

Experiencia clínica con el uso de la aposición serosa

Dres. GUILLERMO MESA FIGUERAS, MIGUEL ZAGIA
y DANIEL CASSINELLI*

INTRODUCCION

Es harto conocida la propiedad plástica y limitante de la serosa peritoneal. Esta función se pone de manifiesto en forma espontánea en el curso de numerosos procesos patológicos: infecciosos, perforativos, etc.

La capacidad reactiva es inmediata y sigue las conocidas etapas de la inflamación: ya en la primera, de exudación, la fibrina produce la solidarización de superficies peritoneales contactantes. Unión que es precaria y que se irá haciendo más firme a medida que recorre el camino de la cicatrización.

Complementa la circunscripción de estos procesos el tropismo positivo hacia el foco inflamatorio, dado por razones físico-químicas, de las partes móviles del peritoneo, fundamentalmente el epiplón mayor.

Esta es una realidad y su expresión clínica más típica es la úlcera perforada y tapada.

En otras circunstancias, cuando la serosa por una agresión previa está en plena inflamación y secundariamente se produce una perforación, los elementos favorecedores del bloqueo son dobles:

- la confluencia de epiplón y asas hacia el foco;
- el estado reactivo de la serosa, propio de su biología, con diferenciación del mesotelio en sentido macrofágico. Ejemplo de ello es la constitución de un plastrón apendicular.

La serosa es igualmente reactiva y en determinadas circunstancias eficaz como barrera de contención frente a agresiones fundamentalmente químicas (bilis, jugo gástrico) y aun ante la presencia de cuerpos inertes (talco, oblitos, etc.).

Este proceso espontáneo, producto de una propiedad biológica, tiene múltiples inconvenientes y de ninguna manera es deseable depender de él, porque puede dar lugar a complicaciones muy graves para el enfermo, aun mortales.

Sin embargo puede aprovecharse esta propiedad, conduciéndola ordenadamente mediante maniobras quirúrgicas.

De allí surgió el método de la aposición serosa para obturar brechas del tubo digestivo.

Creado por Thal y Kobold (1) ha sido sometido en diversos medios a pruebas experimentales, variando topografías y condiciones locales y generales, con buen resultado.

Secundariamente ha sido aplicado en la clínica humana. En este sentido, el ejemplo más conocido es la úlcera perforada.

En las fístulas laterales del duodeno, donde la resección es imposible y donde el llamado tratamiento médico, tiene un porcentaje de mortalidad oscilante en el 70 % en todas las estadísticas, es donde tendría su mayor indicación.

Woleman, Trevino y Zuidema (4) lo han usado, abatiendo notablemente la cifra de mortalidad (alrededor del 20 %).

Como se verá luego, uno de nuestros casos es una herida por estallido de duodeno, en la que se usó con éxito.

En yeyuno, íleon y colon las indicaciones serían más limitadas. En esta topografía la resección con anastomosis o la sutura simple mantienen su vigencia.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de setiembre de 1970.

* Médicos Auxiliares de Clínica Quirúrgica; Adjunto de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

En determinados casos, como ser compromiso luminal ante la sutura, o resección imposible por condiciones locales o generales o desvitalizaciones parietales extensas, puede ser aplicado. A este respecto es ilustrativo un caso operado por Perdomo (2) en nuestro medio. Se trataba de una enferma con una enteritis necrotizante, con dos perforaciones ileales y una peritonitis. Operada con anestesia local y como las condiciones generales no permitían otro tipo de conducta, se hizo una aposición, con buena evolución.

Por otra parte, Mérola insiste en la alta incidencia de complicaciones mortales que siguen a las enterostomías en las oclusiones. Como medida profiláctica, cubre sistemáticamente a la sutura de la enterostomía con peritoneo de un asa vecina.

Es de destacar que la eventual fistulización interna enteroenteral no tiene consecuencias siempre que se haya tomado la precaución de usar un asa corta, con el fin de evitar los síndromes de asa larga ciega o de intestino corto. Hay autores que la provocan deliberadamente, abriendo el asa apuesta frente a la brecha.

