

**ESTENOSIS MÚLTIPLES DE DELGADO DE
NATURALEZA TUBERCULOSA
ADHERENCIAS POST-OPERATORIAS
LIBERACION, RESECCION Y OPERACION DE NOBLE (*)**

Dr. José A. Piquinela

Juan E. L., 34 años, ingresa a la Sala "García Lagos", Hospital Maciel el 27 - II - 55, con un cuadro de oclusión de delgado que el estudio radiológico confirma. Este cuadro culmina una larga historia de accidentes semejantes aunque ninguno ha tenido la intensidad y duración del actual.

Operado hace 20 años, por peritonitis apendicular a través de una incisión de Mac Burney; apendicectomía y drenaje. Post-operatorio inmediato bueno; alta a los 30 días. A partir de los cuatro meses de operado comienzan trastornos de tránsito intestinal con episodios de constipación, dolores cólicos y distensión de vientre, a veces de 4 á 5 días de duración, que terminaban con la expulsión de abundantes gases y materias. Se han ido acentuando en los últimos tiempos, motivando numerosas consultas médicas que no trajeron sino un alivio transitorio, no impidiendo por otra parte la reaparición de los sufrimientos. Constipación tenaz.

Ingresa con un cuadro oclusivo que data de 3 días y que cede con aspiración, enemas y el tratamiento general habitual en estos casos. El estudio de tránsito indica una acentuada estasis ileal con asas ileales deformadas, irregulares, a bordes dentados. Se piensa en oclusión por bridas y se le prepara para operarlo.

Intervención (8 - III - 55). — Prof. Piquinela, Dr. Comas, Practicante Méndez. Anestesia general (Mancini). Incisión paramediana infraumbilical derecha reclinando el recto hacia afuera. En la f.i.d., se encuentra un magma de adherencias que se interpretan como restos del proceso peritoneal anterior; las últimas asas ileales adhieren al fondo de la pelvis. En el ileon, a unos 80 cm. de la unión ileocecal se encuentran dos estenosis separadas por un segmento intermediario dilatado de 10

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, en la media hora previa al día 25 de mayo de 1955.

centímetros. Hay otra estenosis en el yeyuno alto que adhiere al peritoneo parietal y que está separada de las anteriores por un metro y medio de intestino sano. No hay ganglios ni granulaciones en la serosa; moderada infiltración del mesenterio al nivel de la estenosis superior.

Liberación; resección del segmento estenosado inferior y anastomosis término-terminal; resección del segmento estenosado superior y anastomosis término-terminal. Operación de Noble parcial: plegado del ileon y plegado del yeyuno alto cubriendo cuidadosamente las zonas de resección y en la parte baja todas las áreas deperitonizadas. Resección parcial del epiplón en la zona adherente a la estenosis alta. Cierre de la pared por planos. Lino en la piel.

Post-operatorio: hace un ileus paralítico que cede con sonda y tratamiento general adecuado. Moviliza francamente el intestino al 6º día; siendo dado de alta a los 20 días de operado. Un estudio de tránsito de delgado practicado a los 15 días muestra un tránsito ligeramente acelerado en el que se aprecian las dos zonas de plegamiento, sin áreas de estasis, dilatación o estrechez.

A los dos meses de operado — se le ha hecho tratamiento intenso con Nidrazyd en vista del resultado del examen anatomo-patológico — se encuentra perfectamente bien; exonera el intestino diariamente; han desaparecido sus sufrimientos, habiendo aumentado varios kilos de peso.

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO. Examen macroscópico (Bach. Nancy Toledo). — Se reciben dos segmentos de delgado para estudio:

a) **El segmento mayor** (pieza de resección ileal), mide 15 cm. de largo y presenta dos estrecheces en su luz cuyo calibre pasa de 80 a 35 mms. Inmediatamente yuxtapuesta a una de las estricturas parietales se observa una formación polipoide congestiva y erosionada.

La mucosa intestinal muestra abundantes nodulitos en el vértice de los pliegues, dándole un aspecto **poliposo incipiente**.

b) **El segmento menor** (pieza de resección yeyunal), mide 9.5 cms. y muestra una estenosis firme que lleva el calibre del intestino de 24 a 5 mm. La parte proximal, muy dilatada, presenta una **ulceración** de la mucosa yuxtaestrictural.

A nivel de la estenosis se observa solución de continuidad de la muscular y un pequeño foco hemorrágico subseroso (fig. 1 y 2).

