

# Conducta con las lesiones intestinales y epiploicas en las grandes hernias y eventraciones

## Uso preventivo del procedimiento de Noble

Dres. Roberto Perdomo y César Pereyra Borrelli

Hay necesidad de actuar con criterio preventivo de una posible oclusión futura frente a lesiones del intestino delgado, que derivan de su alojamiento, sufrimiento y adherencia dentro de las grandes hernias y eventraciones y del traumatismo quirúrgico que demanda su liberación. Asimismo, es conveniente adoptar una norma racional para tratar las lesiones epiploicas acompañantes. Son enfatizados los riesgos que presuponen la falta de una evaluación correcta de esta situación y de su abandono a la suerte de la incierta evolución espontánea.

Subrayamos el valor del procedimiento de plegamiento intestinal ideado por Noble para prevenir complicaciones de ese origen y referimos los principios técnicos fundamentales para su correcta ejecución. Somos partidarios de una conducta conservadora con el epiplón sano en todos los casos.

Tres observaciones clínico - operatorias y evolutivas sirven de referencia práctica al problema planteado.

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

Las reintervenciones son frecuentes luego del tratamiento quirúrgico de las grandes hernias y eventraciones abdominales. La mayoría tienen por causa una falla de la reparación parietal.

Frente a ese grupo principal, un número menor de casos obligan al cirujano a romper nuevamente la continuidad de una pared contigüa, para tratar un problema visceral. Tal problema puede ser preexistente a la reparación parietal. De ahí el principio de general acuerdo que aconseja despreciar afecciones viscerales y realizar su tratamiento en tiempo previo o contemporáneo al de la hernia o eventración.

Pero existe también un grupo de pacientes —en proporción difícil de determinar— que deberán ser reintervenidos por complicaciones precoces o tardías del intestino delgado debidas a lesiones acaecidas en el acto de su liberación.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 24 de setiembre de 1980.

Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica y Profesor Adjunto de Semiología Quirúrgica.

Dirección: Charrúa 2377, Montevideo (Dr. R. Perdomo).

*Clínica Quirúrgica "F" (Prof. L. A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Facultad de Medicina.*

ración sacular. Estas lesiones son de entidad variable tanto en extensión como en profundidad.

De acuerdo a ello, la situación tiene grados, pero aún los grados mínimos son peligrosos potenciales de complicaciones postoperatorias. Su expresión máxima la hallamos en las grandes hernias y eventraciones, multisaculares; en las eventraciones recidivadas y, como situación de riesgo especial, en las eventraciones de incisiones efectuadas para tratar una oclusión intestinal por bridas o adherencias.

Preconizamos el método de plegamiento intestinal ideado por Noble (2), como medida preventiva de esas posibles complicaciones.

En íntima conexión con dicho aspecto principal del tema que nos ocupa, se encuentra un punto complementario de gran interés: la necesidad de adoptar una conducta racional y sistemática con el epiplón sano o parcialmente lesionado que se interpone en el tiempo previo de la cirugía parietal reparadora. Somos partidarios de su conservación en la medida de lo posible y daremos las razones que nos sirven de apoyo para esa conducta.

## MATERIAL Y METODOS

Hemos seleccionado, como ejemplos, tres pacientes con voluminosas hernias o eventraciones cuya liberación determinó importantes lesiones del intestino delgado, las que fueron tratadas por plegado a la manera de Noble. El epiplón fue conservado en toda su extensión de aspecto sano. Estos pacientes son ilustrativos del problema planteado y fueron seguidos por muchos años en su evolución postoperatoria.

Obs. 1.— Margarita T. T. de P., 56 años. Hospital de Clínicas. Nº 203.398. Mayo 14/1964.

Operada hace 10 años por miomatosis uterina, hace eventración que se repara precozmente. A los 5 años nueva eventración que motiva cuadro oclusivo dos años más tarde y nueva operación urgente. Continúa con su eventración que aumenta considerablemente de volumen y repite episodios subocclusivos, uno de los cuales motiva su internación actual y cede al tratamiento médico.



FIG. 1.—Paciente de la Obs. 2. Gruesa hernia umbilical.

*Al examen:* Gran eventración de mediana infraumbilical, multisacular, con algunos divertículos saculares a contenido más tenso y sensible que el resto.

*Operación:* Extensas adherencias de asas delgadas y sigmoides al saco; se liberan. Quedan múltiples zonas desperitonizadas en el delgado. Se practica plegado intestinal subtotal, con sutura corrida de nylon multifilamento. Conservación cuidadosa del epiplón residual. Cierre movilizándolo ampliamente los planos parietales.