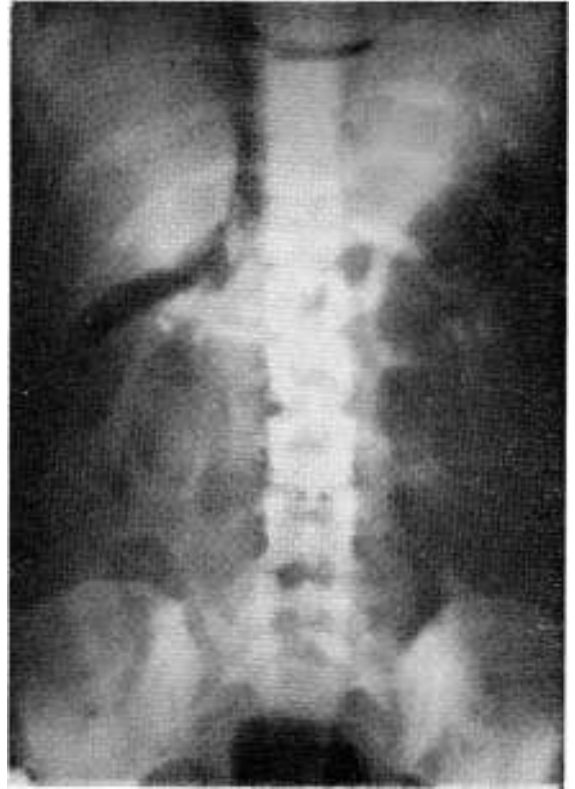


FIG. 1.—Neumoperitoneo.

MATERIAL CLINICO

M. M. de Ch., sexo femenino, 35 años. Cl. Q. F. H. de C. Paciente que presenta cuadro agudo de abdomen de 24 horas de evolución, aparecido luego de recibir puntapiés a ese nivel.

Se interviene de urgencia con diagnóstico de peritonitis difusa aguda por perforación de víscera hueca. Radiografía simple de abdomen en la figura 1.

En el acto operatorio se confirma, encontrándose una ruptura de duodeno.

Operación (8-8-70). Incisión mediana supraumbilical. Anestesia general. Abierto el peritoneo, la exploración supramesocólica muestra una perforación de 1 cm. de diámetro, en borde derecho del duodeno, en la parte inferior de la segunda porción.

El resto de la exploración es normal.

Táctica: cierre del orificio con puntos separados de lino. Luego se sube la segunda asa yeyunal transmesocólica, previo decolamiento duodenopancreático y se hace aposición con corona de puntos de lino.

Anastomosis al pie del asa, inframesocólica. Lavado abundante de la cavidad peritoneal y secado. Drenajes de Penrose en el foco y tubo suprapúbico. Cierre parietal por planos.

Evolución (10-8-70). Apirética; situación general buena; aspiración gástrica negativa; expulsa gases.

11-8-70: Abdomen libre; tolera la vía oral; movilizó el intestino.

15-8-70: Por orificio suprapúbico viene abundante líquido bilioso; se coloca aspiración continua. Abdomen: duele en hipocondrio derecho y flanco derecho. Dolor a la decompresión.

17-8-70: Distendida; apirética; tránsito intestinal conservado. Por el tubo suprapúbico viene escaso líquido bilioso.

La radiografía simple de abdomen muestra gases en colon y delgado sin niveles (fig. 2).

2-9-70: Alta en buenas condiciones.

C. B. B., sexo masculino, 20 años. Montevideo. Cl. Q. A. H. de C. Ingresó el 18-1-70. Una semana antes del ingreso, 48 horas de diarreas. Tres días antes del ingreso comienza con dolor en hemiabdomen inferior y un síndrome de cistitis. Constipación de 36 horas. Abdomen distendido.

Examen. Enfermo lúcido, facies tóxica. Abdomen simétrico, se moviliza poco con la respiración. Dolor a la compresión en todo el abdomen, predominando en hipogastrio, fosa ilíaca y fosa lumbar izquierdas. Dolor a la decompresión. Tacto rectal: Douglas intensamente doloroso.

