

Los patólogos de más fama, la posibilidad del injerto directo más que la de la metastasis por predestinación circulatoria de la linfa.

En las demás observaciones las cuestiones que quedan son de divergencia interpretativa y no de hecho. No entro, pues, en este campo en el que la libertad de juicio debe ser alentada y agradecida cuando, como en el caso actual, está hecha con franco afán de examen libre. Pero si nos ponemos de acuerdo sobre los hechos, tal vez las discrepancias puedan alianarse aún más.

De cualquier modo, al agradecer nuevamente al Dr. Chifflet su importante contribución de constancia que tendré muy en cuenta sus sugerencias para cuando vuelva a trabajar sobre lo mismo, que será en breve.

Sutura simple en un caso de ulcus gástrico perforado. Gastrorragia intensa post-operatoria. Gastrectomía secundaria alejada.

Por el doctor GERARDO CAPRIO

En el curso del tratamiento de este caso que presento a consideración de la Sociedad, los hechos nos han planteado los más arduos problemas relacionados con el tratamiento de los ulcus gastroduodenales y sus complicaciones más serias, es decir, la hemorragia intensa y la perforación, y aún, en nuestro caso, una seria complicación renal.

El análisis minucioso de cada una de estas circunstancias nos llevaría fatalmente a la tan debatida cuestión del tratamiento radical del ulcus por las operaciones llamadas grandes, gastrectomía amplia, o por las otras intervenciones que Vds. conocen, lo cual no es mi intención en esta oportunidad.

Resumiré la historia clínica:

F. G. H., 40 años, uruguayo. Veo este enfermo en Enero del año actual. Tiene un sufrimiento típico de ulcus gástrico datando de 20 años. Hizo irregularmente tratamiento médico, régimen y alcalinos. Hace 4 años sufre más intensamente. Tuvo una hematemesis y melena hace un año.

Fué estudiado e ingresó al Servicio a principios de Febrero, en un período de calma que terminó entonces volviendo a sufrir.

Se prepara para operar y dos días antes del fijado para la intervención, hace un dolor izquierdo a tipo de cólico nefrítico. El examen de orina muestra algunos glóbulos rojos. Se posterga la intervención y se redoblan los cuidados, pues asociamos este accidente con la posibilidad de complicaciones hemorrágicas o de perforación como ya conocíamos y más en un enfermo que ya había sangrado anteriormente. Sigue sufriendo con ligera febrícula y a las 48 horas del cólico hace un violento cuadro de perforación a predominancia sintomática izquierda.

Hago notar que, diariamente, se le hacía lavaje gástrico como preparación habitual, y terminaba de hacerse cuando sobrevino la perforación, pero no creo que

haya sido determinante de ella, pues el proceso de la perforación no puede considerarse como una acción mecánica, sino un proceso evolutivo, sin duda inflamatorio, por no decir infeccioso.

Por otra parte, no había líquido apreciable en el abdomen; creo que el operar con un estómago limpio y bien vacío, pues el lavado lo hizo una persona muy hábil, ha sido ventajoso.

A la hora y media de la perforación efectuaba la laparotomía con anestesia local, que hube de continuar con narcosis etérea.



Por las circunstancias de la preparación anterior y por hallar un úlcus de la cara anterior de la pequeña curva en la unión de la parte vertical con la horizontal, al parecer libre de adherencias posteriores, con una perforación reciente, vientre libre, con apenas un poco de líquido claro entre hígado y estómago, me decidí rápidamente por la solución ideal, en mi concepto, es decir, la resección amplia.

