

Postoperatorio alejado de la operación de Noble * **

Dres. ALFONSO SANTOS DUBRA y ERICH W. POLLAK GÖTZL

CONSIDERACIONES PREVIAS

Se estudian los resultados postoperatorios alejados obtenidos en el Hospital de Clínicas de Montevideo en pacientes con plegado intestinal según técnica de Noble.

Se han tenido en cuenta únicamente pacientes que han tenido por lo menos una oclusión intestinal. Como puede observarse en el cuadro I, en casi todos los casos se trata de multioperados con antecedentes de varias oclusiones intestinales, en los cuales la operación de Noble constituye un último intento para prevenir la recidiva de la oclusión.

No se han tenido en cuenta los casos en los cuales (en ausencia de oclusión o antecedentes oclusivos) se ha practicado un plegado intestinal profiláctico. De la inocuidad de la intervención en estos últimos casos habla el hecho de que ninguno de ellos ha tenido reingresos al Hospital de Clínicas por oclusión, según hemos podido comprobar revisando la totalidad de las historias en el Hospital, de enfermos ingresados por oclusión intestinal.

Los casos de la presente estadística han sido operados por diversos cirujanos, pertenecientes a las distintas escuelas quirúrgicas de nuestro medio, lo cual no impide que del análisis de los resultados se puedan sacar conclusiones interesantes.

CASUÍSTICA

Se han considerado así 16 casos que consideraremos brevemente.

CASO Nº 1.— J. J. G. de R. Reg. Nº 62.311. Mujer blanca de 40 años, procedente de campaña. Tres intervenciones anteriores. A los

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" del Profesor Dr. José A. Piquinela.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 22 de junio de 1967.

diez días de su última intervención hace una oclusión mecánica baja de delgado, por lo cual se opera.

Operación (1º-II-62): Se comprueba un fragmento de epiplón introducido en el drenaje suprapúbico, causando un vólvulo de delgado que se había acodado sobre dicho epiplón. Liberación de adherencias, devolvulación, resección de 80 cm. de delgado, aspiración y anastomosis terminoterminal. Noble parcial.

Postoperatorio inmediato: Sin particularidades.

Postoperatorio alejado: Sin particularidades. Último control, el 3-VII-62.

CASO Nº 2.— J. L. S. de G. Reg. Nº 27.935. Cinco intervenciones anteriores, un cuadro suboclusivo.

Operación (9-X-57): Liberación de adherencias. Noble total con surget de lino.

Postoperatorio precoz: Distensión abdominal, hiperemesis, flemón del celular, eventración.

Postoperatorio alejado: Discreta constipación que mejora con laxantes. Último control, el 22-VI-59.

CASO Nº 3.— M. R. de A. Reg. Nº 18.000. Mujer blanca de 42 años. Tres intervenciones anteriores. Ingresos por dolor y constipación para materias y gases, en el postoperatorio de su última intervención que fue una colecistectomía.

Operación (28-IX-55): Liberación de adherencias, plegado de un asa desperitonizada. Exploración de la vía biliar principal, sin particularidades. Interposición de epiplón entre cara inferior de hígado y duodeno, fijándolo con dos puntos. Cierre.

Postoperatorio inmediato: Sin particularidades.

Postoperatorio alejado: Durante dos meses asintomático, durante un año alternancia de constipación y diarreas, que posteriormente desaparecen. 10-X-60: Eventración. Último control, el 14-III-63, sin síntomas intestinales.

CASO Nº 4.— B. R. E. C. Reg. Nº 48.929. Mujer blanca de 46 años. Seis intervenciones anteriores, cinco de ellas por inclusión intestinal. Reingresa por dolor.

Operación (2-IV-58): Liberación de adherencias. Noble total. Interposición de epiplón entre las asas y la pared.

Postoperatorio precoz: Distensión, hiperemesis, flemón de pared.

Postoperatorio alejado: Sin particularidades. Último control, el 14-II-64.