*Evolución:* Controlada durante 8 años no vuelve a tener dolores abdominales ni alteración del tránsito intestinal. Pared continente. Fallece por afección cardiovascular en agosto de 1972.

Obs. 2.—Antonio M. C., 62 años. Hospital de Clínicas. Nº 197.366. Enero 18/1968.

Hernia umbilical con 15 años de evolución. Ingresos por cuadro oclusivo que cede al tratamiento médico. Ingreso anterior hace 4 años por igual motivo.

*Al examen:* Hernia umbilical gigante, de unos 25 cm. de diámetro, recubierta por piel modificada, con reducibilidad parcial por su gran volumen y adherencias saculares (fig. 1). Neumoperitoneo preoperatorio progresivo.

*Operación:* Saco multidiverticular conteniendo parte del epiplón y numerosas asas delgadas adheridas y conglomeradas. Se libera el conjunto. Se reseca parcialmente el epiplón enfermo, escleroso y apelonado, conservando el resto. Se pliegan 5 ó 6 asas delgadas desperitonizadas y semiadheridas, según técnica de Noble. Reparación parietal.

*Evolución:* Controlado durante 6 años. Sin trastornos del tránsito intestinal y con pared continente. Fallece por afección intercurrente en febrero de 1975.

Obs. 3.—Alicia D. de A., 56 años. CASMU. 23.556. Setiembre 5/1967.

Intención subcostal derecha para tratamiento de litiasis vesicular y coledociana en noviembre de 1955. Eventración posterior y dos intentos de reparación parietal que fracasan por recidiva, en marzo y octubre

de 1957. En febrero de 1959 oclusión de delgado en la eventración; se liberan las asas y no se repara la pared. Posteriormente, fenómenos suboclusivos de delgado que motivan varias internaciones y ceden al tratamiento médico. La vemos en uno de esos episodios.

*Al examen:* Gran eventración subcostal y de flanco derecho, dolorosa y tensa. Intubación intestinal. Hidratación parenteral. Mejora.

*Operación:* El saco de la eventración contiene varias asas yeyunales y el ángulo cólico derecho. Se liberan adherencias firmes. Quedan extensas zonas desperitonizadas en delgado, algunas con compromiso que alcanza las capas musculares. Noble parcial cubriendo y ordenando esas áreas alteradas. Se conserva epiplón sano y se le interpone entre el intestino y la pared abdominal. Cierre parietal.

*Evolución:* Controlada durante 13 años; último control en junio de 1980. No dolores ni trastornos del tránsito intestinal. Pared continente.

*Estudio radiológico del tránsito intestinal:* Se observa la buena dispesición y funcionalidad de las asas yeyunales plegadas (fig. 2).

## DISCUSION

Analizaremos por separado la conducta con las asas delgadas y con el epiplón.

### I. Conducta con las asas delgadas

El procedimiento de Noble a título preventivo encuentra una de sus indicaciones formales en el tratamiento de las lesiones traumáticas, de mayor o menor entidad, que se producen en la pared intestinal. Ello tiene lugar durante su liberación del o los sacos peritoneales de eventración o de grandes hernias, y del o de los focos coincidentes de peritonitis plástica