Sin embargo, la circunstancia de no contar con ayudantes capaces y con un instrumental inadecuado, me decidieron por otra solución que creo también muy buena en este caso para resolver la situación, es decir: el cierre simple de la perforación, que hicimos con dos jaretas de gastergut N.º 1, a un centímetro de distancia y tomando grueso tejido ayudamos a obturar la perforación, que tenía un centímetro de diámetro, introduciéndole una franja del pequeño epiploon, que sirvió como almohadilla para apretar mejor el primer surjet. La induración del úlcus tenía un diámetro de cinco centímetros. Quedó un estómago con ligero acortamiento concéntrico de la pequeña curva, que por ser uno de los elementos que contribuyen a

perturbar el funcionamiento gástrico, como se ha visto en el método de Balfour, resolvemos tener presente para seguir la evolución posterior, en especial el post operatorio inmediato.

No me detendré a analizar las ventajas de la sutura simple en las perforaciones. Creo que es un método excelente, que da resultado inmediato y alejado bueno, como en muchos casos publicados y como yo mismo lo he experimentado, y que por encima de todo es benigno, en especial cuando las circunstancias, como en mi caso, impiden hacer una terapéutica más amplia y tal vez más definitivamente radical, como lo sostienen con la elocuencia abrumadora de los hechos las estadísticas imponentes de Judine y numerosos casos de Finsterer.

Mi caso sirve precisamente para demostrar que la perforación y el ulcus se curan por la sutura simple, como verán más adelante y como se ve en la pieza, hecho por otra parte aceptado y reconocido en contraposición con lo que pasa en las simples escisiones con o sin termocauterización a la Balfour, que es, como Vds. saben, un procedimiento inspirado en este hecho natural. Pero mi caso sirve para demostrar que la sutura simple no nos pone a cubierto de la complicación post operatoria, que sobrevino a las 48 horas, una gastrorragia intensa y terrible, de las más precoces que se han señalado, pues todas las hemorragias que no acompañan simultáneamente o antes a la perforación, sobrevinieron en los casos publicados que yo conozco, después de la semana.

A las 48 horas de la perforación el enfermo tiene sensación de plenitud gástrica. El sondaje, que ya se había hecho antes siguiendo nuestra costumbre, muestra esta vez una retención de líquido hemático oscuro, apreciable en 400 gramos.

Se calma el enfermo, pero en la noche hay que sondarlo dos veces, saliendo 300 a 400 gramos de líquido hemático oscuro.

Al día siguiente el enfermo está bien, pero hay que sondarlo nuevamente y se le hace pequeño lavado gástrico. A las 36 horas de iniciada la hemorragia hacemos transfusión de 100 gramos, que toleró muy bien, pero sigue la gastrorragia en la misma forma. A las 60 horas nueva transfusión de 100 gramos; tiene una anemia bien visible clínicamente pero el recuento globular muestra que no baja de tres millones de hematíes. En esta situación resolvemos esperar hasta la tarde y practicar una resección si continúa la hemorragia.

Tonificamos al enfermo convenientemente y hacemos suero en pequeña cantidad, subcutáneo, con dieta absoluta. Por suerte para el enfermo la hemorragia cesa y en 20 días sale de alta en buen estado.

¿Cuál ha sido la causa de la hemorragia y cuál debe ser su tratamiento? Hubiéramos ganado más haciendo la resección en lugar del cierre simple?

He aquí nuestro caso y nuestro problema en esos momentos.

Por lo que se conoce de las hemorragias del culcus y en especial de las que acompañan siguiéndola a la perforación, en nuestro caso había dos posibilidades a tener en cuenta considerando la forma de hacerse la emisión sanguínea, es decir, lentamente y oscura. Hemorragia por estasis gástrica, explicable por el tipo de operación que perturba el funcionamiento gástrico, no muy segura por aparecer después de las 48 horas en que estuvo bien. Hemorragia por gastritis, más lógica por ser éste el mecanismo habitual en las perforaciones gástricas, que so como admite la gran mayoría de autores entre los cuales citaré los nombres de Duva y Rosenow, una etapa en la evolución del proceso infeccioso de la pared gástrica, y como lo probaría nuestro enfermo por su antecedente inmediato preoperatorio, es decir, su sufrimiento rebelde y la febrícula.

