

Actitud frente al hallazgo de mesenterio común

Dres. Alfredo Armand Ugon, Juan A. Lorenzelli y Hugo Sáez

A propósito de dos observaciones de M. C. en el curso de laparotomías, revisamos la embriología para poder clasificar y reconocer la anomalía, lo que constituye el paso previo a tomar o no conducta activa en vistas a futuras complicaciones.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Mesentery.

INTRODUCCION

El cirujano general puede enfrentarse en el curso de una laparotomía de urgencia o de coordinación frente a lo que se denomina mesenterio común (M.C.).

Este término agrupa bajo una única denominación la persistencia de disposiciones embrionarias que normalmente son transitorias. Es así que la variada gama de anomalías en la disposición y en las coalescencias del intestino en la cavidad abdominal pueden sorprender al técnico actuante y le plantean más de un problema a resolver.

El cirujano debe aprender a reconocer este tipo de anomalía, ya que de su correcto conocimiento y análisis surgirá una conducta activa o de abstención. Será de tanto riesgo para el paciente una mala y no criteriosa maniobra, así como el dejar de actuar cuando esté indicado.

Como tuvimos que vivir dos situaciones sucesivas en que se nos presentó un M.C., hemos pensado que es útil recordar esta entidad, repasando la anatomía embrionaria primero, para poderla clasificar, y establecer luego principios de conducta bien fundamentados.

RESEÑA ANATOMOEMBRIONARIA

Debemos recalcar tres puntos preliminares:

1) Los accidentes que se relacionan con el M.C. pueden permanecer completamente latentes y ser solamente descubiertos en el curso de la laparotomía.

2) Estas anomalías pueden afectar de varias formas al tubo digestivo o a su función: directa o indirectamente; de forma aguda o crónica.

3) Estas alteraciones se asocian a otras malformaciones que pueden no ser patentes y deben

Clinica Quirúrgica "2" (Prof. U. Larre Borges). Hospital Maciel. Montevideo.

de buscarse sistemáticamente, en el diafragma y paredes abdominales.

Todos estos hechos sólo encuentran una explicación lógica cuando se estudia su aspecto embrionario normal y patológico (6).

A) *Estadio inicial* (1 en la fig.)

El asa y su meso están situados en un plano sagital medio. El pie superior del asa, futuro intestino delgado, se alarga más rápidamente que el inferior, el cual, en el futuro, corresponderá al colon. La zona culminante del asa está fijada a la vesícula umbilical a través del conducto vitelino (5, 6).

B) *Primera fase* (2 en la fig.)

El asa rota 90° hacia la derecha alrededor del eje mesentericovitellino. El intestino delgado se sitúa a la derecha, el colon a izquierda; y el mesenterio queda en un plano horizontal. Esta fase se cumple en el celoma del cordón, es decir, fuera del embrión (5, 6).

C) *Segunda fase* (3 en la fig.)

A partir de la 8ª semana el intestino se introduce en la cavidad abdominal. Esto se logra por progresiva acomodación, penetrando primero el delgado a través del anillo umbilical que se va estrechando. En el abdomen el delgado se encuentra con un gran hígado a derecha, y se dispone en la fosa iliaca izquierda; debiendo colocarse el colon a su alrededor, bajo el hígado y contra la pared.

Así el meso rota nuevamente 90°, volviendo al plano sagital, aunque ahora el colon está por encima y el delgado hacia abajo (5, 6).

D) *Tercera fase* (4 en la fig.)

Se produce el alargamiento cólico, con descenso del cecoascendente desde la región subhepática hacia la fosa iliaca derecha, completándose la rotación (5, 6).

Por otra parte, las posiciones que adoptan los segmentos del tubo digestivo se fijan a la pared posterior a través de las coalescencias:

1) Duodeno al peritoneo parietal posterior: Fascia de Treitz.

2) Colon izquierdo al peritoneo parietal posterior: F. de Toldt izquierda.

Presentado como Tema Libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo. Noviembre de 1979.

Residente de Cirugía. Fac. de Medicina.

Dirección: Tacuarembó 1587, Montevideo. (Dr. A. Armand Ugon).

3) Colon derecho al peritoneo parietal posterior: F. de Toldt derecha.

4) Los dos ángulos laterales de la bolsa epiploica atrayendo los ángulos cólicos a la pared y fijándolos: el derecho frente al duodeno (Brida de Ladd), y el izquierdo bajo el bazo; constituyendo los ligamentos suspensores de los ángulos del colon (3).

El resto del tubo digestivo queda libre, fijado a la pared posterior de la cavidad peritoneal por las porciones del M.C. primitivo.

Los defectos en el desarrollo embriológico pueden ser:

A) De *rotación*:

- completa,
- incompleta,
- no efectuada,
- inversa.

B) De *coalescencia*:

- normal: sectores fijos en correcta posición,
- anormal: sectores fijos en mala posición,
- incompleta: sectores libres.

Teóricamente todas las asociaciones son posibles entre todos estos procesos; pero las detenciones más tardías son más peligrosas, ya que existen numerosas fositas y bridas con gran posibilidad de accidentes oclusivos (1).

FORMAS CLINICAS

El hecho dominante es la repercusión sobre el tránsito digestivo.

