

Oclusión diverticular gastroduodenal en un gastroenterostomizado *

Dr. ALBERTO VALLS

Vamos a presentar con un enfermo, dos problemas patológicos importantes: 1º) el del segmento ciego duodenogástrico que queda por encima de una oclusión duodenal, fue tratada por una gastroenterostomía; 2º) la oclusión duodenal post-colecistectomía.

HISTORIA CLINICA

D. T., hombre, 40 años. R. 8729. Consulta, 31-III-55. Enfermo al que se le practicó, en 1939, una colecistectomía. Hizo en el postoperatorio crisis de distensión de H. D., que calmaba con vómitos de alimentos. Reoperado en 1941, se comprobó una oclusión duodenal, por adherencias de la primera porción del duodeno al lecho vesicular. Se le hizo gastroenterostomía. Siguió sufriendo, comía y tenía dolores de tipo tensivo en H. D., que calman con vómitos de alimentos, nunca biliosos, en volumen menor que lo ingerido.

Examen.— Estado general bueno. Abdomen: cicatriz de mediana supraumbilical. Resto: sin particularidades.

21-III-55: Biligrafina normal. Estudio radiológico de estómago. En el estómago no se observan signos de lesión orgánica. La evacuación se hace en la mayor parte por neoboca, pero hay franco pasaje pilórico. El bario queda retenido en la zona duodenoantral. No hay alteraciones de las asas anastomóticas. Pensamos que los sufrimientos son por distensión de la zona gastroduodenal que quedó en derivación.

Operación (23-III-55).— Anestesia general. Dres. Valls, Karlen y Acosta. Incisión: reseca la cicatriz anterior. Liberación de adherencias de estómago a hígado. Se comprueba el duodeno en su primera y segunda porción (parte alta) adherido firmemente a la zona del lecho vesicular, dilatado, pero de aspecto normal. Pedículo hepático: sin particularidades. Duodeno inframesocólico no dilatado. Gastroenterostomía retrocólica en buenas condiciones. Liberación del duodeno del lecho vesicular, comprobando la buena permeabilidad de aquél. Se interpone epiplón entre duodeno e hígado, fijándolo con puntos al pedículo hepático y peritoneo prerrenal. Se libera la gastroenterostomía y se secciona, se reseca un fragmento del intestino. Cierre del

estómago y enteroanastomosis términoterminal en dos planos. Cierre de la brecha mesocólica. Cierre de la pared por planos.

Postoperatorio.— Excelente. Lo hemos visto hasta este año por otros motivos, sigue muy bien y aumentó 15 kilogramos de peso.

Podemos resumir la historia de este enfermo, diciendo que sufrió una colecistectomía y como consecuencia de ella, la fijación del duodeno al lecho hepático. Como aprendimos del Prof. J. C. del Campo, aparece como consecuencia de la hepatofijación duodenal, un síndrome de estenosis con vómitos de alimentos. Esta situación fue resuelta por una gastroenterostomía y, como consecuencia, quedó una zona diverticular entre el duodeno ocluido y la gastroenterostomía, divertículo que se llena en los períodos digestivos con alimentos y se evacúa con movimientos anti-peristálticos por el mecanismo de vómitos.

Se pone en evidencia que el ideal del tratamiento de las oclusiones duodenales no es la gastroenterostomía, sino tratar a la causa misma de la oclusión, como hicimos en el acto operatorio.

El otro hecho fundamental es que, como consecuencia de la colecistectomía, se pueden producir complicaciones gastroduodenoentéricas [del Campo (1)]. Este problema ha sido señalado de hace largo tiempo. Nario (4) dice que los "estudios radiológicos han mostrado imágenes de variado aspecto y valor", y después agrega que "muy pocas veces el estado adherencial puro obliga a una reintervención".

Luis Ilabaca León (3) da importancia a este sufrimiento y dice que las adherencias se presentan en la casi totalidad de los operados de vías biliares y que son las ya existentes y las creadas por el acto operatorio. La periduodenitis es frecuente, con desplazamiento a la derecha de la porción piloroduodenal.

Frente a la mayoría de las opiniones, el autor cree que los enfermos que sufren

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor J. C. del Campo.

por este motivo, alcanzan a más de un 20% y recomienda el tratamiento cuidadoso del foco operatorio y la sutura correcta del lecho vesicular.