Operación (18-1-70). Anestesia general. Incisión mediana infraumbilical. Abierto peritoneo, viene abundantísimo pus amarillo-verdoso, con gran cantidad de fibrina que une al epiplón y asas entre sí. Entre las asas hay zonas de colección de pus que se aspiran, al igual que



FIG. 2.—Control postoperatorio.

el que viene de las goteras parietocólicas y del Douglas.

La exploración se hace muy cuidadosa, dada la extrema friabilidad de las vísceras. En el ángulo ileocecal no es encontrado el apéndice, pero tampoco es posible levantar el ciego por su friabilidad. En la última asa ileal hay un orificio a bordes necrosados, de 1 cm. de diámetro. Un asa vecina, que estaba ocluyendo el Douglas, tiene una zona en forma de raqueta, de 4 por 1 cm., necrosada. Sobre ambas se hace aposición de un asa vecina, con puntos separados seromusculares de lino, en corona, sin cerrar porque estrecharían la luz intestinal, los orificios primitivos. Lavado abundante de la cavidad; se deja cloramfenicol. Drenajes con tubo de goma del Douglas y de la gotera parietocólica derecha.

Evolución. 20-1-70: Mejor estado general; apirético; expulsa gases; abdomen libre.

21-1-70: Moviliza el intestino.

27-1-70: Fístula cecal, interpretada como lesión por decúbito por el tubo de drenaje; se coloca sonda y aspiración continua.

28-1-70: La sonda da muy poco.

18-2-70: Alta en buenas condiciones.

A. G., sexo masculino, 42 años. Durazno. I.Q.T.

Febrero de 1970: Hemorragia digestiva por hipertensión portal. Se le hace en el interior

una esqueletización gástrica. Posteriormente reitera las hemorragias.

Mayo de 1970: Se interviene con plan de hacer una anastomosis portocava. Anestesia general. Incisión transversa de flanco e hipocóndrio derechos.

Abundantes adherencias. En el curso de la liberación, se abre yeyuno en forma longitudinal. Quedan además, algunas zonas con atricción serosa y seromuscular.

Se hace aposición serosa de unos 10 cm. de largo, con la técnica habitual, continuándose con la intervención planeada.

La evolución fue satisfactoria tanto desde el punto de vista intestinal como de la hipertensión portal.

Alta al mes en buenas condiciones.

FUNDAMENTOS DE LA APLICACION DEL METODO

Primer caso. La extensión de la lesión hacían imposible la sutura sin comprometer la luz.

El hecho de ser una lesión por estallido despertaba dudas en cuanto a la vitalidad de la zona adyacente a la herida.

Por ser duodenal estaría sometida a la altamente digestiva acción del contenido visceral.

Las 24 horas de evolución, con el medio séptico concomitante hacen riesgosa toda sutura, y más aun, en esta topografía.

Segundo caso. La presencia de una peritonitis supurada y evolucionada, como en este caso, aparte de obligar a maniobras lo menos agresivas posible, hacen riesgosa la resección por la friabilidad visceral y más aun la anastomosis, dificultando la sutura y planteando una interrogante con respecto a su evolución.

Tercer caso. El tipo de las heridas daba para una aproximación de bordes sin comprometer la luz, pero no para una sutura en doble plano.

En las presentes circunstancias era más rápido que la resección y anastomosis.

El paciente, además, tenía por delante una gran intervención, larga y shockante.

CONCLUSIONES

1) Es un método sencillo, rápido, aplicable en cualquier medio quirúrgico, no requiriendo ningún entrenamiento especial por parte de quien lo haga.

2) Es igualmente efectivo en cualquier topografía del tubo digestivo infradiafragmático.

3) Las condiciones locales de septicidad, aun de peritonitis supurada evolucionada o de agresividad digestiva (topografía gástrica o duodenal) no lo hacen menos exitoso.

Es una solución en aquellos lugares en que la resección o la anastomosis son imposibles por condiciones locales o generales.

RESUMEN

Se ha planteado la experiencia clínica con tres casos de aposición serosa en diferentes topografías y diversas condiciones locales.

El éxito obtenido, junto con las pruebas experimentales a que ha sido sometido, lo hacen merecedor de ser tenido muy en cuenta en la práctica quirúrgica corriente.

RÉSUMÉ

Exposé de l'expérience clinique dans trois cas d'apposition séreuse en différentes topographies et dans des conditions locales diverses.