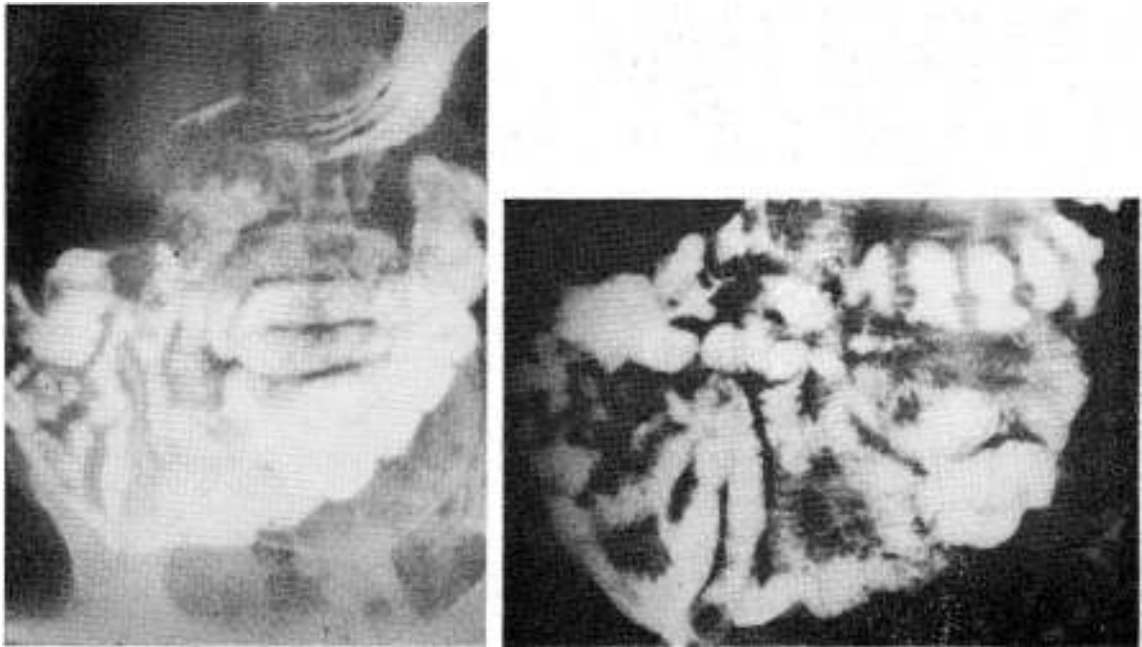


FIG. 2.—Control radiológico a los 13 años de operada por tránsito baritado (Obs. 3). Plegamiento amplio de asas yeyunales. Se observa la buena disposición morfológica y el correcto funcionamiento de las asas plegadas.

existentes entre las asas delgadas comprometidas en el proceso.

En tales condiciones el procedimiento de Noble (2, 3, 4) permite:

1. Prevenir la necesidad de una reintervención futura por oclusión mecánica postoperatoria por bridas o adherencias.

Se señala la imposibilidad de determinar en base a las lesiones intestinales observadas, cual será el grado de adherencias que han de producirse en un caso determinado. También el hecho comprobado que aún el desarrollo de extensos fenómenos adherenciales puede no dar lugar a interferencias sobre el tránsito intestinal. Sin embargo, como lo expresan Connolly y Smith (1), "el número y severidad de las adherencias debe correlacionarse con la extensión del intestino manipulado y con el área total del peritoneo desnudo". Naturalmente, el riesgo de oclusión por bridas o adherencias se incrementa en proporción a la magnitud de esos fenómenos, pese a las excepciones registradas.

2. Ponerse a cubierto del problema especial evolutivo que esas circunstancias implican al tener que actuar nuevamente sobre una pared portadora de una reparación importante por gruesa hernia o eventración. Ello es, la posibilidad de complicar la situación parietal en mayor grado e incrementar el riesgo de nueva y más compleja eventración.

3. Evitar en casos especiales la resección intestinal ante la existencia de una o varias áreas muy lesionadas e imposibles de peritonizar directamente o cubrir de otra manera, sin

comprometer la permeabilidad de la luz. Por otra parte, la solución de este problema por resección del segmento comprometido, al contaminar el campo operatorio, complica también el porvenir de la plastia parietal y aún la contraíndica formalmente.

En cuanto a la *técnica del procedimiento*, pueden existir variantes pero creemos que los puntos fundamentales pueden esquematizarse del siguiente modo:

1. Plegamiento de todas las asas lesionadas en mayor o menor grado, en forma continua o discontinua. Si existen varios focos cercanos entre sí, se realizará un plegado continuo incluyendo las zonas sanas intermedias. Si esos focos están alejados entre sí, se plegarán separadamente en la extensión necesaria dejando libres las áreas intermedias.

2. El plegado incluirá a la unión de los pliegues o cornetes mesentéricos de las respectivas asas confeccionadas si existe lesión de los mismos. Si el mesenterio está sano creemos que esta extensión es prescindible.

3. El plegado se hará mediante sutura continua que asciende desde el pie del asa —de la base mesentérica respectiva— hacia su vértice y se detiene a 2 ó 3 cm. del mismo, tomando firmemente la capa seromuscular en cada pase. Hilos finos no reabsorbibles, enhebrados en aguja atraumática.

4. La marcha de la línea de sutura sobre caras o bordes se dispondrá a la demanda de las lesiones, tratando de que éstas queden siempre cubiertas por el peritoneo sano del asa vecina yuxtapuesta. Por la misma razón, conviene

disponer previamente a las asas de modo que a un área lesionada se enfrente un área sana. Las dimensiones de las asas no es preciso limitarlas a norma fija: se puede disponer una larga al lado de otra corta, según sea necesario para la mejor cobertura de las lesiones inventariadas. La longitud promedial aconsejada es entre 15 y 20 cm.