CUADRO I

Núm.	Núm. de registro	Operación anterior	Oclusión	Fecha Noble total o parcial	Noble	Postoperatorio precoz	Postoperatorio alejado	Ultimo control
1	62.311	3	1	1-II-62	Parcial. Múltiple.	Sin particularidades.	Sin particularidades.	3-VII-62
2	27.935	5	1	9-X-57	Total.	Distensión, vómitos, flemón, eventración.	Constipación discreta.	22-VI-55
3	18.000	3	1	28-IX-55	Parcial.	Sin particularidades.	Sin particularidades.	14-III-63
4	48.929	6	5	28-IV-58	Total.	Distensión, vómitos, flemón.	Sin particularidades.	4-V-64
5	3.366	7	3	29-VI-63	Total.	Diarrea.	Crisis suboclusiva. Luego sin particularidades.	4-V-66 16-IV-64
6	193.851	6	3	29-XII-63	Parcial. Múltiple.	Sin particularidades.	Sin particularidades.	20-X-63
7	184.719	1	1	1-X-63	Parcial.	Flemón.	Sin particularidades.	22-IV-65
8	221.569	0	1	18-III-65	Parcial.	Hipotasemia, flemón, crisis alérgica.	Sin particularidades.	9-III-66
9	154.043	8	2	23-IX-65	Parcial.	Distensión.	Sin particularidades.	18-IV-66
10	203.398	7	2	14-V-64	Total.	Flemón.	Diastasis de los rectos. Resto sin particularidades.	29-I-66
11	90.149	2	2	5-VII-65	Parcial.	Hematoma del celular. Diarrea.	Crisis suboclusiva.	III-64
12	2.282	5	4	15-X-55	Parcial.	Crisis suboclusiva.	Reoperada.	13-VIII-64
13	23.621	3	2	15-IX-58	Total.	Fístula de delgado.	Crisis suboclusiva. Reoperada (2 veces). Luego sin particularidades.	22-III-66
14	106.402	3	2	13-X-60	Parcial.	Crisis suboclusiva y oclusión.	Reoperada.	99-IA-61
15	163.335	6	4	23-X-62	Total.	Crisis suboclusiva, transitoria, psíquicos, seudooclusión.	Reoperada.	Luego sin
16	3.069	3	2	II-58	Total.	Eventración.	Reoperada (2 veces).	partic.

CASO Nº 5.— P. E. D. M. Reg. Nº 3.366. Hombre blanco de 60 años. Siete intervenciones anteriores, incluyendo una hemicolectomía derecha. Tres intervenciones por oclusión. Ingresar por cuadro suboclusivo que cede con tratamiento médico.

Operación (29-VI-63): Liberación de adherencias, resección de la ileotransversostomía, ileotransversostomía terminolateral típica y plegado total del delgado.

Postoperatorio inmediato: Diarrea.

Postoperatorio alejado: Sin particularidades, exceptuando un episodio de constipación con máscara pseudoclusiva, con un estudio radiológico de tránsito intestinal, mostrando un buen pasaje por el delgado. Ultimo control, el 4-V-66.

CASO Nº 6.— L. B. A. de C. Reg. Nº 193.851. Seis intervenciones anteriores, tres por oclusión intestinal; sigue con crisis suboclusivas.

Operación (2-XII-63): Liberación de adherencias, cierre de dos brechas intestinales quirúrgicas, resección de 20 cm. de delgado, anastomosis terminoterminal. Operación de Noble parcial de la zona yeyunal media. Cierre.

Postoperatorio inmediato: Sin particularidades.

Postoperatorio alejado: Sin particularidades. Ultimo control, el 16-IV-64.

CASO Nº 7.— J. M. R. de A. Reg. Nº 184.719. Una intervención anterior. Oclusión intestinal postoperatoria.

Operación (1º-X-63, diecisiete días después de la anterior): Oclusión múltiple de yeyuno y asa aferente por adherencias y brida estenótica en asa aferente y acodaduras y bridas múltiples en yeyunoíleon. Liberación de adherencias y plegado de dos asas yeyunales.

Postoperatorio inmediato: Flemón de pared.

Postoperatorio alejado: Sin particularidades. Ultimo control, el 20-X-63.

CASO Nº 8.— L. S. M. de G. Reg. Nº 221.569. Sin intervenciones anteriores. Ingresar por oclusión intestinal febril.

Operación (18-III-65) (en agudo): Perivisceritis de origen apendicular rodeando absceso apendicular, líquido turbio en el Douglas. Apendicectomía, liberación de adherencias. Noble parcial. Cierre.

Postoperatorio inmediato: Hipopotasemia, flemón de pared, reacción alérgica al collubiazol.

Postoperatorio alejado: Sin particularidades. Ultimo control, el 22-IV-65.

CASO Nº 9.— I. G. M., 20 años. Reg. Nº 154.043. Ocho intervenciones anteriores, dos por oclusión intestinal. Ingresar por crisis dolorosas intestinales.

