

Clínica Quirúrgica del Profesor Stajano

HERNIA INTERNA POST-GASTROENTEROSTOMIA

Walter SUIFFET

Presentado a la Sesión del 10 de Setiembre de 1941

La gastroenterostomía crea modificaciones anatómicas y fisiológicas en los elementos que entran en su constitución capaces de dar a posteriori trastornos en la funcionalidad de esas vísceras. El conocimiento cada vez más perfecto de los detalles de técnica hacen que las complicaciones de la gastroenterostomía sean cada vez menos frecuentes; pero hay algunas de ellas que no son debidas precisamente a defectos en la realización de la intervención sino a esas alteraciones que ella crea sobre los elementos constituyentes.

Una de las complicaciones de la gastroenterostomía son los estrangulamientos internos, ya sea del delgado o del gran epiplón, dando cuadros por lo general de tipo oclusivo, cuando la estricción es lo suficientemente fuerte como para cerrar la luz del intestino. Estos estrangulamientos internos pueden hacerse a través de la brecha mesocólica, en las gastroenterostomías transmesocólicas, o a través de la hendidura peritoneal que queda situada por detrás de la anastomosis. Cuando la estricción es fuerte este pasaje del delgado produce una verdadera oclusión con estrangulamiento del delgado, pero en casos de simple encajamiento sin estricción puede producirse un pasaje total del delgado por esa brecha sin repercutir sobre su funcionalidad, pero sí sobre la de la neoboca.

Toda gastroenterostomía, debido al abocamiento del asa delgada al estómago, alcanza a formar un orificio por detrás de la neoboca, por donde puede pasar el intestino y que fué estudiado por primera vez por PETERSEN ⁽³⁾ y RIGOLLOT SIMONNOT

(¹), éste en 1908 en una tesis sobre “La Oclusión Intestinal luego de la gastroenterostomía y su profilaxis”.

En la gastroenterostomía posterior transmesocólica, este orificio está situado por detrás del estómago entre éste y la pared posterior del abdomen y limitado en la siguiente forma: hacia arriba por el meso colon transversal en su parte posterior (Fig. 1), hacia atrás por el plano parietal posterior y por delante y abajo por la primera asa ileal y su mesenterio. Hacia la derecha este espacio se abre ampliamente en la cavidad peritoneal; hacia la izquierda se estrecha al acercarse la primera asa ileal al ángulo duodeno yeyunal y comunica con la cavidad peritoneal entre el mesocolon y la primera asa ileal. La comunicación hacia la derecha es mucho más amplia, lo que explica ciertos caracteres del pasaje del delgado por él. Este espacio será más pequeño cuando se realice la anastomosis con asa corta y más amplio cuando se haga con asa larga, o cuando la primera asa ileal se encuentre acolada al duodeno (cuarta porción) y fija, lo que hará alejar el punto de inserción del mesenterio del mesocolon transversal. En el esquema N° 1 vemos marcado con una X el espacio antedicho. El esquema N° 2 muestra de frente una gastroenterostomía; las letras A y B los puntos de comunicación del orificio con la cavidad peritoneal.

La observación que motiva estos comentarios, es la siguiente:

F. R. F. — 53 años. Uruguayo. Ficha N° 2103. — Ingresó a la sala 21 el 31 de mayo, en donde nos hace la siguiente historia: Hace nueve meses fué operado de úlcera perforada, habiéndosele practicado cierre simple sin drenaje; curó y fué dado de alta. Pasó completamente bien hasta hace tres meses. Comienza de nuevo a sufrir dolores epigástricos luego de las comidas, primero discretos y luego más intensos que calmaban con vómito alimenticio y que duraron alrededor de ocho días.

Luego desaparece todo y el enfermo recupera su salud habitual hasta hace trece días, que empieza a sufrir de nuevo dolores epigástricos y vómitos alimenticios y acuosos muy abundantes, que se repiten en forma incesante desde entonces hasta la fecha. Se le hizo tratamiento a base de antiespasmódicos, hidratación, etc., pero los vómitos no cedieron. Adelgazamiento discreto, pérdida de apetito.