¿Podría tratarse de una hemorragia por ulceración vascular?

Habría que admitir la coexistencia de otro ulcus, o que siendo la perforación una parte pequeña del ulcus, puede haber un vaso no comprendido en la sutura, sobre todo por ser ésta no perforante. Sin embargo, en esos casos la hemorragia tiene otro aspecto y es muy grave por su abundancia y rapidez.

Aceptando pues, que la hemorragia en nuestro enfermo se produjo por gastritis, es evidente que la simple sutura no evita esa complicación o en todo caso la agrava por estasis, como tal vez ocurrió en nuestro caso.

La evolución de nuestro enfermo hacia la definitiva etapa de la resección curadora, a los seis meses de la perforación, parecería un argumento decisivo en contra



de la simple sutura en los casos favorables como éste para la operación de exéresis. Sin embargo, el exámen de la pieza nos permite hacer constataciones que favorecen las dos conductas.

Volviendo al enfermo. Pasó tres meses muy bien, repuntando mucho el estado general. Una radiografía entonces, muestra un estómago absolutamente normal. A partir de entonces empieza a sufrir nuevamente, pero esta vez haciendo un cólico nefrítico izquierdo, expulsando dos cálculos pequeños. Una radiografía simple de aparato urinario no muestra nada anormal.

Casi a continuación inicia un cuadro de sufrimiento gástrico intenso con gran hiperclorhidria que se manifiesta por regurgitaciones de líquidos quemantes, con dolor intenso que a veces se calman con ingestión de leche y alcalinos.

Una radioscopia practicada al enfermo en estas circunstancias, un mes después de la primera, muestra un nicho enorme en la pequeña curva, como ven en las placas, en la misma región de la vez anterior.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

Aparecía ahora un nuevo motivo para considerar fracasada la sutura simple, pero esta vez con una interrogante más seria aún: ¿es un ulcus o un neoplasma? ¿Era, cuando se perforó, un neoplasma?

Proponemos la resección, que el enfermo acepta en seguida.

El aspecto del enfermo no es muy bueno, pero los exámenes de laboratorio nos dan garantías.

En Agosto 25 en el Servicio del Prof. Blanco Acevedo efectué la resección; piloro-gastrectomía amplia, como verán en la pieza y en las placas. Me ayudaron los Dres. Morador y Pedemonte.

Empleando la técnica habitual que no describiré ahora, terminamos con un Pclya Finsterer. La operación fué laboriosa por las adherencias al hígado y a la pared y sobre todo por la lesión encontrada, que era un enorme ulcus de la cara posterior de la pequeña curva, sumamente adherente al páncreas y a la misma altura de la lesión anteriormente suturada, que aparece de buen aspecto exterior, en cara anterior.

En el post operatorio nuevamente aparece cólico nefrítico, a los 5 días, provocando esta vez una anuria de 20 horas. Cedió con belladona, expulsando arenillas de oxalato de sal y urato de soda.

No me ocuparé ahora de este serio asunto, pues estoy haciendo un estudio especial.

A los 40 días de operado el enfermo está en excelentes condiciones. Una placa espléndidamente lograda por el Dr. García Capurro, muestra un funcionamiento gástrico muy bueno, y por comparación con la preoperatoria³ hace ver que la resección ha sido por lo menos de dos tercios de estómago.

En la pieza vemos que el ulcus mide 5 centímetros de largo y tiene dos porciones bien distintas, una más grande, corresponde a la cara posterior, tiene más de un centímetro de ancho y dos y medio de profundidad, y una porción más pequeña, que es un simple surco de medio centímetro de ancho, que corresponde a la parte suturada y que tiene aspecto cicatricial; en especial sus bordes son bajos, en contraposición con el levantamiento de aspecto tumoral de la parte no suturada de la cara posterior. Alrededor hay lesiones de gastritis mamelonada, sobre todo en la parte ancha del ulcus y, al contrario, atrofia en la parte suturada. Por el lado exterior una zona gruesa de tejido escleroso al nivel del ulcus, que corresponde a una verdadera rebanada de tejidos prepancreáticos, sacados con la pieza. En el peritoneo gástrico algunos nódulos en grano de sémola, sospechosos de ser neoplásicos.