5. Si se teme por la viabilidad de un área determinada, conviene rodearla con la sutura antes de continuar adelante, a los efectos de formarle un plano de cubierta seroso completo y fijo.

6. Un detalle importante se refiere a la necesidad de disponer la última asa ileal, cuando se requiera plegarla, en sentido ascendente (con vértice en dirección cefálica) para evitar que se sumerja y adhiera a la pelvis.

7. Digamos, finalmente, que un plegado intestinal a la demanda de las lesiones no implica garantía absoluta como prevención de una oclusión postoperatoria. Lo importante es destacar que las posibilidades disminuyen en razón inversa al número de lesiones intestinales protegidas por el plegado.

## II. Conducta con el epiplón

Resecamos las áreas epiploicas con lesiones infiltrativas, fibrosas, hemorrágicas o de infarto, que pueden devenir en fuente de futuros trastornos. Conservamos el epiplón sano y creemos que es una estructura de significación positiva para la buena marcha de una eventración o gruesa hernia reparada, así como encuentra múltiples aplicaciones a los problemas que ellas ofrecen.

Desde luego que el epiplón puede constituirse en riesgo potencial de adherencias o bridas que funcionen como futuras causas de fenómenos oclusivos del delgado. Existen autores que basados en ésta y otras razones, aconsejan la omentectomía total como medida apropiada y con carácter general en las operaciones abdominales (8).

Sin embargo, la actitud conservadora con el epiplón sano encuentra su apoyo fundamental en el hecho de que —con o sin plegamiento intestinal— cuando falta el epiplón el plano adherencial se traslada hacia la pared abdominal y es máximo bajo la cicatriz operatoria.

La vinculación directa entre dos focos de alteración peritoneal: intestinal y parietal, hace que esas adherencias se realicen al máximo y sean susceptibles de crear, por ende, el máximo de problemas. Noble (4) corrobora, en pacientes reintervenidos luego de la resección epiploica asociada al plegado, el hecho de que en estos casos la adherencia parietal es firme y extensa, pero agrega que ello no tiene consecuencias "cuando se ha hecho un plegado total".

Es también un hecho que hemos observado en la experiencia humana y animal (5), y en esas condiciones entendemos que:

1. Es mayor la posibilidad de desarrollo de una oclusión postoperatoria, aún excluyendo los

casos excepcionales en que se ha confeccionado un plegado total.

2. En caso de requerirse una reintervención estaría dificultada la acción a través de la cicatriz anterior, bajo la cual yacen las asas delgadas adherentes en forma firme y extensa. La liberación intestinal de la pared es mucho más laboriosa y de mayor riesgo que cuando se requiere desprender el epiplón adherente interpuesto.

3. Si se produce una dehiscencia de la herida operatoria, la exposición directa de las asas al exterior —sin protección epiploica— favorece la producción de fístulas en el área denudada.

Tales razones nos llean a aconsejar, como principio general y con particular aplicación al tratamiento de las grandes hernias y eventraciones, lo siguiente:

1. La conservación del epiplón sano, poniendo el máximo de cuidado en su liberación y tratamiento posterior.

2. La interposición del epiplón por detrás de la herida operatoria, entre el plano parietal y las asas delgadas. Cuando el epiplón no alcanza para hacerlo eficazmente, será preciso entonces extremar los cuidados de peritonización parietal.

3. Cuando se utilizan plásticos en la reparación parietal, la medida anterior adquiere aún mayor relieve para evitar el contacto de las asas con dichos materiales inertes. El plástico debe ser habitado por tejido de granulación y el epiplón, cuando hay extensas pérdidas de sustancia parietal, es un órgano aceptable para facilitar ese fenómeno. El traslado de éste a un fondo constituido por asas delgadas sería de consecuencias desfavorables.

## RESUME

### Conduite avec les lésions intestinales et epiploïques dans les grandes hernies et eventrations. Usage préventif du procede de Noble

On a besoin d'agir avec un critère préventif d'une possible occlusion future face à des lésions de l'intestin grêle, qui dérivent de son allongement, sa souffrance et son adhérence dans les grandes hernies et eventrations et du traumatisme chirurgical qui demande sa libération. De même, il est convenable d'adopter un principe rationnel pour traiter les lésions épiploïques qui les accompagnent.

On insiste sur les risques que supposent le manque d'une évaluation correcte de cette situation et son abandon au sort de l'évolution spontanée incertaine.

On souligne la valeur du procédé de pliage intestinal conçu par Noble pour prévenir des complications de cette origine et nous rapportons les principes techniques fondamentaux pour sa correcte exécution. Nous sommes partisans d'une conduite conservatrice de l'épiploon sain dans tous les cas.