Examen microscópico (Dr. Alberto L. Matteo):

1. Fragmento de pared de intestino a nivel de la estenosis y la ulceración: lesiones de **tuberculosis** folicular y nodular con ulceración de la mucosa y extensión del proceso hasta la vecindad de la serosa. En la cara parietal lesiones similares a las descritas más abajo.

2. Fragmento de pared de intestino comprendiendo la estenosis y la zona de aspecto polipoide: lesiones de **tuberculosis** folicular y nodular, en forma de masas situadas en la subserosa.

3. Fragmento de pared de intestino lejos de la estenosis: la mucosa no presenta alteraciones. La serosa y la subserosa muestran lesiones



FIG. 1. Aspecto externo de ambas asas yeyunales mostrando las zonas estenosadas; se observa dilatación supraestriccional en una de ellas.

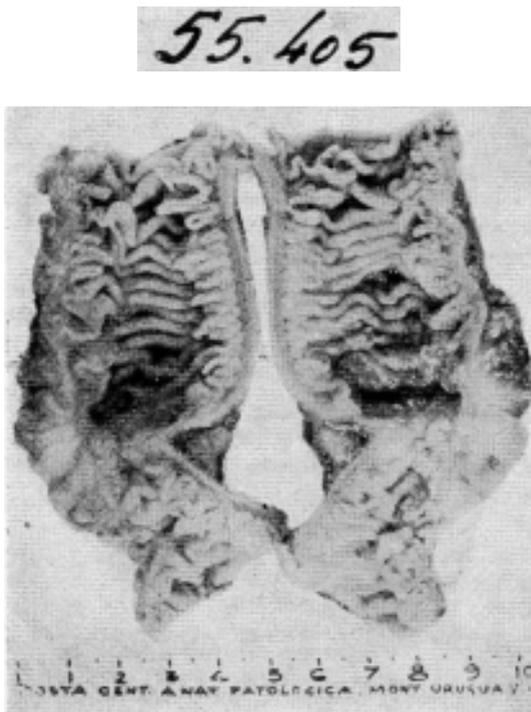


FIG. 2. — Sección longitudinal de una de las asas estrechadas mostrando la ulceración yuxtá estriccional.

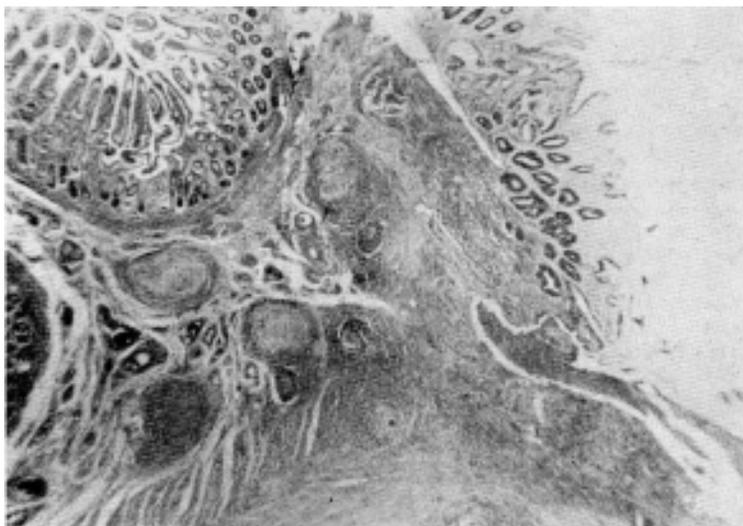


FIG. 3. — Borde característico de úlcera tuberculosa en cuyo fondo se observan tubérculos conglomerados.

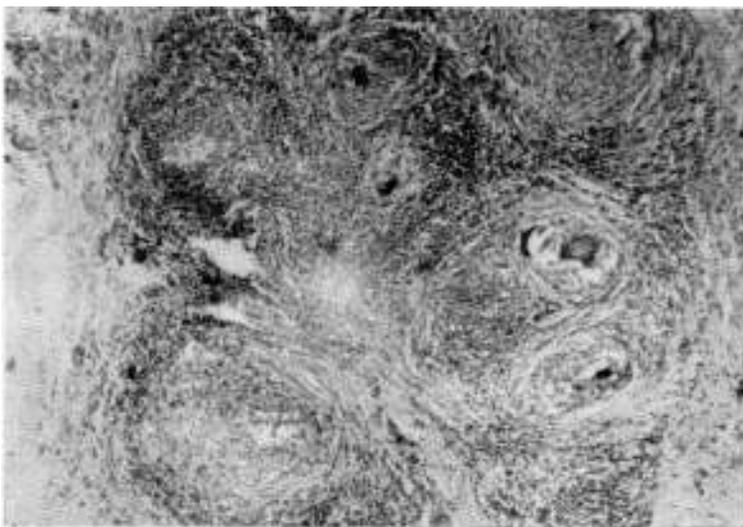


FIG. 4. — Enfoque del granuloma tuberculoso en el que se observan abundantes células gigantes de tipo Langhans.

