

Oclusión intestinal mecánica postoperatoria de vías biliares * **

Dres. ALBERTO VALLS *** y CARLOS ALVARIZA ****

La oclusión mecánica es una complicación eventual de la cirugía de las vías biliares.

El Prof. del Campo enseñó a tomar precauciones durante el acto operatorio para evitarla. Cuando las asas delgadas tienen tendencia a venir a la fosa subhepática de Morrison, fija el epiplón cerca de su inserción colónica, a la pared del abdomen, por dentro y abajo del labio interno de la herida operatoria, formando una barrera a la invasión de las asas delgadas.

Karlen (1) puso en evidencia la rareza de esta complicación y se refirió, en su relato de 1963 al Congreso Uruguayo de Cirugía, igual que Cosco Montaldo (2), a las formas precoces de oclusiones mixtas o secundarias a procesos inflamatorios de la logia subhepática.

La oclusión mecánica puede ser: 1º) En el postoperatorio inmediato. 2º) Alejada: a) por haber quedado causas de oclusión, bridas o hernias internas en la logia inframesocólica (como una enferma que hizo un vólvulo de todo el delgado, alrededor de una brida, 7 días después de operada, y que sufrió una resección masiva; b) por ascenso a la zona operatoria de un asa, en hipocondrio derecho, quedando libre o fijada a una zona operatoria.

En el caso que se presenta, la causa de la oclusión estaba determinada por la existencia de un orificio, que daba paso de inframesocólica a hipocondrio derecho, limitado por la pared anterior del abdomen adelante, el colon atrás, y dos adherencias epiploicas a los costados, exactamente el mecanismo previsto por el Prof. del Campo.

El cuadro clínico es el de una oclusión de delgado y la radiología permite hacer el diagnóstico exacto de oclusión de intestino delgado por ascenso e incarceration de un asa delgada en el hipocondrio derecho, sub y prehepática postoperatoria de vías biliares. Se presenta la historia clínica y las placas ^o 3.377; hospitalizado en la Clínica del Prof. Bermúdez, sala 23.

F. E., 63 años. Ingresó, 27-XII-67; alta, 2-I-68. Ingresó por vómitos, detención del tránsito intestinal y distensión abdominal. Hace 28 años colecistectomía. Hace 8 días comienza con dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, que se irradia al resto del abdomen;

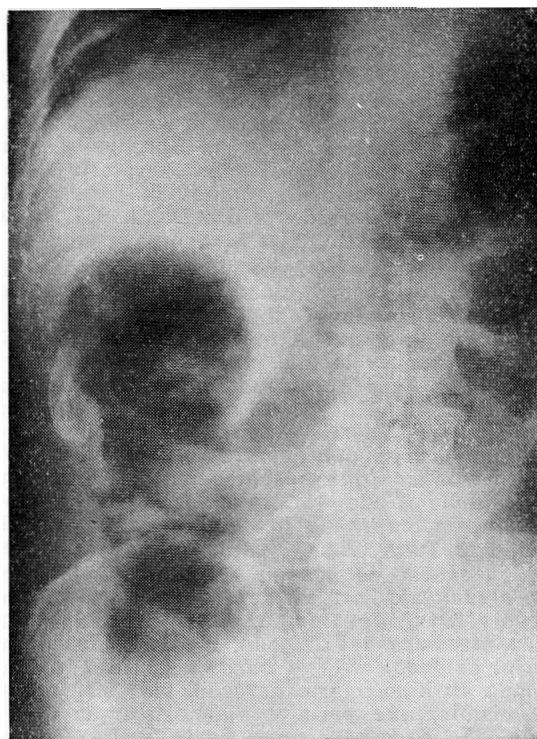


FIG. 1.

* Trabajo del Servicio de Guardia del Hospital Pasteur.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de setiembre de 1968.

*** Profesor Agregado de Cirugía.

**** Adjunto de Cirugía.

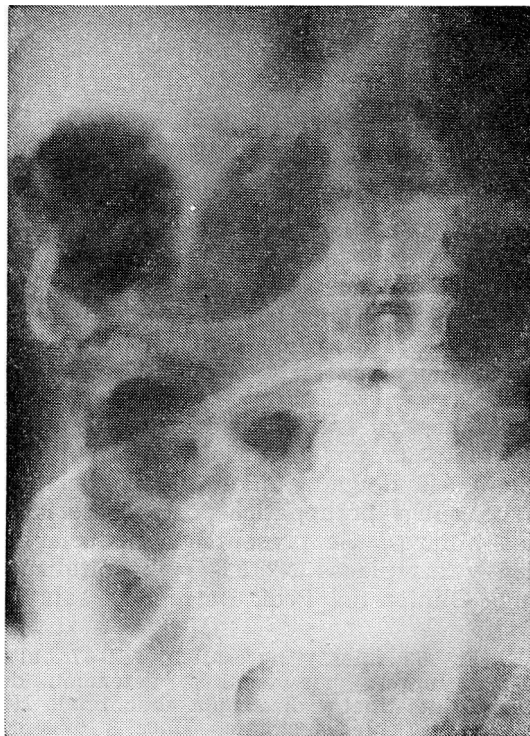


FIG. 2.

vómitos biliosos y porráceos. Detención del tránsito intestinal desde el principio. Apirético.