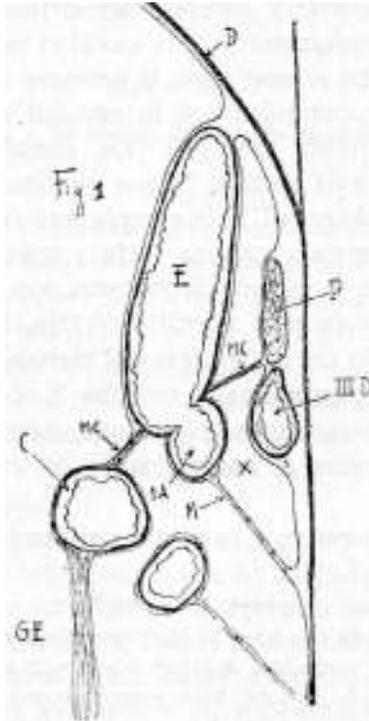
Como antecedente importante sólo haremos notar una dispepsia dolorosa rítmica y periódica que se hacía presente desde 9 años antes de su primera perforación.

Examen. — Enfermo con estado general regular, pálido y desnutrido.

Abdomen con cicatriz de incisión paramediana derecha, móvil a la respiración, completamente indoloro y depresible a la respiración.

Radioscopia de estómago. — Irregularidad inextensible de la porción prepilórica que puede corresponder a una estenosis intrínseca.

Al día siguiente, al pasar visita, encontramos al enfermo con un intenso dolor epigástrico iniciado hace tres horas, habiendo comenzado bruscamente en el epigastrio y luego irradiado al hemiventre derecho sin vómitos y que



el enfermo compara al dolor que tuvo cuando se perforó su úlcera. Facies de sufrimiento, posición de decúbito lateral izquierdo en flexión. Temperatura $36 \frac{3}{5}$, pulso 120.

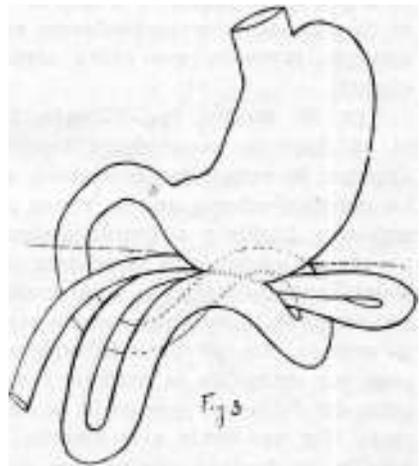
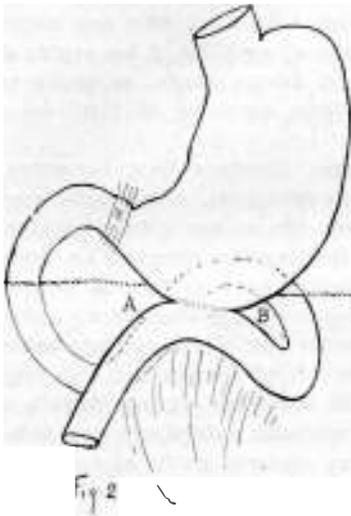
Abdomen inmóvil a la respiración, muy doloroso espontáneamente. A la palpación contractura generalizada a gran predominancia en el hemiventre derecho bajo la piel, del cual se notan los haces del gran oblicuo. Dolor a la decompresión. Douglas muy doloroso.

Radioscopia de abdomen. — Neumoperitoneo discreto.

Se diagnostica perforación de úlcera y se interviene.

Dr. Suiffet-Prof. Stajano. Pte. Lorenzo. Anestesia local novocaína al $\frac{1}{2}$ %. Incisión sobre la vieja cicatriz resecaando ésta. Se abre peritoneo y sale abundante cantidad de líquido no fétido. Se liberan algunas adherencia

al plano parietal anterior. Se exterioriza el estómago apareciendo sobre la cara anterior cerca de la pequeña curva y casi contra el píloro una perforación un poco más chica que una moneda de un centésimo, en el centro de una zona engrosada. Cierre de la perforación en triple plano. Píloro muy duro cerca de la lesión ulcerosa, que transforma toda la región prepilórica en una zona fibrosa e inextensible. De acuerdo con el cuadro clínico anterior y con las lesiones observadas, se decide practicar gastroenterostomía. Se busca la primera asa yeyunal y se exterioriza; se abre una brecha en el mesocolon transverso y se pasa hacia abajo la cara posterior del estómago, sutura del estómago al labio posterior de la brecha mesocólica. Anastomosis



gastroyeyunal en dos planos según la técnica habitual, latero-lateral, isoperistáltica, a asa corta. Sutura de la brecha anterior del mesocolon a cara posterior de estómago. Drenaje del Douglas. Cierre con hilo de plata. Agrafes.