de peritonitis de tipo agudo y subagudo, exudado - infiltrativo - leucocitario y con exudación fibrinosa sobre el peritoneo (fig. 3, 4 y 5).

Se interroga, a raíz de este examen, cuidadosamente al paciente; no

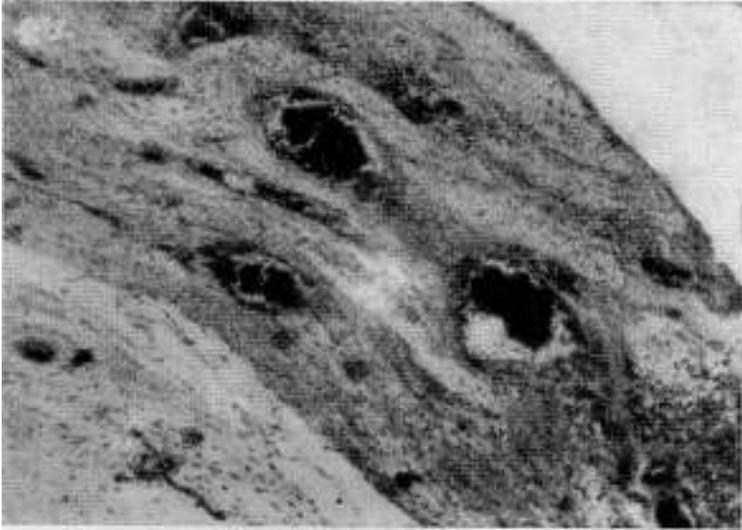


FIG. 5. — Se observa la reacción peritoneal aguda inespecífica

hay antecedentes personales, familiares ni ambientales de tuberculosis; no hay historia de diarreas en ningún momento. Placa de tórax normal.

El caso que traemos a consideración de la Sociedad de Cirugía ofrece, del punto de vista de la indicación de terminar la intervención con un plegado a la manera de Noble, matices que juzgamos interesantes. La masa de adherencias que tomaban el íleon terminal, fijando algunas asas ileales al fondo de la pelvis parecían vinculadas a su antiguo foco de peritonitis por apendicitis aguda. Como cuestión de hecho los accidentes obstructivos comenzaron a los cuatro meses de su intervención por apendicitis. El drenaje, según relata el enfermo, fué dejado varios días y la herida cerró después de supurar casi un mes, lo que llama la atención.

La liberación dejó asas deperitonizadas, como es lo habitual en estos casos. Pero además existían tres estenosis: dos tomando el íleon, dejando entre ellas un segmento dilatado de 10 cms. y otra asentando en el yeyuno alto, separada de las anteriores por un metro y medio de intestino absolutamente sano. No había ningún elemento peritoneal ni ganglionar que hiciera pensar en una tuberculosis intestinal. Realizadas las dos resecciones intestinales

impuestas en nuestra opinión, por la extensión del segmento intermedio sano, juzgamos útil completar la operación por un plegado del intestino delgado.

Reintegrar al vientre asas con su serosa dañada por las lesiones peritoneales anteriores y que la liberación aumenta, es exponerlas casi constantemente como lo muestra la experiencia de todos, a la producción de nuevas adherencias anárquicas e incontroladas generadoras de accidentes obstructivos a repetición. La operación de Noble parece, en el estado actual de nuestros conocimientos como el procedimiento más seguro y menos riesgoso de controlar su formación, dirigiendo la producción de las mismas en el sentido y orientación deseado por el cirujano. Si se acepta este principio que fundamenta el método de la plicatura, ella estaba perfectamente indicada para el sector del íleon liberado.