Operación (23-IX-65): Liberación de adherencias. Noble parcial de las cuatro últimas asas ileales con puntos separados de lino 70,

suturando la última asa ileal al cecoascendente. Interposición de epiplón entre las asas y la pared. Cierre.

Postoperatorio inmediato: Distensión pasajera.

Postoperatorio alejado: Sin particularidades. Ultimo control, el 9-III-66.

CASO Nº 10.— M. T. T. de P. Reg. Nº 203.398. Mujer blanca de 56 años. Siete intervenciones anteriores, una por oclusión, luego crisis suboclusivas repetidas. Ingresar por cuadro oclusivo y eventración postoperatoria.

Operación (14-V-64): Liberación de adherencias, Noble subtotal con nylon multifilamento (surget) y cierre, reparando la eventración.

Postoperatorio inmediato: Supuración de la herida.

Postoperatorio alejado: Diastasis de los rectos. Sin síntomas intestinales. Ultimo control, el 18-IV-66.

CASO Nº 11.— A. C. L. Reg. Nº 90.149. Mujer blanca de 56 años. Dos intervenciones anteriores, una por oclusión. Luego nuevo cuadro suboclusivo que cede con tratamiento médico. Ingresar por eventración.

Operación (5-VII-65): Liberación del saco, liberación de adherencias, Noble parcial de 1 metro de íleon, usando surget de lino 70. Interposición de epiplón entre la pared y las asas. Cierre.

Postoperatorio inmediato: Hematoma del celular, diarreas.

Postoperatorio alejado: Tuvo una crisis suboclusivo que cedió rápidamente con tratamiento médico, con posterioridad a haber sido irradiada por un neoplasma de cuello de útero. Ultimo control, el 29-I-66.

CASO Nº 12.— R. B. de P. Reg. Nº 2.282 de la Clínica del Prof. Dr. Piquinela. Mujer blanca de 30 años, con cinco intervenciones anteriores, tres de ellas por oclusión intestinal. Ingresar por un nuevo cuadro oclusivo que mejora incompletamente con tratamiento médico.

Operación (15-X-59): Liberación de adherencias. Noble parcial del sector yeyunal medio. Noble parcial del sector íleon terminal que se sutura al cecoascendente.

Postoperatorio: Crisis suboclusivas repetidas.

Reintervención (20-VIII-60): Conservación del plegado en el sector yeyunal medio. Pérdida del plegado ileal. Foco adherencial firme que engloba la cicatriz operatoria, el ciego, la gotera parietocólica y forma un manguito escleroso al íleon. No hay obstáculo mecánico al tránsito, pero la entidad de las lesiones adherenciales explicaban, a juicio del cirujano actuante, la sintomatología. Se practicó liberación de adherencias.

Evolución ulterior: Es reintervenida dos años más tarde por granuloma por hilo de sutura irabsorbible fistulizado en el ciego, que se reseca, practicándose puesta a plano y cecostomía. Evolución ulterior buena. Ultimo control, marzo de 1964.

Caso N° 13.— M. G. G. de C. Reg. N° 23.621 del Hospital de Clínicas. Mujer blanca de 45 años. Tres intervenciones anteriores, una de ellas por oclusión. En 1958, nuevo cuadro oclusivo que cede con tratamiento médico.

Operación (15-XI-58): Liberación de adherencias. Operación de Noble total con surget de lino.

Postoperatorio: Doce días después de la intervención se comprueba una fístula yeyunal que se estabiliza con tratamiento médico.

Reintervención: Se comprueba: 1) plegado bien conservado; 2) extensas adherencias a la pared anterior; 3) fístula yeyunal baja; 4) no hay obstáculo mecánico por debajo de la fístula. Se reseca el segmento de intestino fistulizado y se hace anastomosis terminoterminal. En la liberación se abren tres asas delgadas que se suturan en dos planos. Cierre. Los estudios efectuados demostraron la existencia de una moniliasis intestinal.

Evolución ulterior (16-I-59): Nueva fistulización que se interviene dos días después. Evolución ulterior favorable.

Postoperatorio alejado: Crisis suboclusivas en dos oportunidades. Ultimo control, el 13-VIII-64.

Caso N° 14.— J. G. B. de D. Reg. N° 106.402 del Hospital de Clínicas. Paciente blanca con tres intervenciones anteriores, una de ellas por oclusión. Ingresa por eventración y crisis suboclusivas.

Operación (13-X-60): Liberación de adherencias. Noble parcial del sector yeyunal medio con hilo de algodón, a puntos separados; cura quirúrgica de la eventración.