Post-operatorio. — Evolución muy favorable sin incidentes. A los 9 días de operado comienza a vomitar, evacuándose por el sondaje gástrico un par de litros de líquido gástrico teñido en bilis. Sigue así durante tres días, vomitando o evacuándose totalmente al exterior gran cantidad de líquido gástrico de retención. Se le hace terapéutica médica a base de hidratación reacloruración, etc. Se visualiza a Rayos X y no se comprueba pasaje del bario ni por el píloro ni por la neoboca. Se decide reintervenir.

Dr. Suiffet. Prof. Stajano. Pte. Lorenzo. Anestesia local novocaína al $\frac{1}{2}$ %. Incisión pequeña paramediana izquierda supraumbilical. Exteriorización del estómago y colon trasverso parcialmente, pudiéndose ver la neoboca con un franco proceso inflamatorio (pequeños abscesos subserosos) y el asa eferente parcialmente torcida saliendo por detrás de la aferente; se

levanta un poco más el estómago viendo que el asa eferente se despliega y la boca tiene un aspecto normal. Llama la atención que la anastomosis tiene el aspecto de ser anisoperistáltica en vez de isoperistáltica, como se creía haberla realizado en la intervención anterior. Se practica una ileostomía a la Witzel en un asa yeyunal cercana a la neoboca con objeto de hidratar y alimentar por ella al enfermo, poniendo en reposo la neoboca, pues se piensa que un proceso inflamatorio de ésta sea la causa de la dificultad de pasaje. Cierre por planos. Agraffes.

Post-operatorio. — Se hidrata en forma abundante por la sonda mejorando algo el estado general, pero el estómago sigue reteniendo con la característica que el líquido de retención aparece siempre teñido en bilis. Persiste el mismo estado, no mejorando a pesar de haber puesto en reposo la neoboca. Un examen de laboratorio muestra una azoemia de 2 grs. 30 y una cloremia de 2 grs. 30 (globular) y 4 grs. 10 (plasmático) en ClNa. A los cuatro días de la segunda intervención, como persiste el mismo estado, se decide reintervenir, pensando que existe algún obstáculo mecánico al nivel del asa eferente.

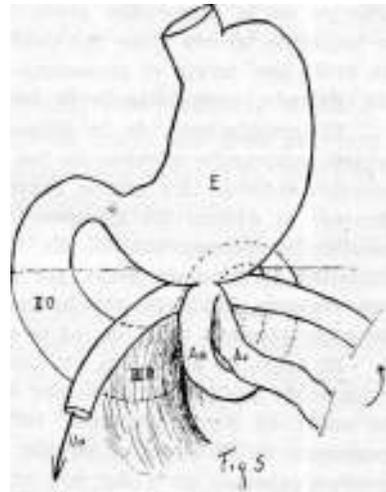
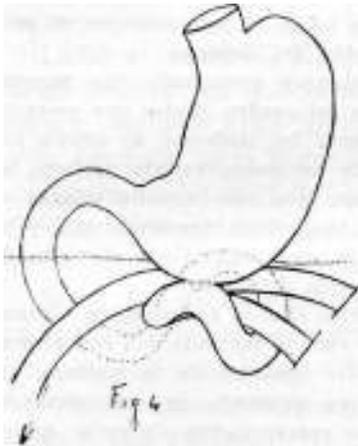
Dr. W. Suiffet. Pte. Lorenzo. Dr. Musso. Anestesia local novocaína al $\frac{1}{2}$ %. Incisión paramediana izquierda supraumbilical, más amplia que la anterior. Se exterioriza la neoboca, notándose que se han abierto algunos de los abscesos serosos que se vieron en la intervención anterior. La neoboca está muy friable y al querer explorar mejor se abre un poco la sutura en un par de puntos, que se rehacen cuidadosamente. La anastomosis tiene el mismo aspecto que en la intervención anterior con el asa eferente saliendo por detrás de la aferente y con el aspecto de ser anisoperistáltica algo torcida la neoboca. Al continuar la exploración, se encuentra un asa delgada que pasa por detrás de la neoboca y que se continúa a izquierda con toda la masa del delgado y que hacia la derecha va hacia la pelvis al ángulo ileocecal. Hay una brida a la derecha de la neoboca que comprime la tercera porción del duodeno, que aparece discretamente dilatada. Como el estado del enfermo es de extrema gravedad, y a pesar de estar el asa eferente algo torcida, se decide hacer una nueva gastroenterostomía sin tocar la neoboca ya practicada. Se la realiza precólica, a asa larga, con botón de Murphy para ser más rápido. Cierre por planos. Fallece por la tarde.

