

Presentado en la sesión del 11 de Mayo de 1932

Preside el Dr. J. C. del Campo

✓ *La utilización del ligamento suspensor del hígado en el cierre de la perforaciones gastro duodenales.*

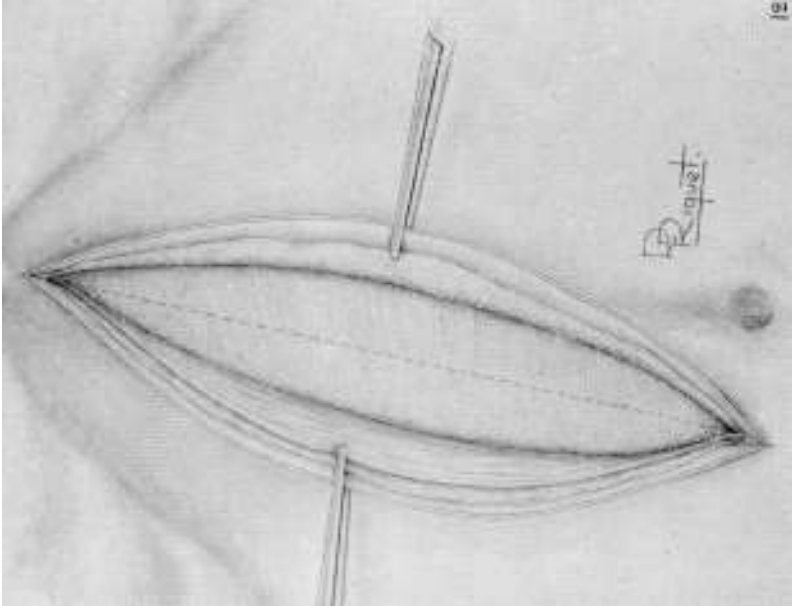
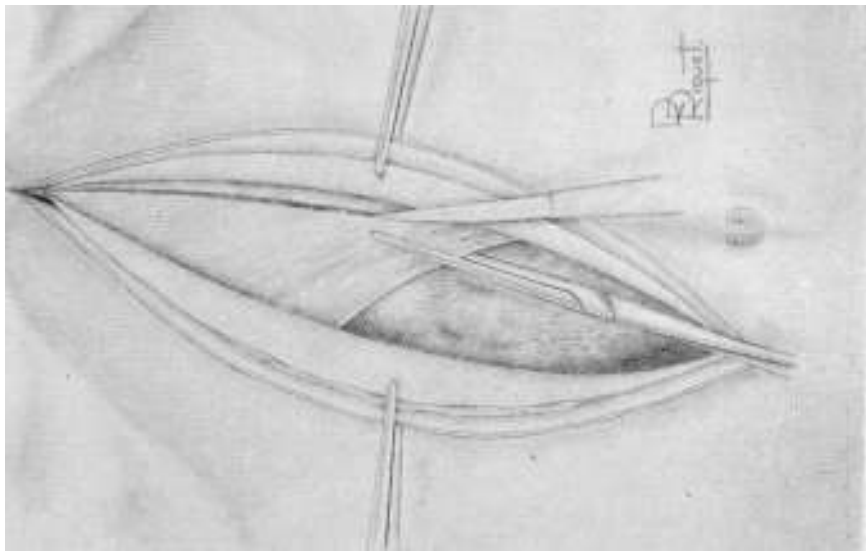
Por el Dr. V. PEREZ FONTANA

