HERIDAS MÚLTIPLES DE LA PRIMERA ANSA YEYUNAL

Su tratamiento

Fernando ETCHEGORRY

Presentado en la Sesión del 4 de Junio de 1941

Las heridas penetrantes de abdomen han tenido la virtud de unificar las opiniones de todos los cirujanos y actualmente una sola conducta está impuesta: intervención inmediata. Las excepciones a la regla son tan escasas y raras, que ni valen la pena de ser tenidas en cuenta.

Sin embargo, el acuerdo no llega más que hasta el peritoneo; franqueado éste, la técnica de la reparación de las lesiones comprobadas, varía según las modalidades o experiencia de cada operador, no siendo pues extraño de que a medida que esta aumenta, surjan modificaciones, a veces casi totales, otras de simple detalle, no por eso menos fundamentales que las primeras. Son de esta última clase las que expongo a consideración de ustedes.

El tratamiento de las perforaciones del intestino delgado con integridad del meso, tal como figura en los libros corrientes, puede resumirse más o menos en estos términos: perforación única, sutura en bolsa o transversal, seguida de hundimiento o plano sero-seroso; lesiones múltiples en la misma asa, resección seguida de la reconstitución de la continuidad intestinal. No se hace ninguna diferencia sobre los distintos segmentos de yeyuno-íleon y el procedimiento "standard" es aconsejado igualmente en las proximidades del duodeno, que en la vecindad del ciego.

Y sin embargo, no debiera ser así. Fisiológicamente, no todas las asas valen lo mismo; anatómicamente, la disposición del meso, llave esencial en la cirugía intestinal, es también diferente. Para el futuro de un enfermo, no es idéntica cosa suprimir 60 centímetros de intestino en la iniciación del yeyuno, que al final del íleon. Las dificultades para el cirujano tampoco son iguales

en ambas circunstancias. No es de extrañar, pues, los resultados contradictorios obtenidos en las distintas ectomías, si sólo se tiene en cuenta para apreciarlos la cantidad de centímetros extirpados, prescindiendo de su valor funcional y situación anatómica.

A estas consideraciones generales, aplicables a la cirugía del yeyuno - íleon en general, se suman otras, propias de las circunstancias en que se practica la Cirugía de Urgencia y que iré exponiendo a medida que avance en el tema.

Concretándome a las heridas de la primera asa yeyunal, motivo de esta comunicación, los comentarios expuestos se ven aún ensombrecidos por el agregado de factores de gravedad, propios de la situación y papel fisiológico de la referida asa. Por regla general, los heridos que vienen a la puerta de los hospitales, lo son en el curso de una riña y como postre de alguna comida acompañada de abundantes libaciones. Enfermos de anestesia difícil, casi siempre chocados, la intervención no transcurre con la calma deseable y que acompaña las operaciones realizadas en pacientes estudiados y preparados de antemano. Únase a esto, escasez de personal idóneo, la necesidad de practicar transfusiones o sueros durante el acto operatorio y se habrá completado el cuadro.

Además, como decía, la laparotomía se hace en pleno período digestivo; la apertura del vientre muestra las primeras asas congestionadas, con sus linfáticos turgentes como en una lámina de Sappey, las túnicas edematosas, sangrando abundantemente en los sitios de fractura.

El máximum de estas comprobaciones se observa en el primer segmento intestinal, que es justamente el lesionado. ¿Qué hacer frente a estas heridas múltiples? ¿Resección, no siempre fácil pero posible y anastomosis consecutiva o sutura con hundimiento? La primera, fuera de las dificultades técnicas y de ser más chocante, tiene en su contra la calidad momentánea de la tela con que se debe trabajar; las paredes intestinales están friables; las suturas corren el riesgo de dejar de ser herméticas una vez desaparecidos el edema y congestión fisiológicos. Se podría obviar esta deficiencia haciendo un plano de refuerzo sero-seroso con puntos sueltos con hilo lino; pero esta conducta alargaría el tiempo operatorio y no hay que olvidar que en este tipo de enfermos debemos ahorrar anestesia y rato de "evisceración".

Es el momento de aplicar la máxima de Farabeuf: "Hater vous sans vous precipiter".

La sutura con hundimiento pero conservando aunque bastante disminuída la luz intestinal tiene en su contra, los riesgos de estrecheces, acodaduras, a los que se agrega el anatema de los clásicos y... la fuerza de la costumbre.

Puesto en el dilema en los últimos cuatro casos en que he tenido que actuar, me he decidido por este último procedimiento, aplicando tal vez, casi instintivamente, por lo menos en el primer enfermo tratado, lo que la experiencia me ha enseñado, es decir, que en cirugía abdominal de urgencia en nuestro ambiente, el *mínimum eficaz*, subrayo el término, es lo mejor. Resumo la historia:

Manuel S. 14 años, ingresa al Hospital Maciel dos horas después de haber sufrido un traumatismo en su abdomen, al poco rato de haber almorzado. P. 100; s/T. Dolor y contractura en la fosa iliaca izquierda. Sonoridad pre-hepática. An. Gen. éter anh. carbónico. Laparotomía mediana supra e infra umbilical. Se comprueba líquido intestinal en el vientre; se recorre el intestino y se encuentran tres estallidos en la primer asa yeyunal, que son saturados y hundidos. Drenaje "in situ" y supra público. Hielo al vientre, tonicardíacos, dieta absoluta durante 48 horas, solución fisiológica subcutánea en abundancia. El post-operatorio fué sin incidentes. Este muchacho, operado hace cuatro años, se encuentra bien.

