

Présentation de deux observation correspondant à cette constatation, dans lesquelles le tableau d'occlusion est survenu 5 ans et 3 ans après la phase aiguë, par suite d'un processus de périviscérite développé autour du foyer inflammatoire.

Considérations sur la formation et le développement du processus pathologique, avec les séquelles cliniques correspondantes.

Analyse des difficultés à déterminer la cause étiologique du tableau d'occlusion, en soulignant qu'une bonne anamnèse peut mettre sur la voie qui découvre cette cause.

L'emploi d'antibiotiques peut diminuer rapidement le processus inflammatoire, mais l'organe ne redevient pas normal, et il subsiste des adhérences, coudure, etc., qui menacent constamment la vie du malade.

Pour toutes ces raisons l'intervention très tôt est plus sûre que le traitement conservateur. Elle constitue le traitement idéal.

SUMMARY

A high number of cases of acute appendicitis may cool off completely through medical treatment. But recent statistics show that in the same manner as acute operated appendicitis may be complicated by intestinal occlusion, so can cases where no surgery has been performed and this complication may appear a long time after the acute accident.

Two cases responding to this latter characteristic are discussed. The occlusive picture appeared 5 and 3 years after the acute picture, as a consequence of a process of perivisceritis which developed around the inflammatory focus.

The formation and development of the pathological process is discussed, including its clinical sequence.

Existing difficulties in determining the ethiological cause of the occlusive picture are analyzed, but the authors point out that a good anamnesis may put the physician in the right track towards its determination.

The use of antibiotics may rapidly reduce the inflammatory process, but the organ does not become normal and there is a sequella of adhesions and kinks, etc., which constitute a permanente threat to the patient's life.

For all the abovementioned reasons it is considered that early surgery is safer than conservative treatment, and thus it becomes the ideal procedure.

BIBLIOGRAFIA

1. COKKINS, J. Acute appendicitis and its complications. *Surg. Gynec. Obst.*, 73: 539, 1957.
2. FORGUE, E. Précis de pathologie externe. Collection Testut. Paris. 1939.
3. MAINGOT, R. Operaciones abdominales. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1966.
4. MICHANS, J. R. Patología quirúrgica. *El Ateneo*, 1964.
5. SANTOS DUBRA, A., VARELA, N. Síndrome de congestión pelviana y pseudo apendicitis en la mujer. *El Día Médico Uruguayo*, 25: 2131, 1958.
6. SANTOS DUBRA, A. Indicações del drenaje peritoneal postapendicectomía en agudo. *El Día Médico Uruguayo*. (A publicar, en 1971).

Perforación traumática de esófago en pasaje cervico torácico *

Dres. WASHINGTON LIARD, JAIME KALECHSZTAJN
y FEDERICO GILARDONI **

Una observación aislada de perforación traumática de esófago ya no constituye un hecho clínico insólito, pero por lo general se observa que cada caso reviste aspectos de importancia que le son particulares, por lo que hemos creído de interés presentar esta comunicación.

HISTORIA CLINICA

(CASMU N° 457.787). Paciente de 21 años, de sexo masculino, que en horas de la madrugada, durante el sueño, deglute una prótesis móvil de la arcada superior dentaria. El accidente fue seguido de sensación de ahogo y do-

lor intenso en la base del cuello por lo que se trasladó inmediatamente al Sanatorio N° 2. Visto por el endoscopista Dr. Fossemalle se indicó un estudio radiológico de cuello y tórax que mostró el cuerpo extraño impactado en esófago a nivel de su pasaje cervicotorácico, proyectado sobre el borde superior del manubrio esternal (ver fig. 1). Se realizó la esofagoscopia fracasando los intentos de extracción por anclaje de la prótesis en la pared de la viscera. Desistiéndose de las maniobras se hizo la consulta con cirujano de guardia. Visto por nosotros el paciente presentaba estado general conservado, imposibilidad de hablar y deglutir y un evidente enfisema subcutáneo en cuello y parte superior de tórax. Esto fue confirmado por otra radiografía que además evidenció una silueta mediastinal normal. Ante el evidente diagnóstico de perforación traumática de esófago se decidió rápidamente la intervención quirúrgica que se co-

* Trabajo presentado el 14 de julio de 1971.
** Asistente de Clínica Quirúrgica. Médico Colaborador de Clínica Quirúrgica. Docente Adscripto de Cirugía.

menzó a las 6 horas del accidente. La táctica planteada consistía sumariamente en remoción de la prótesis y drenaje del espacio periesofágico por vía cervical, optándose por un abordaje izquierdo por aparecer el cuerpo extraño ligeramente desplazado en ese sentido, siendo también allí más importante el enfisema. Se completaría esta conducta con destransitación del esófago por gastrostomía.