Pero además las zonas de enteroanastomosis justifican según Noble, el que se las proteja bajo una plegadura. Este autor ha desarrollado el concepto de lo que llama "la peritonitis de sutura" o peritonitis de curación a lo largo de las líneas o superficies de sutura. El interés en este aspecto del problema ha surgido al considerar los datos obtenidos por la experimentación. Las experiencias estudiando la respuesta precoz inflamatoria del peritoneo a todas las formas de traumatismo han traído al plano del análisis crítico, el conjunto de operaciones que suponen una sutura peritoneal. Siempre hay un cierto grado de "peritonitis de curación" a lo largo de las líneas de sutura y en consecuencia un depósito de fibrina. Esto último significará aglutinación o adherencia entre el área suturada y el peritoneo más próximo, parietal o visceral.

Cuando se suturan los bordes de una zona, por pequeña que sea, de peritoneo denudado, para que quede totalmente cubierta por serosa, un depósito de fibrina más o menos abundante sobre la línea de sutura, es inevitable.

Lo mismo se aplica al cierre de una perforación por mínima que sea, frecuentemente originadas al proceder a la liberación; o cuando se hace una anastomosis intestinal de cualquier tipo. La experimentación muestra que los distintos materiales de sutura producen grados diferentes de peritonitis y que el material más cuidadosamente preparado no es siempre el menos irritante. Mu-

chos factores, tales como el grado de tensión y de fijación, la presión, la acción química y otros, se unen para dar como resultante el grado, mayor o menor, de peritonitis final. Esta última es necesaria para que la sutura tenga éxito; sin cierto grado de peritonitis no habrá unión de las partes. Pero de cualquier manera no es deseable un depósito demasiado grande de fibrina.

Los hilos cromados pueden persistir semanas en los tejidos, sin reblandecimiento. La pared intestinal hace a lo largo de la línea de sutura una fuerte reacción inflamatoria con edema, infiltración, reblandecimiento y acentuado depósito de fibrina sobre la zona suturada. La reacción es mucho menor con otro material, el catgut simple de tamaño pequeño, p. ej. En cualquier caso, parece aconsejable cubrir la zona suturada bajo un área de plegadura, lo que hace que quede en contacto con el peritoneo de ambos brazos del plegado. El depósito de fibrina añade simplemente mayor seguridad a la solidez del plegado.

Noble considera que en muchos casos de perforaciones producidas en el curso de la liberación puede bastar un sólo plano de sutura que tome mucosa y muscular, en forma tal que ninguna estrechez de la luz se produzca, a la condición de que esa zona sea cuidadosamente cubierta por un área plegada. Este procedimiento que en otras circunstancias no podría ser aconsejado por el peligro de la falla de la sutura, es recomendable, según el autor, en las condiciones citadas. De cualquier manera insiste según su experiencia que la existencia indiscutible de la peritonitis de sutura, verdadera peritonitis de curación, exige el uso del plegado si se quiere evitar adherencias anárquicas y perturbadoras entre el área suturada y otra superficie peritoneal.

La zona de enteroanastomosis post - resección, en el sector ileal, entró dentro del plegado del íleon; la zona alta, yeyunal, fué a su vez cubierta por un plegado adecuado. Dejamos sin plegar la zona intermediaria sana, lo que nos lleva a analizar otro punto de la técnica.

Noble hace énfasis sobre la flexibilidad del método que le permite aplicarse según el juicio del cirujano adecuándolo a la intrincación de las situaciones presentadas por la patología. Ha

hecho siempre con buen resultado plegados de brazos largos y cortos, juntos y separados; ha plegado según las lesiones, todo o parte, continua o intermitentemente. De hecho, parece existir una variedad ilimitada de aplicaciones al principio del plegamiento con nuevas variaciones para usar constantemente.

No obstante, tenemos la impresión de la superioridad de los plegados totales en general salvo para los casos, que son los



FIG. 6. — Estudio de tránsito post-operatorio. Placa tomada a las 2 horas de la comida opaca.

menos, de lesiones muy limitadas y lo hubiéramos realizado en este enfermo, de haber encontrado alguna lesión peritoneal que nos hiciera pensar fundadamente en la naturaleza tuberculosa; nos detuvo la considerable extensión de intestino totalmente sano y la ausencia de aquéllas.