Este caso dió motivo, a raíz de la operacion, a críticas no muy amables por parte de algunos colegas; felizmente para el enfermo y para mí, los hechos no les dieron la razón.

La segunda observación tiene un epílogo ingrato, aunque el fracaso no puede imputarse al procedimiento. He aquí la historia:

N. N., vendedor de diarios, es herido a la 1 de la madrugada; en su inconciencia alcohólica no da importancia al hecho y se va a acostar. Los familiares que le oyen quejarse medio dormido, se levantan, lo ven y al comprobar que está sangrando lo llevan al Hospital Maciel, donde llega a las 5 de la mañana. Los Internos de Guardia notan una pequeña herida del epigastro que creen producida por un estilete; resacan los bordes, y al darse cuenta de que era penetrante, me avisan.

El enfermo está completamente ebrio. Gran excitación. Procedo rápidamente a la intervención. An. general al éter, muy mala, en el curso de la cual hay dos alarmas serias, una de ellas en el momento de la exploración visceral. La laparotomía muestra sangre y líquidos intestinales en el vientre. Hay tres perforaciones de la primer asa yeyunal que se suturan y se hunden;

una herida de un vaso del meso colon transversal, que se liga, y una herida de este mismo segmento de intestino que se sutura en tres planos. La operación hay que terminarla rápidamente; exteriorización del colon, aislado por dos mechas de gasa; cierre de la pared en un plano con drenaje supra-público. Muerte al 4º día por peritonitis. La necropsia demostró que las suturas estaban indemnes y que la peritonitis era debida a una perforación intestinal que había pasado inadvertida, falta seguramente cometida durante la alarma anestésica a que me he referido y que alteró la exploración del abdomen. Las heridas eran producidas por bala que estaba alojada al nivel de la 2ª vértebra lumbar.

En este caso el procedimiento no tuvo tiempo de demostrar su eficacia, pero tampoco puede decirse que fracasó.

El enfermo N° 3 es una mujer.

María L. de R. Recibe a las 19 cuatro puñaladas; 3 en la pared abdominal, una en el triángulo de Scarpa. De aquéllas sólo era penetrante una ubicada en el epigastrio. Hay tres heridas de intestino, no penetrantes, que se hunden. La enferma presenta además las señales de una peritonitis apendicular anterior, con tales adherencias de sus ansas a la pared abdominal, que puede decirse, que prácticamente el abdomen inferior está aislado completamente del superior. Se cierra la pared por planos y se deja un pequeño drenaje "in situ". Esta enferma presenta actualmente una "eventración".

El último enfermo, Valentín P., es herido en una riña en la Rambla Portuaria. Ha quedado largo rato extendido en el suelo antes de ser auxiliado y cuando llega a la Puerta del Hospital Maciel está sin pulso. Presenta varias heridas en el miembros superior izquierdo; una muy profunda al nivel del surco glúteo del mismo lado y otra penetrante de abdomen en el flanco izquierdo por donde sale el epiplón. Posición declive, transfusión de sangre, sueros, tonicardíacos. En cuanto al pulso se hace perceptible, se procede a la laparotomía, comprobándose cinco perforaciones de la primer asa yeyunal, todas penetrantes. Se suturan y se hunden. El aspecto final, no es muy estético, pero la permeabilidad intestinal está asegurada, aunque no muy ampliamente (*). Cierre sin drenaje, pues por uno de esos fenómenos inexplicables, no ha caído en el vientre líquido intestinal y la cantidad de sangre comprobada es mínima. Se suturan las heridas del miembro superior y se taponan con gasa la herida del inferior, que es seguramente la que ha sangrado y ha producido el estado anémico que presenta el enfermo. El post-operatorio sin incidentes.

(*) Pertenece a este enfermo la placa que presento, obtenida al mes y medio de operado y que debo a la amabilidad del Dr. Zerboni. A pesar de las dificultades para sacar la primera asa, puede observarse de que el tránsito es normal.

En resumen, en 4 enfermos con múltiples perforaciones de la primer asa yeyunal, he practicado la sutura con hundimiento, a pesar de que la proximidad de las lesiones pudieran hacer temer acodaduras o estrecheces futuras con las consiguientes complicaciones. Los hechos demuestran por el contrario la facultad de adaptabilidad del intestino en los primeros momentos y su "resstitutio ad integrum" más adelante.

El límite que me he fijado para saber si la sutura permite el paso de los líquidos, es su permeabilidad a la yema del dedo meñique.

Una precaución importante en el post-operatorio, fuera de las habituales, es mantener la alimentación líquida durante cierto tiempo, mayor que lo practicado corrientemente, a fin de no despertar reflejos capaces de aumentar con espasmos la estrechez establecida, y no reanudar la alimentación con sólidos, sobre todo en personas de dentadura deficiente, hasta que clínica y radiológicamente se compruebe la viabilidad del asa lesionada. Cuidando estas condiciones, la resección, cuando no hay herida del meso, constituirá un procedimiento excepcional.