Le succès obtenu, et les nombreuses études expérimentales auxquelles le traitement a été soumis méritent qu'on en tienne particulièrement compte dans la pratique chirurgicale courante.

SUMMARY

Clinical experience in three cases of serous apposition in different locations and under different conditions is described in this paper.

The treatment was successful and was subject to through testing; consequently it is well worth being taken into account in general surgical practice.

BIBLIOGRAFIA

1. KOBOLD, E. E. and THAL, A. P. A simple method for the management of experimental wounds of the duodenum. *Surg. Gynec. Obstet.*, 116, 1963.

2. PERDOMO, R. Consideraciones técnicas sobre las formas peritoníticas de la enteritis necrotizante postoperatoria. *Rev. Cir. Urug.*, 36: 133, 1966.
3. RICHARDS, C. A., ANDRESSIAN, B. et LORTAT-JACOB, J. L. L'obturation par apposition en chirurgie digestive. Son application au traitement des sténoses du bas-oesophage. *Ann. Chir.*, 21: N° 15-16/17-18, Aout-Sept. 1967.
4. WOLEMAN, E. F., TREVINO, G., HEAPS, D. and ZUIDEMA, G. An operative technic for the management of acute and chronic lateral duodenal fistulas. *Ann. of Surg.*, 159: 563.

DISCUSION

Dr. Bermúdez: No voy a comentar los casos en particular, sino que me interesa opinar sobre el procedimiento. Creo que se trata de un recurso extraordinariamente bueno, no solamente para la cirugía de urgencia, sino también para incidencias operatorias como ha ocurrido en el caso de los autores, y para otras situaciones como he tenido que vivirlas con la abertura lateral del duodeno, y a esto le voy a dar ya satisfacción al Dr. Perdomo.

Digo que es un procedimiento bueno porque nosotros buscamos la hermeticidad de la sutura, ¿verdad?, y confiamos en los tejidos sanos y especialmente en el peritoneo. En la cirugía de urgencia nosotros tenemos que manejarlos con tejidos que aunque aparentemente puedan estar sanos, muy a menudo están con una vitalidad muy disminuida.

De modo que yo, en ese caso de la lesión duodenal, aunque hubiera sido pequeña, aunque hubiera sido reciente, aunque hubiera parecido poco traumatizada en los tejidos, hubiera procedido de la misma forma, porque creo que el duodeno es un órgano sumamente peligroso, y que no sabemos cuál va a ser el alcance evolutivo de una lesión traumática en las horas que siguen.

Eso sí, en el caso particular de que esa lesión hubiera sido alta, no recuerdo a qué altura estaba ésta, lo hubiera hecho, como dice el Dr. Perdomo, con la serosa antral. ¿En base a qué? En base a que tenemos una experiencia anterior vivida con el Dr. Ugarte de una paciente que tenía un proceso vesicular muy serio, fistulizado el duodeno pero con una brecha duodenal muy grande y el tejido muy malo, que era imposible hacerle un cierre duodenal. Y era imposible hacer una gastrectomía porque la lesión estaba en la segunda porción del duodeno, en la cara anterior. Y en ese momento nosotros volcamos el antro gástrico y tapamos completamente el orificio. La evolución fue perfecta.

Dr. Perdomo: Felicito y me alegro de haber escuchado al Dr. Mesa en esta comunicación porque es un tema que estimo de gran importancia para quienes se manejan en la cirugía de urgencia.

Nosotros ya, hace algunos años, trajimos a esta Sociedad un trabajo sobre esa materia, que creo que fue el primero en el cual se habló, en nuestro medio, de tal situación.

Recordándolo brevemente fue un caso de enteritis necrotizante que nosotros operamos en situación extrema con anestesia local, y en el que nos encontramos con una gran placa necrótica del delgado y en otra asa vecina una perforación puntiforme. La solución para el problema fue resecar el área necrosada, cerrarla en un simple plano y aponerle un asa vecina, y cerrar simplemente la perforación vecina, y aponerle otra asa. Y con gran sorpresa nuestra —verdaderamente fue algo que nos sorprendió— esa enferma marchó perfectamente bien.

