

(Napalkow), quienes sostienen la decorticación de los quistes hidáticos basados en la existencia de gérmenes hidáticos en evolución, ya sea en la membrana que rodea al quiste, ya sea en el parénquima vecino

✓ *Un caso de hernia duodenal derecha estrangulada y volvulus parcial del ileón.*

Por el Dr. P. LARGHERO IBARZ

Este trabajo debía ser presentado con el Dr. Castiglioni, que practicó el examen anatómico del caso. Circunstancias especiales me impidieron contar con su colaboración y habiendo presenciado la autopsia, he decidido traer a consideración de la Sociedad de Cirugía, la observación clínica y lo que me ha sido posible constatar en la mesa de necropsias.

Observación clínica. — Francisco M., de 54 años de edad, ingresa al Hospital Pasteur el día 17 de Enero de 1932 a la hora 20 y 30, en estado agónico. Un familiar que lo acompaña nos dice que el hombre se encontraba completamente bien cuando, a las 12 del día de hoy, sintió bruscamente un violentísimo dolor en el epigastrio, acompañado por arcadas y vómitos. El dolor fué de tal intensidad que se vió obligado a dejar de inmediato su trabajo y llamar al médico de la localidad, Dr. Paravis, el que constató la extrema gravedad del caso, enviándolo con toda premura al Hospital, previa inyección de morfina. Llega después de un viaje de 160 kilómetros en auto, agonizante, sin conocimiento, sin pulso, frío, con desaparición del reflejo corneano, pupilas aún no dilatadas, mucosas blancas.

El examen pre-mortem de su abdomen nos muestra: En el hipocondrio derecho, a derecha de la línea mediana, por encima de la horizontal del ombligo, sin alcanzar por arriba el reborde costal ni llegar por fuera al contacto de la pared, se encuentra un tumor de forma globulosa, liso, tenso, renitente, del tamaño de una gruesa naranja, situado profundamente, fijo, pero levantando la pared y haciendo convexidad suave a ese nivel. Ligera contractura muscular por delante de él. El borde inferior del hígado descendido, llega sobre el tumor, pero no podemos decir si son o no independientes. Hipocondrio izquierdo y epigastrio, deprimidos.

La pared del resto del abdomen, sobre todo en su porción umbilical, aparece ligeramente distendida, pero no es un balonamiento uniforme, sino que pueden apreciarse a la vista el relieve de las asas delgadas un poco dilatadas, dando al conjunto un aspecto un poco abollonado. La palpación a este nivel muestra que el abdomen es depresible, pero no elástico, sino pastoso y las asas gorgotean. No se ve reptación.

Macidez hepática conservada. No se encuentran trazas de vómitos ni defecación en las ropas.

Tacto rectal: Relajamiento esfinteriano. Mucosa seca. No se toca nada anormal. El dedo trae materias de color amarillo.

Muerte media hora más tarde.

Autopsia: Practicada por el Dr. Castiglioni. Presenciada por mí, tomando los datos y apuntes que sirvieron al dibujante de la Sección Fotografía de la Facultad de Medicina, señor Bastos, para hacer las ilustraciones que acompañan al presente trabajo.

La inspección exterior del cadáver muestra en el hipocondrio derecho el tumor detallado en la observación, pero aumentado de volumen, del tamaño ahora de una cabeza de feto.

Se abre el vientre y aparece: arriba, transversal, contraído, de color normal. el estómago y por debajo de él el colon transversal, también contraído fuertemente, levantado, casi pegado a la pared anterior. Colon ascendente y descendente normales. Por debajo, en el piso inframesocólico, asas delgadas distendidas, color borra de vino, clapoteantes. Se piensa de inmediato en una torsión. Se desplazan las asas a la derecha para explorar el mesenterio y se ve entonces en el piso superior del abdomen un tumor del tamaño de una cabeza de niño chico, de superficie lisa, color rojo vinoso, situado por encima del mesocolon, que se presenta estirado, convexo hacia abajo en su mitad derecha. El tumor está totalmente a derecha de la línea mediana y de la aorta.