Postoperatorio: Cuadros oclusivos y suboclusivos a repetición. Ingresa el 21-I-63 con una semana de oclusión y mal estado general.

Reintervención (21-I-63) (en agudo): Se comprueba: 1) gran cantidad de adherencias; 2) predominio de las adherencias a nivel del plegado, donde se ha acolado un asa angulándose y determinando la oclusión. La paciente entra en shock intenso, contraindicándose otras maniobras exploradoras y practicándose una anastomosis laterolateral, entre el asa supra e infrayacente al obstáculo.

Evolución ulterior: Ha seguido con crisis oclusivas y suboclusivas durante un año. Evolución alejada favorable. Ultimo control, el 22-III-66.

Caso N° 15.— J. E. H. M. Reg. N° 163.335 del Hospital de Clínicas. Mujer blanca de 35 años, con antecedentes de enfermedad de Addison y psicopatía evidente. Seis intervenciones anteriores, cuatro por oclusión. Ingresa por oclusión de quince días de evolución.

Operación (23-X-62): Liberación de adherencias, operación de Noble total con surget de lino, puntos seromusculares equidistantes de los bordes.

Postoperatorio: 1) Inmediato: constipación a repetición que cede con enemas. 2) Alejado: pasa bien un año. Se acentúan después más trastornos psicopatías. Reingresa tres años después de la intervención por alteraciones del

tránsito y exacerbación de sus trastornos psicopatías. Se interpretó en determinado momento como una oclusión y se intervino.

Reintervención (22-IX-65): Se comprueba: 1) plegado intestinal conservado; 2) adherencias extensas a la pared anterior, de las asas entre sí y a todo el marco cólico; 3) no se comprueba obstáculo franco al tránsito intestinal. Se practica: a) sección de adherencias parietoviscerales; b) interposición de epiplón entre la pared y las asas.

Evolución ulterior: Sigue con alternancia de constipación y diarreas, intrincada con evidentes manifestaciones psicopatías. Sin nuevas laparotomías. Ultimo control, el 15-VI-66.

Caso N° 16.— I. R. Reg. N° 3.069 de la Clínica del Prof. Dr. Piquinela. Mujer blanca de 41 años. Tres intervenciones anteriores, una por oclusión. Reingresa en febrero de 1958 por un nuevo cuadro oclusivo.

Operación: Liberación de adherencias, operación de Noble total con puntos separados de lino.

Postoperatorio: No ha tenido nuevas crisis oclusivas. Fue reintervenida tres veces por eventración recidivante. Reingresa nuevamente por recidiva de su eventración.

Reintervención (18-VIII-60): Se comprueba: 1) sector yeyunal medio, plegado conservado; 2) falla total y en partes parcial del plegado en el sector alto y a nivel del sector ileal; 3) existencia de granulomas rodeando los puntos de sutura y de bridas filiformes en cuerdas de violín. Se practicó plastia parietal a la manera de Cattell.

Evolución ulterior: Reingresa dos años después por dolor abdominal y vómitos. Se reinterviene.

Segunda reintervención (25-VI-62): Se comprueba: 1) no hay oclusión ni distensión de asas; 2) adherencias de epiplón y asas a la pared anterior; 3) pelvis bloqueada por adherencias; 4) disposición de las asas semejante a la intervención anterior.

Evolución ulterior: Sin particularidades.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

En resumen, de 16 pacientes considerados, 8 se conservan sin síntomas intestinales en el momento actual, después de periodos de observación que variaron de meses a ocho años.

Un paciente tiene síntomas mínimos (constipación que cede con laxantes).

Un paciente tuvo una crisis suboclusiva postirradiación por neoplasma de cuello de útero. A esa paciente se le había efectuado un Noble parcial, un año y medio años antes.

Cuatro pacientes tuvieron crisis de constipación a forma pseudocclusiva, siendo intervenidos tres de ellos y mejorando el cuarto, luego de haberse efectuado el diagnóstico correcto con la ayuda de la radiología contrastada.

Una paciente fue intervenida por fístula de delgado.

Finalmente, sólo una paciente fue reintervenida por una oclusión genuina confirmada por la laparotomía.

Los 16 pacientes considerados se desdoblaron en siete casos de Noble total y nueve de Noble parcial, cuya evolución consideraremos separadamente.