Su expresión máxima la constituye el cuadro oclusivo explosivo por torsión o compresión extrínseca: la mediana se traduce por elementos inespecíficos, alternando diarreas y constipación; y la mínima es absolutamente asintomática (2).

La regla en el adulto, que es lo que nos interesa, es la falta de historia previa, y su presentación es por la patología asociada (3, 4, 7).

Nuestras dos observaciones ocurrieron en adultos, presentándose el M.C. como hallazgo en:

1) Laparotomía de urgencia. Oclusión mecánica de colon por tumor de sigmoide; M.C. en fase 2. Se procede a reseca sigmoide, se reconstruye el tránsito, y se efectúa apendicectomía (fig. 2).

2) Laparotomía de coordinación por ulcus duodenal. M.C. en fase 1-2. Se realiza la gástricotomía con obligada reconstrucción Billroth I; y se efectúa apendicectomía (fig. 3).

DISCUSION

Dejaremos de lado lo que respecta a las complicaciones propias del M.C. (torsión o compresión extrínseca); cuya conducta dependerá, obviamente, de la viabilidad del segmento com-

prometido, yéndose a su conservación o resección de acuerdo al estado de la víscera.

El problema que encararemos es el del M.C. no complicado; es decir, el de su hallazgo en el curso de una laparotomía por patología asociada. La situación que es más apremiante si estamos ante una urgencia; recordando la frase de Ombredanne: "Los detalles mínimos, fáciles de apreciar para quien analiza en el silencio de su escritorio, son difíciles de precisar en el curso de la urgencia dentro del quirófano" (2).

El cirujano procederá antes que nada a su identificación, análisis y diagnóstico de variedad. Para ello es menester que la exploración sea completa, por una exposición amplia. Puede llegarse a un abordaje más amplio, o aún al empleo de una nueva incisión.

La correcta semiología operatoria tiene como tiempo fundamental la minuciosa exploración del duodeno, con liberación de bridas que lo comprometan y que fijan peligrosamente la porción distal del asa que queda móvil. La sección de la coalescencia anormal preduodenal del ciego (Brida de Ladd), permite su reintegro a izquierda a la vez que la liberación del duodeno (6).

Una vez liberado el ciego, se le debe fijar cuidadosamente a izquierda de la línea media, por aposición serosa al colon izquierdo, que está en posición normal y fija (2, 7).

Se haya liberado y/o fijado el ciego, siempre debe extirparse un apéndice ectópico de manera preventiva, para evitar los riesgos de una apendicitis en situación anómala (2, 4, 6, 7).

Nunca debe intentarse reponer el ciego a la fosa iliaca derecha, ya que los pedículos vasculares del mismo están adaptados a la anormal situación que irrigan, y quedaría peligrosamente comprometida la circulación al intentar variar dicha posición anatómica (6).

En rotaciones inversas, por lo expuesto anteriormente, surge que también debemos respetar dicho sentido de rotación y contentarnos con la sabiduría de la abstención.

CONCLUSIONES

La conducta que tomará el cirujano frente al hallazgo de un M.C. no complicado, será:

1º) Reconocimiento de la anomalía y diagnóstico de variedad. Para el cumplimiento de este tiempo, que de ser imperfecto no corrige lesiones y expone a futuros accidentes; puede llegarse a practicar una laparotomía más amplia.

2º) Proceder a liberar el duodeno y fijar el ciego a izquierda si la variedad lo impone.

3º) Practicar la apendicectomía preventiva.

4º) En ausencia de estos hechos, la sabiduría radica en evitar crear riesgos. Es lógico entonces que el cirujano que descubre al azar esta anomalía, la analiza correctamente, no halla elementos predisponentes de accidentes;

se abstiene de completar rotaciones, deja en su lugar las vísceras (en especial el ciego), y cierra el abdomen.

RESUME

Attitude par rapport a la trouvaille du mesentere commun

A la suite de deux trouvailles de mésentere commun, lors du cours de laparotomies, nous avons revu l'embryologie pour pouvoir reconnaître l'anomalie et la classer; elle devient la première des marches à suivre pour adopter ou non des conduites actives afin d'éviter les complications futures.

SUMMARY

Course Bearing with Mesenterium Comune

This paper deals with two cases of mesenterium comune that were found during laparotomy.

The embryology was reviewed to be able to identify this anomaly, this is the previous condition to take or not an active course in consideration of future complications.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BRUNET J. Anormalies de rotation et défauts d'accoulement de l'intestin. *Rev Prat*, 23: 2767, 1973.
2. DEVIC G, LUGAND A, GARETT J. A propos de 8 observations de mésentere comune. *Lyon Chir*, 71: 204, 1975.
3. DOTT J. Anomalies of intestinal rotation. *Br J Surg*, 11: 251, 1923.
4. LEDOUX E, LEBARD J, HERTZ H. Le mesentere comune. *Paris Med*, 77: 234, 1960.
5. MICHANS J. Patología Quirúrgica. Buenos Aires. El Ateneo, 1964, v. 3, p. 645.
6. PATEL J, LEGER L. Tratado de técnica quirúrgica. Barcelona. Toray - Masson, 1973.
7. QUENU J. A propos de 4 observations de mesentere comune dans l'adulte. *J Chir*, 72: 778, 1956.