En el momento operatorio no pudimos interpretar correctamente lo sucedido; pensamos sólo en un error de técnica, pues habiendo, a nuestro entender, realizado la anastomosis isoperistáltica, la encontramos anisoperistáltica y con un asa por detrás de la neoboca.

La exacta interpretación de lo sucedido la obtuvimos después de realizada la intervención y la confirmación de esto la realizamos en la necropsia, que fué practicada por Scandroglio.

Al abrir la cavidad peritoneal encontramos la anastomosis precólica que fué deshecha para poder estudiar bien la posición de las vísceras. La neoboca aparecía en forma anisoperistáltica, más bien pequeña, orientada de adelante a atrás y de derecha a izquierda, con el asa aferente por delante de la eferente, apareciendo ésta algo oculta y sobre todo evidentemente torcida

sobre su eje (Fig. 5-Aa Ae). Estómago amplio, con regular cantidad de líquido, permitiendo fácilmente los desplazamientos parciales sobre su eje al nivel de la neoboca. El asa eferente se continúa con el resto del intestino delgado, que se encuentra a la izquierda de la neoboca en su totalidad, y su continuidad con el grueso se hace por la última asa ileal, que pasa por detrás de la anastomosis en el espacio antedicho, para ir directamente al ángulo ileocecal (Fig. 5-Ua). El pasaje de esta asa se hace libremente sin que haya ninguna compresión sobre su luz ni su meso. El mesenterio tiro-
neado por el pasaje del delgado a izquierda hace una verdadera brida que comprime la tercera porción del duodeno, produciendo una gran dilatación



de 1ª, 2ª y 3ª porciones del duodeno que aparecen llenas de líquido, como se ve en el esquema; en cambio la 4ª porción, el ángulo duodeno yeyunal y la primera asa ileal hasta la anastomosis aparecen normales. Abriendo el estómago por la cara anterior sin deshacer nada, se ve que la boca aferente es permeable, mientras que la eferente está cerrada por la torsión de la boca más marcada a su nivel y la torsión del asa eferente inmediatamente a su salida de la neoboca. Traccionando de la última asa ileal, conseguimos pasar por detrás de la anastomosis toda la masa del delgado a derecha y terminamos realizando la destorsión del asa eferente y de la neoboca, quedando luego de esto como se ve en el esquema 2, es decir, isoperistáltica y a boca ampliamente permeable.

Realizamos después lo inverso para comprobar lo sucedido: introducimos por el espacio antedicho, un asa delgada como si ésta entrara dentro de un saco herniario; como el orificio era fácilmente permeable a dos dedos, el delgado pasaba sin sufrir trastornos en su luz ni en su vascularización (Fig. 3); seguimos pasando el intestino de derecha a izquierda hasta quedar fija la última asa ileal en el ángulo ileocecal. En ese momento

la tracción que realiza la masa del delgado tironea sobre el asa eferente, que pasa por detrás de la anastomosis (Fig. 4), para terminar pasando totalmente a izquierda, rotando la neoboca más o menos 130° sobre su eje y torciendo el asa eferente a su salida obstruyendo totalmente la comunicación gastroyeyunal.

Hemos realizado después en el cadáver la reproducción de lo encontrado en la intervención y en la necropsia, llegando a las mismas conclusiones. Mostramos las fotografías del cadáver, donde se puede ver en la foto N° 1 la gastroenterostomía con una pinza de Kocher pasando por detrás de la boca, en el espacio descrito; en la foto N° 2 se ve pasar por detrás de la anastomosis un bucle de delgado y en la foto N° 3, vemos una exacta reproducción de la disposición encontrada; la neoboca torcida, todo el delgado a izquierda, el asa libre por detrás de la boca y una espátula colocada en la brida que forma el mesenterio tironeado hacia la izquierda por el peso del delgado, comprimiendo la tercera porción del duodeno.

El conocimiento de la disposición anatómica encontrada, nos permite ahora comprender algunos de los elementos del cuadro clínico que presentó nuestro enfermo. En primer lugar el comienzo del síndrome de vómito fue brusco; al décimo día de operado, luego de un postoperatorio perfecto, se produjo el primer vómito. Es lógico pensar que esto sucedió cuando el intestino terminó de pasar por detrás de la neoboca torciendo ésta y el asa eferente, habiendo pasado inadvertida la etapa inicial por el hecho de no estar afectada ni la luz ni la vascularización del delgado.