Trois observations clinico-opératoires et évolutives servent de références pratiques au problème posé.

## SUMMARY

**Conduct to be Followed in Cases of Intestinal and Epiploic Lesions concurrent with Large Herniations and Eventrations. Preventive Application of Noble's Procedure**

In the case of lesions of the small intestine, it is advisable to act with preventive criteria, anticipating eventual occlusions which might occur by reason of their location, sufferance and adherence within large herniations and eventrations, as well as in surgical traumatism involve in their liberation. Furthermore, it is convenient to adopt a rational procedure for treatment of concomitant epiploic lesions. The lack of a correct evaluation of this situation, leaving it to the uncertainties of spontaneous evolution, entails considerable risk. The authors highlight the value of Noble's procedure —intestinal folding aimed at preventing complications having this origin— and describe the fundamental technical principles involved in its correct execution. They favour a conservative conduct in all cases, preserving a healthy epiploon.

Three clinical, operative and evolutive observations serve to illustrate the problem in a practical manner.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CONNOLLY JE and SMITH HW. The prevention and treatment of intestinal adhesions. *Int Abstr Surg*, 110: 417, 1960.
2. NOBLE TB. Plication of small intestine as prophylaxis against adhesions. *Am J Surg*, 35: 41, 1937.
3. NOBLE TB. The treatment of peritonitis and its aftermath. Indianapolis. A. Vernon Grindle, 1945.
4. NOBLE TB. Acute peritonitis. Further experiences with plication. *J Int Coll Surg*, 14: 66, 1950.
5. PERDOMO R. La operación de Noble. Estudio experimental. Montevideo. Rosgal, 1962.
6. PIQUINELA JA. La operación de Noble. *Bol Soc Cir Uruguay*, 26: 364, 1955.
7. PIQUINELA JA. Operación de Noble. Indicaciones técnica, resultados. *Prensa Méd Argent*, 50: 2448, 1963.
8. YODICE A. El gran epiploon, órgano inútil y perjudicial para el enfermo y el cirujano. Ventajas de la epiplectomía en todas las operaciones abdominales. *Día Méd Urug*, 29: 351, 1962.

## DISCUSION

DR. MARELLA.— Nosotros estamos de acuerdo con todos los puntos del trabajo presentado. Esta técnica la hacemos desde hace muchos años. La aprendimos a hacer en la Clínica del Prof. Del Campo. Aquí en nuestro medio insistió mucho el Dr. Piquinela sobre el uso del Noble y lo incorporamos a nuestra práctica diaria en cualquier operación abdominal en que encontramos asas intestinales delgadas despulidas, que haya riesgo de perforación, o que puedan ser causa de una adherencia postoperatoria con un acodamiento y ser causa de oclusión postoperatoria. Nosotros utilizamos el Noble como un procedimiento prácticamente de rutina. Y en el caso de las grandes hernias, como en el trabajo presentado, me parece perfectamente indicado. Además, todos los otros puntos del uso del epiploon me parecen correctos.

En el procedimiento de Noble hay un pequeño detalle que creo que habría que insistir y es que en el vértice, cuando hace la curva el intestino, nosotros no llevamos como lo muestra el esquema, la sutura hasta el vértice mismo, sino que dejamos libres los últimos 2 cm. para evitar que haya un acodamiento a ese nivel.

De modo que me parece muy interesante que se presente esta técnica para recordar nuevamente un tema sobre el cual ya se ha insistido y que en este caso tiene una aplicación particular en las grandes hernias con adherencias y alteración de las asas delgadas.

DR. PERDOMO.— Le agradecemos al Dr. Marella que esté de acuerdo con nosotros. A nosotros nos ha interesado este tema desde hace años. Nos ha preocupado el problema de tener que volver a tocar una pared que nos cuesta mucho reparar. Siempre pensamos cuando terminamos una operación en un eventrado o en un herniado, que sería una ingratitud tener que volver a tocar esa pared. Por eso es un problema que nos preocupa mucho y pensamos que con este tipo de solución es factible que uno se quede más tranquilo.

En cuanto al detalle técnico que señalaba el Dr. Marella, efectivamente, el Dr. Pereyra lo señaló, la técnica de Noble es bien precisa en eso, se establece que hay que dejar un margen en el vértice del asa de unos 3 cm. y no llevar la sutura hasta el propio vértice, para evitar que la acodadura a ese nivel pueda hacer problema a nivel del tránsito intestinal.

Muchas gracias por la atención.