El colon transversal, en su mitad derecha, levantado por el tumor, lo cruza como una cintura, estando levantados también y por encima del colon, el estómago (píloro y antro). El polo superior del tumor se ve por encima de la pequeña curvatura del píloro y antro, al través del pequeño epiplón que presenta a este nivel una sufusión hemorrágica.

Se dirige entonces a buscar el borde inferior del mesenterio y se encuentra una torsión en sentido contrario al de las agujas de un reloj; contra la pared posterior de la fosa ilíaca, la última asa ileal cruza transversalmente el pedículo mesentérico del vólvulus, acorbatándolo fuertemente.

Producida la destorsión y bajando las asas vinosas, dilatadas y clapoteantes, se constata que el intestino delgado, por encima de su parte media, penetra en un orificio situado sobre el flanco izquierdo y cara anterior de la columna lumbar. De diámetro de unos 8 a 12 centímetros, a bordes muy netos y finos, falciforme, constituido por una doble hoja serosa, este borde anterior es continuado hacia arriba por una membrana serosa translúcida, que deja apercibir las asas contenidas, de color rojo vinoso; la membrana se continúa confundiendo con la hoja inferior del mesocolon transversal.

En realidad, el mesocolon transversal a este nivel es caso inexistente, sus hojas han sido desplegadas, la inferior muy distendida, constituye, como hemos descrito, la pared anterior del saco y ella es muy delgada y avascular, sobre toda esta pared. El ángulo derecho del colon, situado hacia atrás, flanqueaba con el colon ascendente el borde derecho del saco, el borde izquierdo era recorrido, pero alejado del orificio y sin ninguna relación con él, por la vena mesentérica inferior; el ángulo esplénico y colon izquierdo estaban lejos del saco.

La pared inferior del saco se desarrolló a expensas de la hoja inferior del mesocolon transversal en su parte derecha y de la parte superior del mesocolon derecho.

El orificio del saco a reborde cóncavo comprimía el intestino, pero no muy fuer-

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTFVIDEO

temente; no había estricción. La tracción con poco esfuerzo bastó para desalojar el intestino contenido en el saco, el cual presentaba un color idéntico al de la porción intraperitoneal. La parte del intestino contenida en el saco correspondía a la mitad superior, hasta el ángulo duodeno-yeyunal, ángulo cuyas relaciones muy importantes con el saco describiremos más adelante.

Pudo estudiarse en este momento los caracteres del orificio. De forma circular, de unos 8 a 10 ctms. de diámetro, situado por delante y un poco a izquierda de la columna, él está constituido: arriba, por un repliegue falciforme seroso, de borde neto y delgado, avascular, que se apoya por su cuerno derecho sobre la cara anterior del asa eferente del ángulo duodeno-yeyunal, sobre la que se inserta en una extensión de 7 a 8 ctms. Por dentro el anillo está constituido adelante por el asa yeyunal y atrás por la columna vertebral con la aorta de la que nace la mesentérica inferior. Por debajo constituye el anillo otro repliegue falciforme a concavidad superior, cuyas hojas no están íntimamente acoladas como en el superior, sino separadas por un tejido laxo, edematoso y hemorrágico, llevando en su borde libre una arteria rama de la mesentérica inferior, la cólica izquierda superior. El cuerno externo, izquierdo de este repliegue, se confunde con el correspondiente del superior; la vena mesentérica inferior marcha más a la izquierda, alejada del borde libre.

Abriendo el anillo de entrada y observando la parte derecha del túnel inframesocólico, se observa que el ángulo duodeno-yeyunal está enteramente dentro del saco; la cuarta porción del duodeno, el ángulo y el asa eferente en una extensión de 6 a 7 ctms., constituyen una buena parte de la pared postero-derecha de lo que podríamos llamar el vestíbulo del saco.

La inserción del borde derecho del saco no se hace propiamente sobre la cara anterior del asa yeyunal, sino sobre el borde derecho; de esta manera la cara anterior del asa yeyunal eferente está contenida dentro del saco. En efecto, el saco se desvía hacia la derecha, se dirige hacia arriba, llega a ser casi subhepático, como pudo demostrarse introduciendo la mano y el antebrazo, que penetraba hasta cerca del codo en la bolsa, mientras que la mano llegaba casi al contacto del hígado.