El hecho de haber una estenosis reconocida clínica, radioscópica y anatómicamente nos inhibía de hablar de círculo vicioso, teniendo que encontrarse la causa en algún elemento, inflamatorio o mecánico de la neoboca. La presencia de bilis en el líquido gástrico nos mostraba que ese obstáculo predominaba al nivel del asa eferente; la comprobación de estas deducciones está en la descripción de las lesiones encontradas.

Las observaciones de este tipo no son frecuentes en la literatura; en general están estudiadas en conjunto con los estrangulamientos del delgado a través de la brecha mesocólica o junto a las consecutivas a las G. E. anteriores o a las gastrectomías.

En nuestro medio SILVA (2) en un interesante estudio sobre los accidentes de la gastroenterostomía le dedica un capítulo a los estrangulamientos internos por pasaje del delgado por detrás de la neoboca, pero no relata ninguna observación personal.

Las primeras observaciones de este tipo corresponden a PETERSEN (3) GRAY y RIGOLLOT-SIMONNOT (1) en 1900 y 1906. Rigollot Simonnot publica en 1908 una tesis donde estudia cuidadosamente el espacio que se forma luego de las gastroenterostomías y relata cinco observaciones, tres de Petersen, una de Gray y una personal. En las observaciones de Petersen hay

pasaje total o parcial del delgado por la brecha sin obstruir e su luz ni la neoboca; hay en cambio en dos de ellas trombosis de los vasos mesentéricos por la compresión que sufren al estirarse el mesenterio en su pasaje por detrás de la neoboca. Las observaciones de Gray y Rigollot Simonnot son hernias del delgado, dando una oclusión intestinal.

FROMME (4) en 1920 recoge 22 observaciones de hernia interna; 4 luego de G. E. anterior y 18 en posterior y relata una observación personal idéntica a la nuestra, pero luego de una gastrectomía con anastomosis transmesocólica; torsión de la neoboca y obstrucción del asa eferente, habiendo sido reconocido a la necropsia.

La observación de KEENE (5) es muy semejante a la nuestra, sólo difiere en que la obstrucción se hacía en toda la boca produciendo una gran dilatación gastroduodenal; fué tratada por la desunión de la boca y nueva gastroenterostomía.

HOFFMAN en 1925 (6) y 1937 (7) y ARMITAGE (8) en 1930 publican observaciones de oclusiones del intestino delgado por hernias internas sin ninguna repercusión sobre la neoboca.

KOCH (9) en 1934 hace una revisión completa del tema refiriendo 63 observaciones recogidas hasta ese momento, pero sin citar ninguna semejante a la nuestra. Hace notar la rareza de esta complicación porque sobre un porcentaje de 560 gastrectomías y 110 gastroenterostomías realizadas en la Primera Clínica Quirúrgica de Odessa del Prof. Sokolov sólo cita en su trabajo dos observaciones personales y corresponden a estrangulamientos a través de la brecha mesocólica.

En 1928 LECLERC y DUBORD y en 1938 MOIROUD, (10) SALMON y BOUILLON (11) presentan nuevas observaciones de oclusión alta del delgado por hernia interna en el espacio descripto.

Como vemos por los datos antedichos la complicación no es frecuente, explicándose así que frente a esta poca frecuencia los cirujanos no se preocupen de cerrar esta brecha. Esta complicación se ve con mucha más frecuencia en las gastroenterostomías posteriores que en las anteriores (36 posteriores sobre un total de 44 - Koch) y se explica porque siendo la brecha más pequeña en caso de G. E. posterior difícilmente podrá salir de ella como parece suceder en las anteriores.

El mecanismo del pasaje del intestino a través de la brecha da lugar a distintas interpretaciones. Petersen le da importancia a un simple detalle de técnica: dice que al realizar la anastomosis se coloca por detrás de las vísceras a unir una gaza que pasa por la brecha posterior y que al retirarla se hace siempre de derecha a izquierda, cosa que cebaría, por así decirlo, el pasaje del delgado y aconseja para evitar eso quitar la gaza de izquierda a derecha. Creemos mucho más simple pensar que el intestino pasa de derecha a izquierda por ser la parte derecha mucho más amplia de ese lado que del otro, como ya lo hemos visto al estudiar la constitución del espacio.