Postoperatorio del Noble total:

Total	7 pacientes
Sin síntomas intestinales	2
Constipación leve	1 paciente
Crisis pseudocclusiva, no operada	1
Crisis pseudocclusiva, operadas	2 pacientes
Fístula de delgado (y moniliasis)	1 paciente

Postoperatorio del Noble parcial:

Total	9 pacientes
Sin síntomas intestinales	6
Suboclusión postirradiación	1 paciente
Pseudocclusión operada	1
Oclusión de delgado operada	1

Los incidentes registrados por nosotros en la presente estadística en el postoperatorio alejado de la operación de Noble son:

- 1) Constipación simple.
- 2) Constipación con máscara pseudocclusiva, objetivadas y documentadas por la radiología contrastada o la laparotomía exploradora.
- 3) Crisis suboclusivas.
- 4) Oclusión intestinal.

Se estudio el estado del plegado en la reintervención.

El hallazgo anatómico fue:

- 1) Conservación del plegado.
- 2) Falla parcial del plegado (casos en que se usó sutura a puntos separados).
- 3) Bridas en cuerdas de violín (caso en que se usó sutura a puntos separados).
- 4) Adherencia extensa a la pared anterior.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

En general los incidentes por nosotros relatados figuran también en estadísticas de otros autores (Hervé y Mattei, 1956; Thomeret, 1951; Silvain Blondin, 1956; Poth Wolma y Lynch, 1961; etc.).

No hemos encontrado en la presente serie las siguientes alternativas señaladas en otras estadísticas:

- 1) Adelgazamiento persistente (Mialaret y Edelman, 1956; Hervé y Mattei, 1956).
- 2) Narcomanía persistente (Barron y Fallis, 1955; Poth Wolma y Lynch, 1961; Lord, 1951).
- 3) Aceleración del tránsito intestinal persistente (Noble, 1937; Quenu y Thomeret, 1951; Piquinela, 1955; Mialaret y Edelman, 1956).
- 4) Peritonitis por perforación tardía (Owen, 1950; Seabrook y Wilson, 1954; Boyden, 1954; Childs y Phillips, 1960).

No hemos registrado casos mortales en nuestra serie. Las causas de muerte citadas por otros autores son:

- 1) Oclusión intestinal.
- 2) fístula de delgado.
- 3) Peritonitis por perforación tardía.

Revisando las historias de pacientes reintervenidos, llaman la atención algunos hechos:

1) Frecuencia de la existencia de extensas adherencias a pared anterior en pacientes reintervenidos con diagnóstico de oclusión mecánica, en los cuales la operación no mostraba obstáculo mecánico (3 en 4 casos). En por lo menos uno de ellos esa adherencia era causa evidente de la sintomatología del paciente. Es éste un argumento importante a favor de la conservación del epiplón mayor y su interposición entre la pared y las vísceras cuando ello es posible. Nosotros sólo resecamos epiplón cuando está muy alterado y en la extensión estrictamente necesaria y suturamos el epiplón a la cara anterior de la masa intestinal con fines de crear un plano de deslizamiento entre las asas y la pared anterior.

2) En dos casos se comprobó falla del plegado. En el primero de ellos a nivel de la falla se produjo un magma adherencial, fuente de trastornos intestinales. En el segundo, si bien no había síntomas intestinales, se comprobó la formación de bridas filiformes en cuerda de violín, factor potencial evidente de producción de hernia interna, acodamientos y volvulaciones, que afortunadamente no se produjeron en el caso relatado. Esas comprobaciones están de acuerdo con hallazgos de los autores franceses que insisten en que la falla del Noble es una eventualidad peligrosa que debe ser detectada precozmente y de ser posible reparada. Destacamos también que esa formación de bridas filiformes es más frecuente con el uso de sutura en puntos separados. Nosotros preferimos el surget, a las suturas con puntos separados. Usamos sutura continua corta, de no más de 5 a 6 cm., de lino fino, que deja nudos firmes y delgados. No acompañamos a Noble cuando prefiere el catgut simple o crómico 00, pretendiendo con ello mantener las adherencias sólo el tiempo necesario para sobrepasar el período adhesivo. Creemos que esta manera de actuar constituye un serio riesgo al que se expone al paciente por la posibilidad de liberación intestinal. Entre los hilos irreabsorbibles preferimos el lino por su tendencia a provocar una reacción peritoneal irritativa aséptica y adhesiva. A medida que vamos efectuando el plegado hay que ir reintroduciendo las asas plegadas al abdomen para evitar la reducción final en masa, habitualmente muy dificultosa.