CONSIDERACIONES

Aunque las condiciones en que nos llegó el enfermo, hacen por fuerza la observación incompleta, ello no obsta para que no hagamos notar algunos datos clínicos de interés. En primer lugar: el comienzo súbito, el sufrimiento atroz y la evolución fulminante (nueve horas). Teniendo en cuenta los datos de la autopsia, es lógico atribuir al vólvulus estos caracteres. Hace cincuenta años, Zwaardemaker, publicando el primer caso de hernia retroperitoneal estrangulada, con vólvulus, hacía notar esta rapidez de evolución. En segundo lugar, los datos del examen abdominal: vientre moderadamente distendido, pero de consistencia pastosa, casi moldeable. Constatación de un tumor tenso, liso, en el hipocondrio derecho.

Colocándonos del punto de vista práctico, con esta historia, no se nos ocurrió, fuera de la pancreatitis hemorrágica y del vólvulus total

del delgado, otra afección que pudiera comenzar tan repentinamente y evolucionar de manera tan rápida, matando en nueve horas. Pero la constatación del tumor en el hipocondrio derecho y sus caracteres físicos, no iba de acuerdo ni con una pancreatitis ni con el vólvulus total.

La historia pudo haberlo sugerido: el tipo de dolor, la evolución sobreaguda, el tumor palpable. Bien dice Mondor, que las hernias internas, constituyen las oclusiones más insospechadas.

Considerando las resultancias de la autopsia había en nuestro caso una doble lesión, vólvulus de la mitad inferior del delgado, como lo prueba el aspecto violáceo de las asas, su dilatación y la flacidez de sus paredes, y la constatación de la última asa ileal acorbatando el pedículo mesentérico. La torsión se hizo en sentido contrario al movimiento de las agujas del reloj.

La segunda lesión era un estrangulamiento, o mejor dicho, un atascamiento de la mitad superior del delgado en el saco herniario, y, digo atascamiento, porque el anillo u orificio del saco no producía estrangulamiento anatómico verdadero, pero el yeyuno-íleon se encontraba apretado, de color violáceo, poniendo a tensión las paredes delgadas del saco. Sin necesidad de debridar, el intestino fué desalojado con relativa facilidad del saco.

¿A qué tipo de hernia responde nuestro caso?

¿En qué fosita peritoneal se ha hecho?

Podemos afirmar que se trata de una hernia duodenal derecha y en este hecho radica su principal interés, dada la extrema rareza de este tipo de hernias internas. En efecto, la situación del saco herniario era bien en el hipocondrio derecho, como se constató por el examen clínico, por la inspección exterior del cadáver en la mesa de autopsias donde el tamaño del tumor había aumentado y, sobre todo, por la comprobación autóptica. El saco estaba totalmente a derecha de la columna vertebral y su gran eje se dirigía oblicuamente arriba y afuera, hacia la cara inferior del hígado, pasando por detrás del colon transversal derecho y píloro - antro, para aflorar por encima de estos órganos levantando el pequeño epiplón.

Una vez evacuado el contenido el saco conservaba esa posición, como lo pudo comprobar el Dr. Castiglioni, introduciendo su mano en el saco vacío flácido.

En cuanto a saber a expensas de qué fosita se hizo la hernia, es a veces difícil afirmarlo cuando adquieren este tamaño. Sin embargo, la forma del repliegue seroso o pared anterior del saco, la inserción de su cuerno derecho sobre el dorso del asa yeyunal eferente del ángulo de Treitz, la situación de este ángulo que formaba la pared postero-

derecha de la parte inferior del saco, la posición alejada de la vena mesentérica inferior que flanqueaba el borde izquierdo del saco sin tomar parte en la armadura de su orificio, todos estos datos nos parecen indicar que hay derecho a suponer que la hernia se ha iniciado en la fosita duodeno - yeyunal. Esta constatación está de acuerdo con las ideas de Landzert, para quien la hernia derecha se hace en la fosita duodeno - yeyunal.