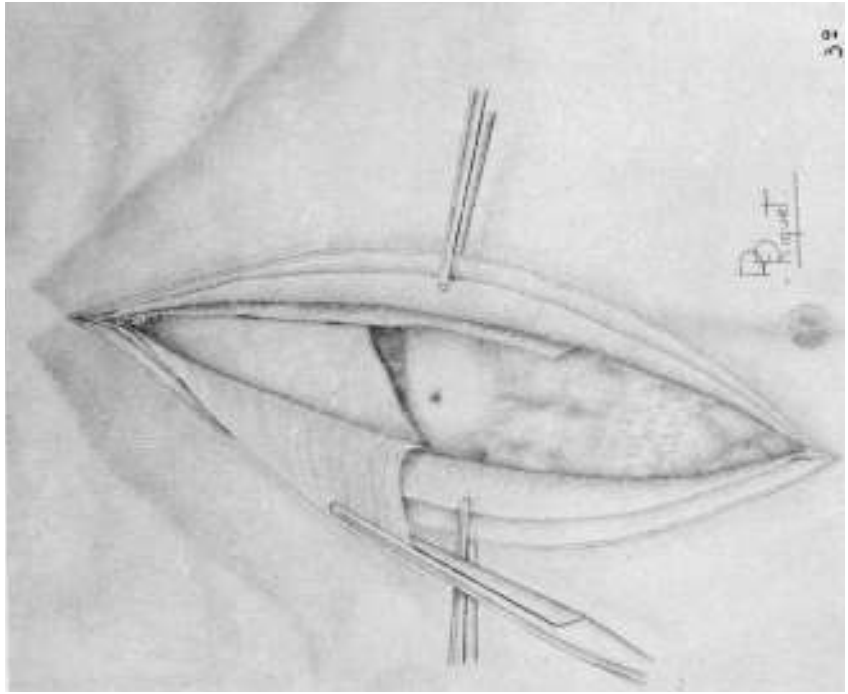
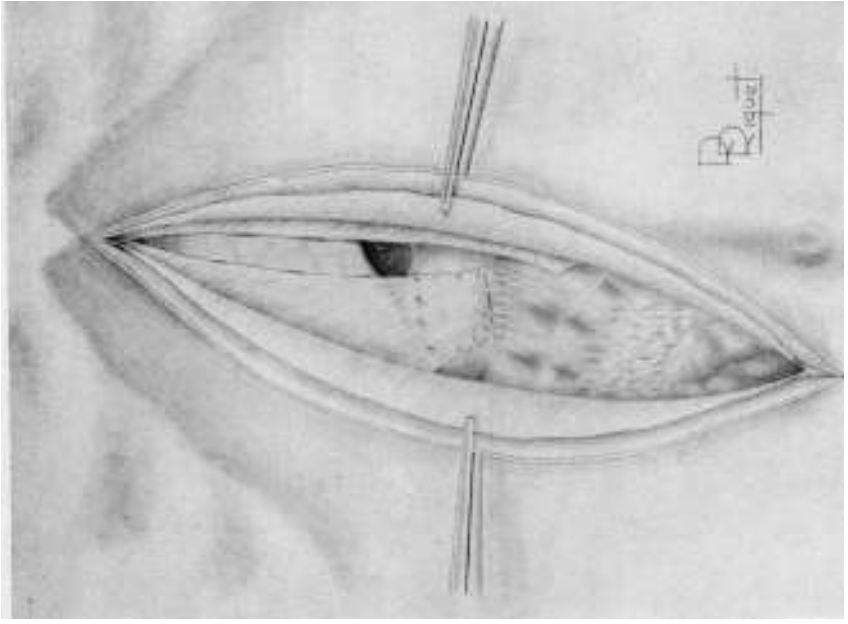
La utilización del ligamento suspensor del hígado en el cierre de la perforación es gastroduodenales.

En Abril de 1931 (Obs. N.º 1), operando una perforación de la curvatura menor cuyo cierre era dificultoso por la infiltración edematosa y la friabilidad de sus bordes y tejidos circunvecinos, recurrimos al desprendimiento del ligamento suspensorio del hígado y a su aplicación sobre el cierre defectuosamente practicado por la jareta destinada al hudimiento de la lesión. El ligamento suspensorio fué fijado por puntos separados, de hilo de lino. El resultado fué bueno. En dos oportunidades más practiquamos la misma operación; en otro caso más de perforación de la curvatura menor y en una perforación de la primera porción del duodeno. El doctor Echevarría, cirujano suplente de nuestro Servicio, en un caso de úlcera perforada del píloro, practicó la misma operación como único cierre, completando la intervención con una gastroenterostomía posterior. El resultado operatorio fué también satisfactorio en esta oportunidad (Obs. VI).

El doctor Larghero me ha cedido una observación (Obs. VIII) de úlcera perforada de la curvatura menor, en la que utilizó el ligamento suspensorio del hígado para reforzar el cierre de la perforación. Como puede apreciarse en la lectura de la observación el resultado de la plastia fué excelente, tanto que permitió, una enorme dilatación del estómago, post operatoria, sin falla del cierre.