Examen. Estado general conservado, lengua seca y pliegue cutáneo perezoso. Abdomen: distensión de la zona mediana, sin mucho tensión. Cicatriz de incisión de Sprengel en hipocondrio derecho. Palpación, despierta dolor moderado; sonoridad aumentada. Auscultación, se sienten ruidos hidroaéreos. Glicemia, 1,53; urea en suero, 0,80 %.

Radiografía de abdomen de pie y acostado: acostado, se observa distensión gaseosa de asas delgadas en todo el abdomen; no hay gases evidentes en colon. A la altura de la extremidad externa de la XIª costilla derecha, sobre la sombra hepática, se ve un asa delgada, redondeada, llena de gases, hacia la que afluyen un asa que asciende de FID y otra que viene de la zona mediana, delante de la primera vértebra lumbar (que nos hizo pensar en el encarceramiento de un asa delgada en la zona operatoria, causa de la oclusión, como efectivamente fue) (fig. 1). Placa de pie se ve: 1º ausencia de gas en el colon; 2º gases en el delgado que, de acuerdo con lo que enseñó el Prof. del Campo, es sinónimo de oclusión mecánica del delgado: niveles hidroaéreos en el delgado; 3º la burbuja gaseosa, redondeada en hipocondrio derecho, más nitidamente visible, que permite diagnosticar la causa (fig. 2). Es a este signo de la burbuja aérea de un asa delgada, situada en el hipocondrio derecho, que queremos dar valor diagnóstico.

Se procedió a hidratar el enfermo, se pasaron 2 litros de suero glucoclorurado por vía intravenosa y se intubó.

Operación. Anestesia general, Dres. Valls y Alvariza. Incisión mediana infraumbilical, se cae sobre asas delgadas distendidas, con contenido hidroaéreo. Al dirigirse al hipocondrio derecho, encontramos dos asas que se dirigen arriba y a la derecha. una que desciende colapsada hacia FID, otra que va distendida desde la línea media. Las dos confluyen hacia un orificio situado a nivel del borde inferior de la cicatriz transversa de HD, formado adelante por la pared anterior del abdomen recubierta de peritoneo; atrás por el colon transverso, a ambos lados por adherencias del epiplón mayor al peritoneo parietal anterior; se trata pues, de una hernia interna estrangulada. Como no se puede hacer venir el asa estrangulada desde abajo, se reabre la incisión transversa. Se comprueba entonces un asa distendida, viable, situada en parte en fosa subhepática y parte prehepática, libre sin adherencias. Se secciona la brida epiploica interna y se reduce el asa a inframesocólica. Se cierra la brecha con puntos de lino entre el colon y la pared anterior, para evitar nuevos accidentes. Cierre por planos, lino en piel.

Postoperatorio excelente. Alta al 6º día.

RESUMEN

Se presenta el problema de las oclusiones mecánicas del delgado después de operaciones de vías biliares. Se vuelve a insistir en las maniobras profilácticas que enseñó el Prof. del Campo. Se destaca el comienzo del cuadro con dolor en HD. Se da valor a la aparición de una burbuja gaseosa de delgado en hipocondrio derecho, sobre la opacidad hepática.

Se presenta la solución quirúrgica por abordaje primario por la gran cavidad abdominal y después, cuando es necesario, por el hipocondrio derecho, por la zona operatoria anterior.

RÉSUMÉ

On présente le problème des occlusions mécaniques de l'intestin grêle à la suite d'opérations des voies biliaires. On insiste à nouveau sur les manoeuvres prophylactiques enseignées par le Prof. del Campo. On fait ressortir le début du tableau clinique, avec douleur de l'hypocondre droit. On tient compte de l'apparition d'une bulle gazeuse de l'intestin grêle dans l'hypocondre droit, sur l'opacité hépatique.

On présente la solution chirurgicale en abordant tout d'abord la grande cavité abdominale et ensuite, si cela est nécessaire, par l'hypocondre droit, par la zona opératoire antérieure.

SUMMARY

The problem of mechanical obstructions of the small intestine after operations of the biliary tract, is discussed. Once again the authors insist on the profilactic measures taught by Prof. del Campo. The beginning of the symptoms pain in the right hypochondrium, is stressed Value is at-

tached to the appearance of a gas bubble from the small intestine in the right hypochondrium, above the hepatic opacity.

The surgical solution is described, involving primary approach through the large abdominal cavity, and later, when necessary, through the right hypochondrium, through the anterior operatory zone.

BIBLIOGRAFIA

1. KARLEN, M. A. Oclusión intestinal postoperatoria. *XIV Congreso Uruguayi de Cirugia*, 1: 68, 1963.
2. CUSCO MONTALDO, H. Oclusión intestinal postoperatoria en cirugía biliar. *XIV Congreso Uruguayo de Cirugia*, 2: 87, 1963.