Esas complicaciones pueden aparecer como señala el Prof. del Campo:

- 1) Como consecuencia de que en el hígado queda un lecho vesicular que, aun suturado, puede ser el origen de adherencias con acodadura del duodeno.
- 2) Por la movilización del duodeno por la maniobra de Kocher-Vautrin o cuando éste es espontáneamente móvil, puede adherir a la cicatriz operatoria.
- 3) Que el estómago puede venir al foco operatorio, en enfermos con aquél distendido.
- 4) Que el yeyunoíleon puede aparecer en la zona subhepática, lo que se ve a menudo en el acto operatorio, lo que puede originar oclusiones de delgado.

Durante la operación se pueden evitar estas contingencias (del Campo):

- 1) Interponiendo gran epiplón entre el lecho vesicular y el duodeno, el que se mantiene fijado por puntos al peritoneo prerrenal y al pedículo hepático, como hicimos en el acto operatorio con este enfermo. Si el epiplón no se puede usar, se puede recurrir a tallar un colgajo de peritoneo posterior, que proteja al duodeno.
- 2) Fijando con puntos separados, el duodeno al peritoneo parietal posterior, y alejándolo del peritoneo anterior por la interposición colónica.
- 3) Para evitar el pasaje de estómago y duodeno a la fosa subhepática, se puede usar el ligamento falciforme, uniéndolo con puntos a la profundidad, al estómago, maniobra señalada por Fallon (2).
- 4) Cuando el yeyuno aparece con facilidad en la fosa subhepática, fijando el epiplón mayor al borde inferior de la incisión del peritoneo parietal anterior, lo que constituye una barrera contra esta invasión (Terrier y Lanestein).

BIBLIOGRAFIA

1. del Campo, J. C.: Complicaciones gastro-duodenoentéricas en los colecistomizados. Asociación Médica Argentina. Soc. Argentina de Cirujanos. *Boletines y Trabajos*, año XXIII, sesión 5-XI-62, N° 26, pág. 124.
2. Fallon, John F.: *Worcester Discussion Demel's paper*, pág. 851. XIII Congrès de la Société Internationale de Chirurgie. New Orleans, 10-16 octubre 1949. Imprimerie Medical et Scientifique. Bruxelles.
3. Ilabaca, León Luis: Complicaciones y secuelas de las vías biliares. 3^{er}. Congreso Panamericano de Cirugía, II: 128, Montevideo, 1946.
4. Nario, Clivio: Complicaciones y secuelas de la cirugía de las vías biliares. Relato al Tercer Congreso Panamericano de Cirugía, I: 79, Montevideo, 1946.

DISCUSION

Prof. Dr. Juan Carlos del Campo: El caso que presenta el Dr. Valls y el tema que trata, fue tratado por mí en la Sociedad de Cirujanos de Buenos Aires en el año 1962. Forma parte de un tema general, que viene siendo tratado desde mucho tiempo atrás, y oyéndose y presentándose, como se han presentado hoy aquí, las dos opiniones contrarias. Hay quienes, por ejemplo, dicen que siempre hay adherencias y modificaciones del duodeno del postoperatorio comprobable radiológicamente y que no dan lugar a nada. Y quien, en cambio, tiene que quejarse de haber tenido que reintervenir enfermos por esas adherencias. Esas mismas discrepancias existen desde trabajos antiguos. Los que ya tenemos algunos años, es decir, aquellos a quienes pedía hoy el Presidente que viniéramos y no habláramos, recordamos los trabajos de Duval sobre las periduodenitis de los biliares precediendo o siguiendo a las operaciones, de la importancia que se les daba a las que precedían a las intervenciones y seguían actuando después. Este tema ha sido tratado por mí en diferentes oportunidades. Yo diría, por ejemplo, una posición actual mía es ésta: *que el lecho residual de una colecistectomía debe estar constituido por el hígado arriba y el colon abajo*. Es decir, que yo excluyo el duodeno y el estómago del lecho residual de la colecistectomía, lo que me permite poner un tubo sin inconvenientes; con aspiración se impide el pase del líquido residual al vientre inferior y con la espiración se impide sea aspirado por la bomba de aspiración natural que constituye para algunos enfermos el hemidiafragma derecho.

Recordé en el trabajo publicado dos casos muy importantes. Uno de ellos fue una enferma a quien se le había hecho una colecistectomía por una colecistitis aguda y la enferma había hecho unos sufrimientos postprandiales que los describía en una forma que la hacía etiquetar como una mental. El médico que me trajo la dejó en observación durante seis días

en el Sanatorio; cuando yo llegué a la conclusión que efectivamente era una mental y se lo iba a comunicar al médico, me acordé que siempre he enseñado a mis discípulos que no se debe declarar mental a nadie hasta no estar seguro de que no tiene algo. Y resolví reintervenirla. La paciente que con un gesto expresivamente expresivo, relacionaba el dolor al reborde costal, allí justo en el reborde costal, contra la cicatriz, tenía pegado el duodeno.