Desde hace unos años usamos sistemáticamente, en cirugía gastroduodenal y de las vías biliares, la laparotomía oblicua de W. J. Mayo. Esta incisión tiene la enorme ventaja de permitir fácilmente el cierre del peritoneo y del plano aponeurótico de los músculos anchos, sobre todo cuando no se ha seccionado este plano en su tercio inferior. Como lo demuestran las ilustraciones adjuntas, el ligamento suspensorio, aparece cruzando en banda la mitad superior de la incisión, presentándose fácilmente a las maniobras del desprendimiento de su inserción mediana, sobre la pared abdominal. Este desprendimiento no perjudica en nada la reconstrucción del peritoneo parietal; la plastia una vez realizada queda totalmente intraabdominal. Creemos que este nuevo método de plastia puede ser de utilidad en muchos casos.





BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

Dr. Prat.—El doctor V. Pérez Fontana podría en pocas palabras establecer la técnica empleada.

Dr. V. Pérez Fontana.—La técnica está perfectamente explicada en las cuatro láminas, consiste en ocluir la úlcera suturando sobre ella el ligamento redondo con hilo de lino.

Dr. García Lagos.—Me parece interesante la técnica empleada, pero me pregunto en esos casos no podría haberse utilizado el gran epiplón.

Dr. Prat.—En las suturas difíciles hay que ir a veces muy lejos para tener “pañó” en la obturación y en general ese procedimiento basta, por eso nunca he tenido que recurrir al ligamento redondo. Ahora me pregunto si para el futuro del enfermo esa “suspensión” gastroduodenal por intermedio del ligamento redondo no tendrá inconvenientes, como tirones en posición vertical, etc.

Dr. V. Pérez Fontana.—El Prof. Pierre Duval acaba de describir un procedimiento para las ptosis gastroduodenales “suspendiendo” esos órganos por medio del ligamento redondo.

Dr. Armand Ugón.—El procedimiento ideado por el doctor Pérez Fontana puede ser una solución útil para los casos difíciles de cierre de las perforaciones asenando en regiones altas de la pequeña curva, y en donde, la epiploplastia, puede ser peligrosa de practicar por la posibilidad de estrangulamiento cólico. En otras regiones, cree que la epiploplastia debe ser preferida, como tiempo complementario del cierre minucioso de la perforación, tiempo fundamental de la intervención, por ser de técnica más sencilla, más segura y más fisiológica, que la que puede brindar el ligamento suspensor, fijando, quizás, de una manera nociva para el buen funcionamiento pilórico, el estómago y duodeno a la pared abdominal.

El Dr. Nario.—Manifiesta que el cirujano de urgencia frente a una perforación de estómago o duodeno debe usar los procedimientos más sencillos, que aseguren a oclusión del orificio y la conservación de la forma y funciones del órgano. Limitándose al problema de la oclusión considera que la simple sutura es el mejor procedimiento; y que todos los demás viven de las contraindicaciones de la primera, ando por razones variadas como la friabilidad, etc., no es posible emplearla. El procedimiento indicado por el doctor Pérez Fontana debe ser tenido muy en cuenta, porque la característica del cirujano de urgencia está precisamente en el conocimiento de todos y cada uno de ellos y en su aplicación racional, según las condiciones del campo operatorio. La utilización del ligamento suspensor constituye una maniobra que puede presentarse en el curso de la intervención como la única capaz de ser llevada a cabo con preferencia a las demás. Personalmente ha tenido ocasión de intervenir un caso de perforación de una úlcera péptica de la neoboca (cita el caso).

en el cual fué necesario hacer un recubrimiento simple del orificio mediante una plastia meso-cólico-duodeno-yeyunal, sin posibilidad de otra solución mejor y con excelente resultado. Todo lo cual muestra que dentro de la improvisación a que se ve obligado el cirujano, tiene gran importancia.

En cuanto a la insinuación del doctor Ugón, que se refiere a la utilización del procedimiento en discusión en las úlceras perforadas de la pequeña curva en posición alta, se inclina por diversas razones, a dar sus preferencias a su procedimiento personal de sifonaje continuo que ha tenido ocasión de emplear en un caso; de acuerdo con una sugestión enunciada por Nario en un trabajo anterior (**Fistulas gástricas y duodenales externas**, "Anales de la Facultad de Medicina"; Abril, 1926).