Las contracciones intestinales y los espasmos del postoperatorio serían los encargados de llevar el intestino y hacerlo pasar por el orificio, pudiendo suceder que el intestino se estrangule y se produzca una oclusión intestinal del delgado, o que la luz no se obstruya y el intestino pase totalmente a izquierda, dándonos el cuadro de nuestro enfermo.

Podría ser un factor predisponente para la producción de la hernia con torsión de la neoboca, la dirección no exactamente transversal de la boca, sino algo oblicua hacia atrás y a derecha lo que dejaría el asa aferente un poco delante de la eferente, pudiendo ser éste un estado inicial que podría llevar a la hernia, por pasaje inicial del asa eferente por la brecha.

Como conclusiones prácticas de esta observación, podemos decir que:

1º) — La gastroenterostomía posterior trasmesocólica, por el hecho de unir la primera asa ileal al estómago crea una brecha por donde pueden hacerse hernias internas.

2º) — Si la brecha es pequeña el intestino se estrangula y da una oclusión intestinal, pero si la brecha es amplia el intestino puede pasar todo a través de ella y torcer la neoboca o el asa eferente ocluyéndolas.

3º) — El diagnóstico clínico es prácticamente imposible y sólo se diagnosticará el síndrome oclusivo más o menos alto.

4º) — El diagnóstico operatorio se basará en la exploración de la neoboca, en la posición del intestino a izquierda de la neoboca y en el asa ileal, que pasa por detrás de la anastomosis y que va al ángulo ileoceal.

5º) — La terapéutica consistirá en reponer el delgado a su lugar habitual por una simple maniobra inversa.

6º) — La profilaxis se hará cerrando este espacio con p que unan el asa eferente o la aferente al peritoneo parietal terior o al mesocolon transverso, en aquellos casos en que hay una brecha muy amplia.

No creemos que esto haya sucedido en nuestro enfermo, pues una vez colocada la anastomosis como se realizó, la boca era perfectamente transversal.

No se ha llamado la atención sobre la influencia que puede tener la variable disposición del ángulo duodeno yeyunal en la producción de estas hernias postoperatorias. Además de la relación variable entre ángulo y mesocolon, que va desde la separación amplia hasta su total acolamiento, creemos que es importante la dirección de la primera asa yeyunal. En un estudio de esta región CHIFFLET (12) ha insistido en que la disposición de la primera asa es constante para cada sujeto, estando a veces fijada por coalescencias de ese segmento al peritoneo vecino y que aun estando libre su situación y dirección están impuestas por la disposición del peritoneo del ángulo. Esta fijeza del yeyuno obligaría, según sus estudios, a dar a la primera asa yeyunal cuando se va a utilizar para una gastroenterostomía cerca del ángulo, una dirección que respete su natural disposición. Es muy posible que si no se contempla este hecho, se puedan producir no solamente angulaciones perjudiciales en el ángulo sino también en el asa eferente, tendiendo el yeyuno a adoptar su ubicación y dirección naturales, y que sobre la base de estas torsiones se inicie la movilización y desplazamiento anormal que lleve a la hernia interna.

Del punto de vista clínico es difícil prácticamente establecer el diagnóstico y sólo se planteará la reintervención frente al síndrome de vómito persistente e imposible de mejorar con los medios médicos.

El interés de nuestra comunicación radica sobre todo en la conducta a seguir en casos de esta naturaleza. Es necesario reconocer en el momento operatorio sobre todo, el pasaje del intestino a izquierda para pensar en este tipo de hernia interna; buscar además si no existe alguna causa mecánica al nivel del

asa eferente para una vez reconocida la lesión reponer el intestino por una simple maniobra inversa a lo sucedido y evitar así deshacer la gastroenterostomía o realizar otra como realizamos nosotros.