OPERACION

(Dres. Liard, Gilardoni y Kalechszajn). Anestesia general (Dr. Aren). Incisión de Marschick (oblícuca siguiendo el borde anterior del esternocleidomastoideo), colocando previamente el cuello lateralizado a derecha y en moderada hiperextensión. Siempre por delante del esternocleidomastoideo se seccionó la aponeurosis cervical superficial, la aponeurosis cervical media y el omohioideo; ligadura y sección de la vena tiroidea media abordándose el espacio periesofágico entre el eje visceral y el paquete yúgulo-carotideo. La cara lateral del esófago presentaba dos perforaciones por donde asomaban los extremos aguzados de la prótesis oponiéndose como anzuelos, lo que demostraba la imposibilidad y riesgo de su remoción endoscópica; existía un exudado seropurulento discreto. Esofagotomía longitudinal extrayendo el cuerpo extraño y sutura de la pared visceral en dos planos con puntos separado de catgut crómico 0. Lavado con suero y drenaje de la logia cérvico mediastinal con lámina de caucho que se sacó por la incisión. Cierre de piel con lino. Se drenó asimismo el espacio periesofágico del lado derecho a través de un abordaje más limitado. Se concluyó la intervención con una laparatomía mediana supraumbilical y gastrostomía de Witzel.

EVOLUCION

Fue muy satisfactoria retirándose los drenajes de cuello al 4º día. Se realizó antibióticoterapia intensa y antiinflamatorios prosiguiéndose con alimentación por la gastrostomía durante 25 días al cabo de los cuales se practicó un tránsito radiológico de esófago informado por el Dr. Zerboni como normal. Se suprimió la gastrostomía reintegrándose a la vía oral sin dificultades.

COMENTARIO

La severidad de este tipo de accidentes es bien conocida por la septicidad elevada del contenido de la viscera y la grave contaminación favorecida por la continuidad de los espacios periesofágicos cérvico-mediastinales. La infección difunde en pocas horas agravándose el pronóstico en proporción al tiempo transcurrido. Destacamos por ello la importancia de la actitud que debe asumir el esofagoscopista, rá-



Fig. 1.— Rx. simple, mostrando el cuerpo extraño.

pida y positiva como en este caso, para renunciar a una extracción endovisceral que luego se demostrará imposible o de altísimo riesgo, sobre todo ante un cuerpo extraño de conformación agresiva.

La topografía de impactación de la prótesis a nivel del pasaje cérvico torácico, zona de difícil acceso, sugirió el empleo de la cervicomediatinotomía de Marschick y von Hacker que demostró ser un procedimiento sencillo, rápido y que proporcionó una exposición excelente, permitiendo abordar el esófago hasta un sitio aún por debajo de la lesión y realizar las maniobras quirúrgicas con total comodidad.

La evolución afortunada y sin complicaciones de esta observación no hace más que confirmar los beneficios de la intervención precoz y completa: extracción del cuerpo extraño, cierre de la brecha esofágica, drenaje mediastinal y gastrostomía.

RESUMEN

Presentamos un caso de perforación traumática de esófago a nivel del pasaje cérvico-torácico tratado precozmente por esofagotomía cervical, drenaje y gastrostomía. Su evolución fue exitosa.

RESUMÉ

On y présente un cas de perforation traumatique de l'esophage située a niveau du passage cervico-thoracique traitée d'urgence par esophagotomie cervicale, drainage et gastrostomie. Les suites post-operatoires furent satisfactoires.

SUMMARY

A case of traumatic perforation of oesophagus (situated at the cervico-thoracic passage) is reported. Early treatment by means of oesophagotomy, drainage and gastrostomy was carried out. Post-operative course was uneventful.