3) En los dos casos relatados, la falla del Noble se produjo en el sector ileal, hecho que no parece ser tan frecuente en otras estadísticas, ya que los autores por lo general sostienen que a ese nivel es donde el plegado tiene la máxima firmeza. A ese respecto cabe insistir en la conveniencia en suturar la última asa ileal al cecocolon ascendente para evitar su caída a la pelvis con formación de un magma adherencial inevitable.

CONCLUSIONES

1) De 16 casos analizados, 12 se conservan libres de nuevos cuadros oclusivos y 4 han sido reintravenidos con diagnóstico

clínico de oclusión, comprobándose sólo en 1 caso una oclusión mecánica evidente; de ello se deduce que la intervención ha conseguido la finalidad propuesta al ejecutarla.

2) Un síndrome clínico de oclusión intestinal en un postoperatorio de plegado intestinal no siempre responde a un obstáculo mecánico. La realización de un estudio radiológico contrastado de tránsito intestinal con Hypaque puede mostrarnos en esos casos un tránsito conservado. En los casos dudosos siempre se debe reintervenir porque la experiencia en el extranjero ha demostrado la peligrosidad de la oclusión postplegado.

3) La presencia de síntomas intestinales postplegado debe hacer sospechar la falla del plegado o la adherencia de asas libres al plegado en el Noble parcial. En el primer caso, es aconsejable intentar rehacer el plegado; en el segundo, luego de liberadas las adherencias, considerar la posibilidad de completar el plegado.

4) La presencia de adherencias visceroparietales masivas, provocando el anclaje de un intestino ya solidarizado a asas vecinas por el Noble, es factor de distensión, sufrimiento y de alteración del tránsito intestinal. Es aconsejable evitar ese anclaje interponiendo epiplón mayor sano entre las asas y la pared.

5) En la realización del plegado se aconseja el uso de sutura continua corta seromuscular de lino fino, emplazando los puntos sobre las caras a igual distancia de los bordes.

6) Los resultados obtenidos con la operación de Noble en el Hospital de Clínicas de Montevideo, invitan a recomendar el procedimiento para la solución definitiva del problema de la perivisceritis crónica evolutiva y oclusivante.

RESUMEN

Los autores estudian la evolución postoperatoria alejada de la operación de Noble en el Hospital de Clínicas de Montevideo.

1) De 16 casos operados, 12 se mantienen sin nuevas oclusiones.

2) De 4 casos operados por oclusión colónica, sólo se comprobó obstáculo mecánico en 1.

3) Se estudia separadamente la evolución del Noble total y del parcial.

4) Se establece el carácter patológico y generador de síntomas intestinales de la adherencia visceroparietal masiva y su prevención por la interposición de epiploon mayor sano.

5) Se señalan algunas consideraciones de técnica operatoria de interés para lograr un buen resultado final.

6) Se establecen normas de conducta frente a la oclusión postplegado.

RÉSUMÉ

Les auteurs étudient l'évolution post-opératoire éloignée de l'opération de Noble, dans l'Hôpital des Cliniques de Montévidéo.

1) Des 16 cas opérés, 12 n'ont pas eu des nouvelles occlusions.

2) De 4 cas opérés par occlusion clinique, seulement on trouva obstacle mécanique dans 1 cas.

3) On étudie séparément l'évolution du Noble total et partiel.

4) On établit le caractère pathologique et générateur de symptômes intestinaux de l'adhérence viscero-pariétale massive et sa prévention par interposition du grand epiploon sain.

5) On signale quelques considérations de technique opératoire d'intérêt pour obtenir un bon résultat final.

6) On établit des normes de conduite vis à vis de l'occlusion post plissement.

SUMMARY

The long term post-operative course in the operation of Noble, as performed at the University Hospital of Montevideo, is discussed.

1) Of the 16 patients operated on, 12 have developed no new occlusions.

2) Of the 4 cases operated on for clinical occlusion, mechanical block has been observed only in 1.

3) The course of total and partial Noble surgery is studied separately.

4) Attention is drawn to the pathological nature of the massive viscero-parietal adhesion and to the fact that it gives rise to intestinal symptoms, the condition being prevented by interposing the uninvolved greater omentum.

5) The salient features of an operative technique conducive to satisfactory results are discussed.

6) Adequate approach to occlusion from curling is dealt with.