Para prevenir o evitar esta complicación los distintos autores aconsejan cerrar la brecha producida, sin embargo la mayoría de los cirujanos no la realizan, dada la extrema rareza de accidente motivados por ella. En casos en que la brecha sea muy grande, y ya dijimos cuándo puede ser así, sería conveniente cerrarla por puntos que fijarán el asa aferente al mesocolon transversal o al peritoneo parietal posterior o realizar lo mismo con el asa eferente; lo que es tal vez más dificultoso, dado que ésta se continúa con el resto del delgado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) RIGOLLOT-SIMONNOT. — La oclusión intestinal luego de la gastroenterostomía y su profilaxis. Tesis de París, 1908.
- 2) SILVA J. M. — Los accidentes de la gastroenterostomía. *Archivos Uruguayos de Med. Cir. y Esp.* Tomo II, N° 3, 1933, pág. 343.
- 3) PETERSEN. — Sobre el vólvulo del intestino después de la gastroenterostomía. *Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1900.
- 4) FROMME. — Sobre una forma rara de oclusión después de la gastroenterostomía. *Zentralblatt f. Chirurgie*, 47, N° 50, 1920. Pág. 1515.
- 5) KEENE R. — Un caso de obstrucción aguda luego de la gastroenterostomía. *British Journal of Surgery*, 12, N° 48, 1925, Pág. 791.
- 6) HOFFMAN A. — Los peligros de la anastomosis de Braun. *Zentralblatt f. Chirurgie*, 3, N° 52, 1925, Pág. 116.
- 7) HOFFMAN A. — Ileus en un caso de gastroenterostomía anterior. *Zentralblatt f. Chirurgie*, N° 12, 1937, Pág. 691.
- 8) ARMITAGE. — Obstrucción intestinal complicando una gastroyeyunostomía posterior; caso de hernia y estrangulación del delgado por asa aferente. *British Journal of Surgery*, N° 18, 1930.
- 9) KOCH E. — Los estrangulamientos internos luego de las intervenciones sobre el estómago. *Zentralblatt f. Chirurgie*, N° 43, 1934, Pág. 2504.
- 10) LECLERC et DUBORD. — Sobre un modo de oclusión intestinal después de la gastroenterostomía. *Lyon Chirurgicale*, N° 25, 1928, Página 756.
- 11) MOIRUOD M., SALMON, BOUILLON. — Sobre una forma excepcional de estrangulamiento interno después de la gastroenterostomía. *Memoires de la Academie de Chirurgie*, N° 64, 1938, Pág. 1158.
- 12) CHIFFLET A. — Estudio anatómico quirúrgico del ángulo duodeno yeyunal. *Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*, V, VI, VII, 1932.

HERNIA INTERNA Y OCLUSIÓN DEL ASA EFERENTE POST GASTROENTEROSTOMIA

Por el Dr. W. Suiffet. — Relatorio del Dr. D. Prat

El Dr. Suiffet ha presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay un interesante caso de "Hernia interna y oclusión del asa eferente después de gastro enterostomía", cuyo relatorio se me ha encomendado.

La observación que tenemos que estudiar, puede sintetizarse así:

Enfermo de 53 años de edad, que ha sido operado hace 9 meses de una úlcera perforada, que en la historia clínica no dice de donde, pero suponemos fué del estómago, habiendo sido tratado por el cierre simple sin drenaje. El paciente hace un buen post-operatorio y se siente bien durante seis meses, en que vuelve a sentir sus molestias gástricas y vómitos, que duran sólo 8 días. Se considera curado durante 2 meses, hasta que desde 13 días ha, vuelve a sufrir sus molestias gástricas y vómitos, que lo obligan a solicitar asistencia en el Hospital Pasteur. En plena asistencia, en la sala 21 del Pasteur, hace un cuadro agudo de vientre, de tipo perforativo, y como en la radioscopia, realizada de inmediato, se comprueba un neumo peritoneo, se le opera de urgencia con anestesia local, encontrándose un ulcus perforado, muy próximo al píloro, perforación que se cierra por sutura y como se comprueba una estenosis cicatrizal pilórica, se realiza una gastro enterostomía posterior transmesocólica, practicada por la técnica infra mesocólica. comprueba una estenosis cicatrizal pilórica, se realiza además una gastroenterostomía posterior transmesocólica, practicada por la técnica inframesocólica.

A los 9 días, vómitos y retención gástrica que una vez confirmada la falta de funcionamiento de la neoboca, por el examen radiológico, se reopera al enfermo con anestesia local, por una pequeña incisión transrectal izquierda. Se comprueba que la neoboca presenta un proceso inflamatorio y que está cambiada la orientación de ella, de iso en anisoperistáltica. Se realiza una yeyunostomía a la Witzel. Mejora algo el paciente, pero persiste la retención gástrica y los vómitos biliosos, por eso a los cuatro días, se decide realizar la tercera intervención. Operación con anestesia local también, transrectal izquierda, incisión más amplia que la anterior. Se comprueba una torsión de la neoboca, de modo que el asa aferente queda adelante y el asa eferente pasa por detrás de aquélla. Un asa delgada pasa detrás de la neoboca y se continúa a la izquierda con toda la masa delgada; a la derecha, esta misma asa va hacia la pelvis, el ángulo ileocecal que originó el asa aferente de la anastomosis.