BIBLIOGRAFIA NACIONAL

1. BARANI, J. C. Perforación del esófago torácico; operación a las cinco horas del accidente. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 25: 145, 1954.
2. BARANI, J. C. Perforación instrumental del esófago; operación a las siete horas después del accidente. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 27: 367, 1956.
3. LOUBEJAC, A. M. Cuerpo extraño del esófago. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 12: 24, 1941.
4. PRADERI, L. A. Cuerpo extraño impactado en el esófago torácico con fistula traumática. Esophagotomía. Curación. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 33: 326, 1962.
5. SUIFFET, W. y MAURO, L. Traumatismo del esófago cervical. Tratamiento. Técnica del abordaje quirúrgico. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*. 33: 119, 1962.

Hernia ventral lateral estrangulada con contenido diverticular (hernia de Spiegel-Littre)

Comunicación de un caso *

Dres. CARLOS ALVARIZA y ALBERTO VALLS **

INTRODUCCION

Las hernias ventrales laterales tienen una extensa sinonimia (1). Topográficamente se sitúan en la pared anterolateral del abdomen. Aparecen por fuera de la vaina del recto, con mayor frecuencia por debajo de la línea umbilical. Hacen protrusión a través de la porción aponeurótica y/o muscular de Oblicuo Menor y Transverso (11), con o sin participación del Oblicuo Mayor en el anillo.

El divertículo de Meckel es una de las formas incompletas de involución del conducto ónfalo-mesentérico, debida a la persistencia de la porción correspondiente al asa vitelina primitiva (4, 5, 10).

El caso que se pone a consideración es una conjunción de estas dos afecciones infrecuentes sobre la que no hay referencias en la literatura.

CASO CLINICO

Hospital Pasteur. H. N. 27953. Clínica Quirúrgica 1.

S. M. Varón. 75 años. Ingresa el 6-IV-71 por cuadro doloroso agudo de F.I.D. de 3 días de evolución, sin dolor epigástrico previo, sin vómitos ni alteraciones del tránsito intestinal bajo. Fiebre desde 48 horas antes. No ha presentado otros síntomas.

Al examen presenta temperatura rectal de 38°, inquietud e intenso dolor, con estado ge-

neral conservado. Abdomen globuloso en la región infraumbilical, con franco dolor y defensa en F.I.D. Tacto rectal: normal, Douglas indoloro. Resto del examen normal.

Diagnóstico preoperatorio: apendicitis aguda.

Operación: Anestesia general. Incisión de Mc Burney-Gosset.

Exploración: Abierto el Oblicuo Mayor se comprueba dehiscencia del Oblicuo Menor y Transverso a nivel de la línea blanca externa a la altura de la E.I.A.S. Por ella protruye un saco herniario. Se libera y abre el saco comprobando que su contenido está constituido por un divertículo del intestino delgado con aspecto flemonoso y poca vitalidad. Se exterioriza y comprueba su implantación con luz amplia sobre el borde mesentérico, a 1.50 m. aproximadamente del ciego. Su longitud es de 10 cms. No coexisten otras anomalías.

Procedimiento: 1) Resección del divertículo a ras del yeyuno y cierre transversal en dos planos; 2) cierre del saco y 3) reparación parietal reconstruyendo plano por plano la incisión de Mc Burney-Gosset.

Evolución: sin incidentes y alta al 8º día.

Anatomía patológica: Informe 1855. Dra. M. L. Iraola: segmento de intestino delgado con un extremo ciego, luz amplia y permeable en la zona de implantación, pared completa y contenido mucoso. Microscópicamente corresponde a intestino delgado con todas sus capas y sin elementos de filiación gástrica o pancreática. Presenta además infiltración leucocitaria, hemorragia y edema. En suma: divertículo auténtico de intestino delgado con proceso inflamatorio agudo inespecífico que por las referencias clinicoquirúrgicas corresponde a un divertículo de Meckel.

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 27/10/71.

* Trabajo del Servicio de Guardia del Hospital Pasteur.

** Asistente Interino de Cirugía. Profesor Adjunto de Cirugía (Fac. Med. Montevideo).