En otro caso, la lesión se presentaba nítidamente como una estenosis pilórica; en ese caso había un pequeño absceso residual, que penetraba dentro de la pared del duodeno, sin abrirse en el duodeno. Era un absceso residual de una colecistectomía. Y poco a poco fui codificando mi manera de actuar. Si se quiere excluir el duodeno y el estómago del lecho residual de una colecistectomía, nos sobran elementos. Para fijar un duodeno móvil, tenemos un peritoneo prerrenal que a veces nos permite fijar ese duodeno perfectamente bien. Para que el duodeno no se acerque a la cicatriz anterior, a la cual a veces llega y se adhiere o se acerque al lecho hepático, además de la peritonización del lecho vesicular, podemos recurrir a las franjas epiploicas del colon que las fijamos por arriba del duodeno y peritoneo prerrenal al ligamento duodenohepático. Para impedir que el estómago llegue al campo operatorio, yo he visto y tengo en este momento su caso y es en lo único en que difiero en el trabajo presentado hace dos años, porque por suerte todavía voy cambiando de opinión, para impedir que el estómago se adhiera al campo operatorio, hay un elemento que se ofrece perfectamente bien que es ese ligamento falciforme que con fijarlo un poco a veces al epiplón gastrocólico alcanza para impedir que el estómago llegue al campo operatorio. Se entiende que esto lo hago cuando el estómago viene; no lo hago cuando el estómago no viene. No utilizo el epiplón, no rebato el epiplón para arriba, porque no le quiero ofrecer la posibilidad al intestino delgado de irse al foco operatorio, cosa que hice anteriormente. En un análisis, no recuerdo si era en 50 ó 60 operaciones de colecistectomía simples, a las cuales me refería en el trabajo presentado, en un poco más de la mitad de los casos, había recurrido a estas maniobras.

En un poco menos de la mitad de los casos había considerado innecesario, porque las cosas no se presentaban en forma que uno no podía pensar que iba a hacer una adherencia duodenal. Esa es mi experiencia al respecto y en el momento actual podría decir que lo hago con más frecuencia. Es decir, que termino la

operación, con una serie de pequeños puntos en que excluyo el duodeno de la logia residual. Eso, podríamos decir sistemáticamente. En cambio, en algunas ocasiones, me fijo en excluir el estómago y en otras me fijo en excluir el intestino delgado. Cuando el intestino delgado me incomoda en el acto quirúrgico —que viene al campo operatorio— hago una maniobra que ya está descrita hace muchísimos años atrás. Y a propósito de esto, les voy a señalar un dato muy interesante. Cuando yo llevaba la comunicación a la Sociedad de Cirujanos de Buenos Aires, yo había leído el informe sobre resultados alejados en la cirugía de las vías biliares en un Congreso Internacional de Cirugía. Pero había leído el trabajo del relator y no había leído los cinco, seis o siete artículos de los que habían presentado colaboración. Y en unos de esos artículos que tiene nada más que una página de extensión, y siete u ocho líneas numeradas, aparecía el ligamento falciforme, las franjas del colon y otras cosas más. De manera que 3 ó 4 días después de haber mostrado lo que hacía yo y casi creyéndolo original, me encontraba que alguien lo había descrito perfectamente bien.

Prof. Rafael García Capurro: El trabajo que nos trae el Dr. Valls me interesa. Pero en realidad yo no puedo aportar ninguna experiencia, porque no he tenido ningún caso en que una vesícula después de operada hubiera tenido trastornos de tránsito de duodeno. El lecho duodenal no lo suturo nunca, siempre le pongo una mecha en cigarette. No he tomado ninguna precaución especial. Eso sí, la operación tratamos que sea de lo más ordenada, lo más limpia, en las mejores condiciones. Yo no sé si será suerte, parece que es un poco mucha, porque operé muchas vesículas y en ninguna de éstas he tenido nunca este trastorno. Me interesa, y a pesar de no haber tenido nunca ningún trastorno, voy a tomar mis precauciones, porque creo que por lo menos al interponer el epiplón sobre el lecho, me parece una medida muy razonable.

Dr. Valls: Agradezco que hayan comentado el trabajo el Dr. García Capurro y el Prof. del Campo, del cual hemos aprendido todas estas cosas y, además, él nos facilitó sus trabajos y los que sirvieron para la bibliografía de este tema. Estamos en absoluto de acuerdo con él y la experiencia que tenemos nos lleva a tomar todas estas precauciones en la cirugía de vías biliares, porque seguimos viendo enfermos que hacen sufrimientos duodenales post-colecistectomía