BIBLIOGRAFIA NACIONAL

1. AGUIAR, A. La operación de Noble y la dinámica intestinal. Curso de graduados de la Clínica de Nutrición y Gastroenterología, 1961.
2. BOTTO, J. El factor intestinal en la peritonitis plástica. *Día Méd. Urug.*, 1071-1081, 1954.
3. BOTTO, J. Conducta frente al vientre post-operatorio crónico. Publicaciones del Inst. de Clín. Quir. del Prof. C. Nario, 1953, pág. 201-225.
4. PERDOMO, R. La operación de Noble. Montevideo, 1962.
5. PIQUINELA, J. A. Oclusión intestinal por adherencias. Operación de Noble. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 26: 163-177, 1955.
6. PIQUINELA, J. A. Estenosis múltiples de delgado de naturaleza tuberculosa. Adherencias postoperatorias. Liberación, resección y operación de Noble. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 26: 216-227, 1955.
7. PIQUINELA, J. A. La operación de Noble. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 26: 364-385, 1955.
8. PIQUINELA, J. A. Eventración intersticial. Adherencias postoperatorias. Operación de Noble. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 26: 625-642, 1955.
9. PIQUINELA, J. A. La operación de Noble. El problema de las adherencias peritoneales. *An. Fac. Med. Montevideo*, 40: 109-132, 1955.
10. POLLAK, E. W. Peritonitis plástica. Estudio experimental y clínico. Tesis de Doctorado. Montevideo, Fac. de Med., 1963.
11. POLLAK, E. W. Resultados postoperatorios de la operación de Noble. Tesis presentada a la Escuela de Graduados, 1963.

BIBLIOGRAFIA EXTRANJERA CITADA

- 11a. BLONDIN, S. Conclusiones de la discusión sobre los resultados y en particular los resultados alejados de la operación de Noble. *Mem. Acad. Chir. Paris*, 608, 1956.
12. CHILDS, W. A. y PHILLIPS, R. B. Experiencia con plegado intestinal y una modificación propuesta. *Ann. Surg.*, 152: 258-265, august 1960.
13. BARRON, J. y FALLIS, L. S. La operación de Noble para la oclusión intestinal crónicamente recidivante. *Arch. Surg.*, 518, 1955.
14. HERVÉ, A. y MATTEI, F. A propósito de la operación de Noble. *Mem. Acad. Chir. Paris*, 82: 457, 1956.

15. BOYDEN, A. M. En la discusión del trabajo de Seabrook y Wilson. *Am. J. Surg.*, 88: 186, 1954.
16. LORD, J. W. Balance crítico de la operación de Noble. *Gastroenterology*, 19: 801-811, 1951.
17. MIALARET, J. y EDELMAN, G. Indicaciones y resultados de la operación de Noble. *Mem. Acad. Chir. Paris*, 82: 495, 1956.
18. NOBLE, T. B. (JR.). Plegado del intestino delgado o como profilaxis de las adherencias. *Am. J. Surg.*, 35: 41-44, 1937.
19. NOBLE, T. B. (JR.). El valor del plegado en el tratamiento de la peritonitis y adherencias peritoneales consecutivas. Trabajo póstumo, 1959.
20. POTH, E. J., WOLMA, F. J. y LYNCH, J. B. El procedimiento del plegado en las adherencias del delgado. *Surg. Gyn. and Obst.*, 112: 343-9, 1961.
21. QUENU, J. y THOMERET, G. La operación de Noble. *Mem. Acad. Chir. Paris*, 77: 80-86, 1951.
22. SEABROOK, D. B. y WILSON, N. D. Prevención y tratamiento de la obstrucción intestinal por el procedimiento de Noble. *Am. J. Surg.*, 88: 186, 1954.

DISCUSION

Dr. Michellini: Felicítamos a los autores por el gran trabajo que les ha significado esta presentación.

Siempre que nos hemos encontrado ante la posibilidad de realizar una operación de Noble, nos ha sucedido lo siguiente:

Enfermos en oclusión, multioperados en los cuales el tiempo de liberación de adherencias, de aspiración del contenido intestinal y de colocar las cosas en el mayor orden posible en el abdomen, nos significaba ya un tiempo prolongado en un enfermo en general grave.

La realización del Noble total significa un tiempo operatorio también prolongado, lo cual llevaba, en síntesis, a una intervención de cerca de tres horas.

En dos oportunidades de enfermos multioperados, uno de ellos lo intervenimos en el Círculo Católico hace cuatro años, en quien se había realizado una operación de Noble y había hecho una oclusión intestinal y en el que hubo que liberar prácticamente todo el intestino, llegando finalmente a un intestino delgado prácticamente desprovisto en grandes sectores de su serosa peritoneal.