Nos hacen inclinar cada vez más al plegado total, las consideraciones siguientes:

- a) Se han señalado varios casos — personalmente hemos

visto dos — de enfermos que han quedado con trastornos después de plegados parciales, los que han desaparecido cuando en una segunda operación se ha completado el plegamiento. En un caso observado por nosotros, y en el que meses después de un plegado parcial el enfermo sufría de dolores, constipación y episodios de distensión, el estudio radiológico evidenciaba una detención de la comida opaca que parecía corresponder a la zona de junción de la parte no plegada con el íleon plegado. Una segunda



FIG. 7. — Tránsito post-operatorio. Placa tomada a las 3 horas de la comida opaca.

intervención en la que se completó el plegado, puso término a los sufrimientos. En términos generales, los resultados funcionales parecen mejores en los plegados totales.

b) Una complicación del procedimiento, el vólvulo por encima de un Noble parcial o a nivel de la masa plegada, parece más frecuente en los plegados parciales. Es una de las razones que ha llevado a algunos cirujanos a aconsejar formalmente el plegado total.

c) Las asas libres pueden dar origen a accidentes obstructivos al adherir a la zona plegada. El cierre de los cornetes mesentéricos, maniobra obligada en el Noble parcial, evita la causa predisponente más notoria de episodios oclusivos al impedir la penetración en ellos de las asas no plegadas. Pero se han señalado adherencias de estas últimas a las zonas plegadas que aunque atribuidas en más de un caso a errores de técnica en la realiza-



FIG. 8. — Tránsito post-operatorio. Placa tomada a las 4 horas de la comida opaca.

cion del plegado, llevan a muchos a sostener la superioridad del Noble total.

Pero es evidentemente un asunto cuestionable; hay cirujanos partidarios del Noble, que sostienen que el plegado debe ser realizado a la demanda de las lesiones, considerando innecesario y mismo no recomendable plegar el intestino sano.

d) La naturaleza tuberculosa de las lesiones habla en favor del plegado total aún cuando en este caso las manifestaciones pe-

ritoneales eran mínimas y estrictamente localizadas. En las peritonitis tuberculosas con accidentes oclusivos el riesgo de recidiva es muy grande y sólo el plegamiento total puede evitarlo. La fibrina se deposita en todas las etapas y en cantidades constantemente crecientes; el proceso adherencial consecutivo, puede ser universal a través del delgado y el mesenterio.

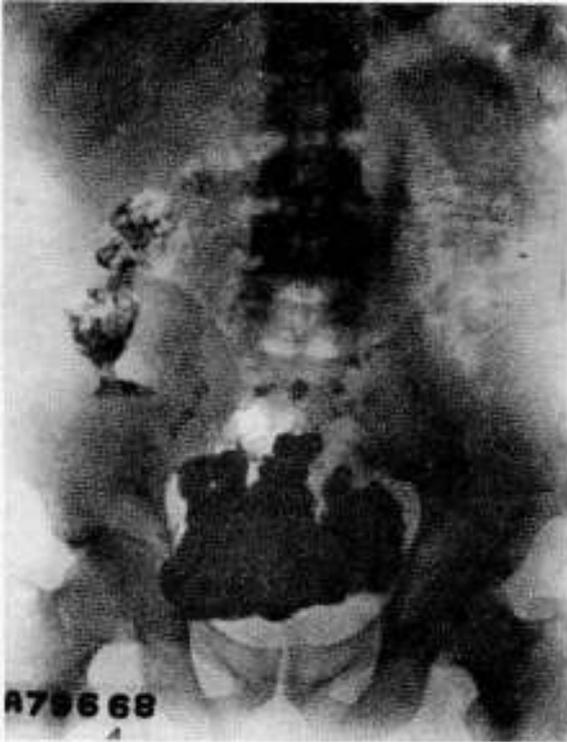


FIG. 9. — Tránsito post-operatorio. Placa tomada a las 5 horas de la comida opaca.

El estudio radiológico post-operatorio, muestra el tránsito delgado ligeramente acelerado, sin zonas de estasis ni de estrechez; permite apreciar las dos zonas plegadas, la ausencia de todo nivel líquido, lo regular de las acodaduras (fig. 6, 7, 8 y 9).

La mejoría clínica es llamativa; han desaparecido hasta la fecha todos los trastornos; exonera el intestino diariamente, ha aumentado de peso.

Dr. Badano Repetto. — No conozco los trabajos, ni tengo experiencia en la operación de Noble, pero sugiero que sería muy interesante conocer

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

el estado en que queda el intestino delgado mediante el enema baritado, efectuado previa intubación del paciente.

Dr. García Capurro. — Si nadie más hace uso de la palabra, le agradecemos al Dr. Piquinela este nuevo caso y esperamos para dentro de breve tiempo la comunicación completa sobre este tema.
