no tiene los inconvenientes y vamos ahora a la comunicación del Dr. Priario, de la anastomosis precólica, anastomosis precólica que deja siempre una brecha entre colon transversal, pared posterior y el asa llevada hacia arriba, brecha mucho más difícil de cerrar que la brecha de Petersen.

Esa anastomosis precólica por otra parte si hay una distensión del colon transversal cosa que pasa en algunos enfermos es empujado contra la pared abdominal y a veces contra la incisión abdominal. He visto adherencias a la pared abdominal por anastomosis precólica.

No recuerdo cuál es el nombre del autor (que cito en un trabajo sobre el duodeno de los gastrectomizados) que menciona la posibilidad de estas hernias, es decir, de las hernias con anastomosis precólica y que existe la posibilidad de que la distensión del colon favorezca los trastornos del asa aferente y determine por lo tanto la complicación que tuvo el enfermo;

pero creo que en este caso no es esa parte sino el pasaje a través de un levantamiento del intestino delgado, indudablemente aprovechando para hacerlo el camino que le indicaba el asa aferente y el asa aferente dentro de la parte superior del vientre. Creo haberlo entendido ya no en esta asa sino en la otra asa; lo que llama la atención, es que esa asa no estaba estrangulada, que no tenía trastorno de ninguna clase. El síndrome que presentaba el enfermo del punto de vista radiológico, era de una peritonitis más que de obstrucción y no había nada que indicara obstrucción del intestino delgado ni del colon. Lo que tiene importancia es que esa hernia compromete el asa aferente y determina por presión. Me parece que es una comunicación muy interesante; le agradezco al Dr. Priario que la haya traído aquí porque esta complicación auxilia a todos los que hacen cirugía abdominal y repetiría lo que dije otras veces: cada una de estas complicaciones que es una sola, del punto de vista personal aparece como obra de la casualidad, pero cuando se hacen estadísticas muy grandes, la obra de la casualidad pasa a ser no obra de la casualidad sino incidentes con los cuales hay que contar. Lo vuelvo a felicitar al Dr. Priario.

**Dr. Priario.** — Quiero agradecer al Dr. Suiffet, al Dr. Bermúdez y al Dr. Del Campo, el interés que han mostrado por esta breve comunicación.

El trabajo del Dr. Suiffet lo conozco perfectamente y ya he hecho mención al mismo.

Los casos que presenta el Dr. Bermúdez son hernias de Petersen.

La inmensa mayoría de los casos descritos de hernias internas post-gastrectomías, son hernias de Petersen, pero del tipo que presento no conozco ningún caso, aunque honestamente debo reconocer que desde el punto de vista clínico y patológico no existe mayor diferencia entre ellas.

Me he preguntado cómo se podría hacer para evitar esta complicación. La hernia de Petersen puede evitarse, como muy bien lo explicó el Dr. Del Campo, suturando el asa aferente al peritoneo parietal posterior.

¿Cómo puede evitarse una complicación como ésta que presentamos?

Esta pregunta podría hacerse de otra forma. ¿Cómo se produjo esta hernia?

Nosotros pensamos que la falta del epiplón mayor permitió que un asa delgada tomase adherencias con la neoboca y el Dr. Del Campo nos agrega algo muy interesante. Cuando se efectúa una gastrectomía con anastomosis precólica, la distensión del colon en el post-operatorio determina una compresión de la neoboca contra la pared abdominal anterior; pero si por casualidad un asa delgada se encuentra por delante de la neoboca en ese momento pueden formarse importantes adherencias a ese nivel.

Para finalizar quiero hacer recalcar un hecho: si bien esta hernia determinó una oclusión cerrada del asa aferente, no llegó a determinar un cuadro de obstrucción intestinal. Esto se explica porque las asas intestinales pasaron flojamente por el orificio herniario, y la oclusión del asa aferente fué determinada por el colon transversal que, tironeado hacia la izquierda actuó a la manera de una brida.