No puede asimilarse este caso a la variedad de hernia duodenal derecha descrita por Jonnesco con dos casos personales (cedidos por Quenu y Gerard - Marchand), y un caso de hernia congénita insuficientemente descrito por Lautner, antes de los trabajos de Treitz este último. Se trata aquí de una hernia que se hace en la fosita duodenal inferior y crece hacia la derecha, presentando entonces relaciones estrechas con la arteria mesentérica superior; en efecto, el mesenterio del delgado adhería en su caso a todo el contorno del borde libre del orificio del saco, borde libre que era recorrido por la arteria mesentérica superior. Esta arteria aparece así contorneando el cuello del saco por delante, como puede verse en las láminas de su libro.

Todo lo contrario en nuestro caso, la arteria mesentérica superior no tenía relaciones con la pared anterior del saco, estaba hacia atrás y abajo del orificio.

La arteria mesentérica inferior nacía sobre la pared posterior del saco dando la cólica superior izquierda que recorría el borde libre de la pared inferior del repliegue de limitación de la foseta.

Dr. Nario. — Me llama la atención el título con que viene encabezada la interesante observación del Dr. Larghero. Considero que habiendo torsión mesentérica y contenido herniario con discretos signos de estrangulamiento, cabe plantearse cuál ha sido la causa eficiente de los síntomas rápidamente mortales presentados por el enfermo. Me inclino a darle importancia preponderante a la torsión, es decir, a los hechos que se produjeron en vientre libre y por fuera del saco herniario. En consecuencia, la denominación de "Hernia duodenal estrangulada" no parece ser la más ajustada.

El segundo problema que se plantea es el siguiente: ¿El enfermo tenía su saco habitado y a raíz de esto realizó su torsión, o, por el contrario, fué la torsión que, dilatando el intestino, propició la habitación secundaria del saco? Sería interesante poder aclarar este punto experimentalmente y clínicamente, porque una torsión es susceptible de pasar desapercibida cuando complica una hernia interna, con mayor facilidad que cuando está sola como causa de oclusión.

Felicito al Dr. Larghero por la precisión de los datos minuciosos con que viene relatado el caso.

Dr. García Lagos. — Tengo la misma impresión que el Dr. Nario. Creo que la muerte se haya producido por el vólvulus y no por la presencia de la hernia duodenal.

Dr. del Campo J. C. — De acuerdo con lo manifestado por los Profs. García Lagos y Nario, me parece que tiene más importancia el vólvulus del intestino delgado que la estrangulación del contenido herniario. En el diagnóstico de estas hernias internas estranguladas, se ha hecho un gran progreso, con el examen radiológico. Señala un caso y cree que si se encontrara frente a otro, lo diagnosticaría basándose: 1º) en la situación alta y pequeño número de niveles líquidos, lo que indica una oclusión alta del intestino delgado; 2º) en la inmovilidad de los niveles líquidos en relación a la sombra de la columna en radiografías tomadas en posición vertical y decúbito lateral.

Es una lástima que, por causas que ha señalado el Dr. Larghero no se haya podido precisar la situación exacta con relación al peritoneo parietal, a los grandes vasos, etc., de manera de saber en qué forma llegaba a tomar contacto con el hígado.

Dr. Larghero. — Hay un hecho que me llamó la atención y es el crecimiento de la hernia, cuyo tamaño, reducido cuando examiné el enfermo en la sala, creció a casi el doble hasta el momento de la autopsia. También he hecho notar que las asas que se encontraban dentro del saco, tenían el mismo aspecto que las que se encontraban fuera, formando el vólvulus. Si no huiera existido estrangulamiento, mejor dicho, atascamiento, las asas contenidas en el saco habrían presentado un aspecto normal como el estómago y el colon.

Insisti en que el estrangulamiento en las hernias internas debe entenderse como atascamiento, sin estricción por el cuello, cuyos caracteres anatómicos no le permiten obrar como lo hace el cuello en otras hernias. Este hecho ha sido señalado en todas las observaciones.

En cuanto a lo que dice el Dr. del Campo sobre relaciones anatómica del polo superior del saco, lamento mucho no poder darlas porque no fui yo quien hizo la autopsia. Sólo me limité a observar.