A partir de ahí nosotros empezamos a mirar cada vez con más interés esta posibilidad, y la hemos utilizado otras veces. ¿En qué circunstancias? Una de ellas es cuando encontramos que hemos cerrado alguna perforación intestinal y nos ha quedado el primer plano un poco estrecho. Naturalmente, uno se resiste a abandonar aquello con un plano solo, y se resiste también a hacer otro plano que pueda estenosar el intestino. En esas circunstancias hemos utilizado la aposición serosa a los efectos de mantener la permeabilidad de la luz correctamente.

De modo pues que creemos que es un método que tiene gran utilidad y que el cirujano debe conocer y debe aprender a manejar con cierta confianza. Confesamos que una de las situaciones que hubiéramos deseado enfrentar y no la hemos tenido en la práctica, es la posibilidad de solucionar así un caso de fistula duodenal. Creemos que esta situación que plantea el Dr. Mesa muestra como esta técnica puede ser una solución para la fistula duodenal.

Queremos agregar una sola cosa con respecto a las observaciones que hemos escuchado. Creemos que la observación en que hubo una perforación duodenal pudo ser solucionada con la aposición de la serosa antral, sin necesidad de llevar un asa delgada. Esto complica un poco el panorama quirúrgico y con la aposición de la serosa gástrica tal vez hubiera sido posible solucionar este caso de una manera más sencilla.

Dr. Mérola: A propósito del tema y del trabajo del Dr. Perdomo, nosotros trajimos (tengo idea) a la Sociedad de Cirugía el libro de Chaput de fines del siglo pasado, donde se llama enteroplastia a ese procedimiento y está descrito y figurado, es interesante recordarlo como antecedente.

Thal y Hatafuku describieron esta técnica para las roturas y las lesiones del duodeno, y evidentemente abajo, en delgado, se pueden

hacer otras cosas, pero es un buen procedimiento. Se puede resecar, se puede hacer el quebramiento del desgarrar en su parte media haciendo una enteroanastomosis lateral como hacen Poth y Martin. En fin, se pueden hacer mil procedimientos, pero es un procedimiento de salida muy bueno.

Quería simplemente hablar para decir que no haciendo la obturación de un orificio del delgado, sino también protegiendo las enterotomías en las oclusiones cuando se hace enteroinspiración, es un procedimiento maravilloso. Estoy hablando de una cosa que no es exactamente lo que presentaron los doctores, porque no es obturar un orificio, sino cerrar ese orificio y proteger la sutura con el asa vecina haciendo un bucle suave.

Acabo de tratar un enfermo con una contusión herniaria y con una rotura de intestino delgado, al que le hice ese procedimiento; le protegí la enterotomía con el asa vecina coronada de puntitos, cerrándola bien. El enfermo hizo una oclusión formidable de la cual estuvo entrando y saliendo unos ocho o diez días, con unas distensiones de delgado brutales, que estoy absolutamente seguro, porque lo he vivido en otras circunstancias, que sin esa protección fallaba la enterotomía.

El enfermo marchó perfecto. Además, como dato curioso, se hizo el diagnóstico del mecanismo de una manera fantástica. Se le había suturado la incisión abdominal (una paramedian) con hilo de acero, y en la placa del postoperatorio, controlando su íleo, sus oclusiones, sus problemas, se ven los hilos de acero la mitad para un lado y la mitad para el otro de la herida.

De manera que se hace el diagnóstico de dehiscencia de herida, de entrada de asas al subcutáneo, es decir de rotura subcutánea de la pared (la piel lógicamente no falló) y el enfermo hizo una distensión, repito, formidable de delgado, sin que fallara la enterotomía.

De ahora en adelante me propongo, cada vez que haga una enterotomía, protegerla con el asa vecina. Repito, no es lo mismo pero es parecido.

Dr. Mesa: Esto es simplemente el traslado a la fase clínica de determinados trabajos de la literatura que habíamos leído en oportunidades anteriores, en nuestro medio el trabajo del Prof. Bermúdez, la información del Dr. Perdomo, y además corroborada con una parte experimental bastante exhaustiva en ese sentido, en condiciones muy exigentes, y que a la luz de estas tres observaciones confirma los resultados que se habían previsto.