Optamos por actuar así: en vez de realizar una operación de Noble mediante sutura, intubamos todo el intestino delgado mediante una yeyunostomía con una sonda semirrígida, con el objeto de dejar esa sonda como tutor, de tal manera que en caso de producirse nuevas adherencias, como suponíamos que se iba a producir, evitase los ángulos agudos a nivel de las asas.

Es muy poca la experiencia que tenemos, son sólo cuatro enfermos, los que han evolucionado bien.

Dr. Pollak: Los autores desean agradecer a los Dres. Urioste y Michellini sus palabras y su interesante contribución a la discusión del problema y a los estimados consocios por haber escuchado la lectura del trabajo.

Interesante procedimiento es el empleado por el Dr. Michellini, recordamos un antecedente: el procedimiento empleado por Satinsky-Kron, quienes pasan una sonda con doble tubuladura y balón, más allá del esfínter ileocecal, luego llenan el balón y traccionan de modo de plegar las asas armónicamente, después cierran el vientre y fijan la sonda. Por la doble tubuladura se asegura la aspiración y el pasaje ileocólico. No tenemos experiencia con el procedimiento ni conocemos estadísticas de resultados alejados.

Respecto a los problemas planteados por el Dr. Michellini, vamos a considerar varios factores:

1º) Estamos de acuerdo en que el Noble, en agudo, en plena oclusión, puede ser una agresión importante y que se debe meditar mucho su indicación. No obstante, hay casos de éxito en nuestro medio.

2º) El Noble en frío, pasado el episodio agudo, es perfectamente realizable y no supone una grave agresión al paciente y no importa tanto la duración de la intervención.

3º) El Noble no es una intervención de rutina. El hecho que sólo se haya realizado dieciséis veces en todo el conjunto de pacientes con oclusiones intestinales en el Hospital de Clínicas, habla de una dura selección de casos. Su indicación prínceps es la oclusión recivante por perivisceritis crónica evolutiva.

4º) La duración de la operación puede ser larga. Según una repetida expresión de nuestro maestro, el Prof. Piquinela, es una intervención que pone a prueba la paciencia del cirujano, y no es para cirujanos frenéticos. La duración de la intervención se ha intentado acortar con variantes técnicas. La modificación propuesta por Childy Phillips es un intento en ese sentido. Dicho procedimiento ha cobrado actualidad últimamente; en febrero de este año, Calvet Fellus y col., en Francia, presentaron una estadística de 35 casos con buen resultado.

En nuestro medio sabemos que se está empezando a usar en el Servicio del Prof. Chifflet. No tenemos experiencia con ese procedimiento. Presenta sobre el Noble la ventaja de su rapidez y evita el peligro de fistula intestinal. Según experiencia en el extranjero, el procedimiento no está exento de inconvenientes, entre otros, el peligro de herida vascular, necrosis isquémica, desgarro mesentérico y peligro de su ejecución en obesos.

Personalmente, estamos estudiando variantes que permitan solucionar los inconvenientes del Noble. Nos han impresionado las comunicaciones de los discípulos del Prof. Michans en el último Congreso Argentino de Cirugía y del propio Prof. Michans en el Congreso Uruguayo de Cirugía ppdo., sobre el uso del plástico Eastman 910 en cirugía. Pensamos aplicarlo en el plegamiento intestinal usando el adhesivo, sustituyendo parcial o totalmente la sutura, simplificando así la técnica y acortando

el tiempo operatorio y eliminando el peligro de fístula. La dificultad en la obtención del producto no nos ha permitido por el momento hacer la correspondiente experimentación animal ni aplicación clínica, aunque confiamos hacerlo en breve plazo.

5º) El problema de la indicación del Noble; creemos que el Noble debe ser realizado en la oclusión recidivante. A esa conclusión se llega estudiando el porcentaje de recidivas de oclusión. Nos comprometemos desde ya realizar un estudio de los porcentajes de la recidiva de oclusión en pacientes laparatomizados por oclusión en nuestro Hospital de Clínicas.

Mientras tanto, nos basamos en los estudios de Croock, citados por Thomeret en 1956. Croock, en 311 pacientes operados por oclusión encuentra un porcentaje de recidiva del 18%. Después de la segunda laparotomía por oclusión, el porcentaje de recidiva se eleva al 42%, aumentando con cada laparatomía subsiguiente. Si tenemos en cuenta que la operación del Noble en nuestra estadística fue efectuada en la inmensa mayoría de los casos en pacientes multioperados, con varias oclusiones anteriores y que el porcentaje de recidiva fue de un 6,2% (1 caso en 16), ese resultado puede considerarse muy alentador.

Nada más y muchas gracias.