El examen histológico, efectuado por el anatómo-patólogo del Hospital Pasteur, Dr. Héctor Castiglioni Alonso, da lo siguiente:

En los cortes de la zona correspondiente a la antigua perforación se encuentra: en la mucosa una atrofia bastante intensa con reducción muy grande de glándulas; en el corión se ven infiltraciones leucocitarias pequeñas y un poco irregulares. Muscularis mucosa normal.

Submucosa y muscular con una esclerosis marcada.

En resumen, se puede considerar como un proceso de curación.

El estudio del ulcus muestra en la parte de la cara posterior, un proceso penetrante y calloso que ha atravesado la capa muscular. En el fondo del ulcus se ve: una capa fibrino-leucocitaria, una capa necrótica y por debajo una zona de tejido de granulación con aspecto fibroso en los bordes.

En los límites del ulcus, la mucosa presenta criptas de aspecto irregular, patológico, e infiltración leucocitaria del corión.

Infiltración celular de la muscularis mucosa; submucosa esclerosa; en los vasos, que son abundantes, se encuentran distintos grados de vasculitis.

El estudio de conjunto permite excluir una lesión neoplásica, incluyendo el estudio de los ganglios regionales.

De este estudio anatómo-patológico se puede sacar la siguiente conclusión. 1.º La sutura simple fué eficaz como tratamiento de la parte de úlcus correspondiente a la cara anterior, que sufrió la perforación y que se comportó como un úlcus aislado, pues no es posible suponer que el úlcus posterior no existía anteriormente. Apesar de las radiografías negativas primeras, ya que su constitución histológica muestra que es un proceso antiguo, no neoplásico, y que justifica su largo pasado patológico de 20 años.

2.º La sutura simple tiene una acción exclusivamente local, no interviene como elemento curador sino como elemento mecánico de cierre que en todo caso favorece la curación ulterior de ese punto.

3.º Nuestro caso revela lesiones de vascularitis y de infiltración inflamatoria de la parte de úlcus que quedó, que justifican el tipo de hemorragia observado, que bien pudo haber sido por erosión de grueso vaso si hubiera ocurrido que se hallara uno en el proceso.

4.º Un úlcus vecino y en nuestro caso la parte posterior del mismo úlcus primitivo puede escapar al proceso de perforación del primer úlcus y continuar su evolución.

5.º La exploración forzosamente superficial en la primera intervención, permite considerar libre un estómago que estaba atrás firmemente adherido al páncreas, lo cual hubiera sido un serio impedimento en la operación de urgencia.

Para terminar y colocándome del punto de vista práctico personal, de acuerdo con mi convicción de la excelencia de la resección amplia en frío, considero que la sutura simple del úlcus perforado sólo tiene el valor de medio de cierre momentáneo, eficaz en el momento, en modo alguno curador definitivo de un enfermo ulceroso, que deberá ser vigilado cuidadosamente en lo sucesivo.

Angina a colibacilos y sépticohemia a abscesos múltiples.

Por los doctores ADOLFO GARRA y LUIS D. BOTTARO

Relator: Doctor JUAN SOTO BLANCO

El intestino, las vías biliares y urinarias son los puntos de partida habituales de las septicemias colibacilares. Una angina como lesión primitiva se puede considerar una puerta de entrada excepcional. Esta circunstancia y algunos otros hechos singulares que referiremos nos han decidido a comunicar esta observación.

Observación clínica.—A. D., 23 años. Sin antecedentes de importancia. Trabajador y sano. Muy fumador.