A la derecha de la neoboca, hay una brida mesentérica, que comprime la 3ª porción duodenal. Dada la gravedad del paciente, se hace una nueva

gastroenterostomía, empleando el asa eferente, *algo torcida*, anastomosis precólica, con asa larga y al botón de Murphy. El enfermo fallece en la tarde.

En la autopsia se comprueba que la primer gastroenterostomía realizada está orientada en el sentido antero-posterior y de derecha a izquierda, con el asa aferente adelante, la *eferente atrás, torcida sobre su eje y sobre todo, dispuesta totalmente a la izquierda de la implantación del asa aferente en el estómago*; el asa eferente se continúa a la izquierda con toda la masa del delgado, que ha pasado a través del orificio que forma el borde superior del asa aferente, el meocolon y el estómago, por detrás de la neoboca, y casi todo el intestino delgado, se ha herniado a través de ese orificio hacia la izquierda, quedando su parte derecha representada sólo por un asa que va desde la parte posterior de la neoboca al ciego. La oclusión queda establecida por el intestino desplazado y herniado a través del orificio y puede además suprimir todas las adherencias existentes en la cara posterior del estómago, cosa que ocurre frecuentemente, por la torsión del asa eferente y por la triada mesentérica de tracción del delgado, que comprime y estrangula la 3ª porción duodenal.

En resumen, el caso que nos ha presentado el Dr. Suiffet, es el de una perforación gástrica, tratada por cierre y gastroenterostomía, que se complicó por la hernia o deslizamiento retrógrado de casi todo el delgado a través del orificio, que detrás y debajo de la neoboca, formó el asa aferente y que originó un íleo a triple mecanismo: a) hernia del delgado a través del orificio mencionado; b) torsión de la anastomosis y del asa eferente y c) brida mesentérica del delgado herniado, que comprime la 3ª porción duodenal.

Se trata, pues, de una complicación oclusiva de una gastroenterostomía, rara vez observada, que el Dr. Suiffet trató de resolver quirúrgicamente y sin éxito en dos ocasiones y que como resultado final, nos ha presentado el caso, completamente definido y aclarado. Como relator me corresponde analizar las diferentes características clínicas de esta interesante observación.

Diagnóstico de la perforación. — La perforación gástrica fué planteada por el síndrome clínico y como se comprobó de inmediato, el neumoperitoneo en el examen radiológico, el paciente fué operado de urgencia. Se cumplieron así, los preceptos semiológicos y terapéuticos más perfeccionados de la cirugía actual.

Debemos destacar el hecho de que este paciente había sido operado ya nueve meses antes de otra úlcera perforada. Se trata pues, de un caso de perforación iterativa por ulcus gástrico.

Tratamiento de la perforación. — La perforación gástrica fué tratada por el cierre con triple plano de sutura, sin que se establezca en la historia, cual fué el material de sutura empleado, aunque generalmente es el catgut, a veces, se refuerza la sutura con el hilo de lino y si se tienen dudas sobre la seguridad o estabilidad de la sutura, se agrega una epiploplastía.

En este caso, dado que el píloro estaba fibroso y esclerosado por el proceso ulceroso, con estrechamiento o estenosis pilórica, el Dr. Suiffet realizó una gastroenterostomía complementaria y me parece que la indicación, existiendo estrechamiento del canal pilórico, estaba perfectamente establecida. Es sabido, que hoy día existe una gran tendencia a realizar el cierre simple de la perforación gástrica o duodenal, porque se considera que los resultados de esta técnica más simple y que representa una operación más reducida, son iguales o superiores a los del cierre con gastroenterostomía.

En este caso, los partidarios de esta conducta terapéutica, tendrían razón, pues podrían argumentar que si no se hubiese practicado la gastroenterostomía, no habría sobrevenido la complicación de la anastomosis y el paciente se habría salvado. En este caso, el cirujano cumplió técnicamente con su deber, al llenar una indicación categórica, como surgía de la comprobación del estrechamiento del canal pilórico y en tal sentido no se le puede hacer crítica de ninguna especie. Por mi parte, puedo agregar que cuando realizaba activamente la cirugía de urgencia, tenía especial preferencia para tratar las úlceras gastroduodenales perforadas, por el cierre y la gastroenterostomía complementaria, existiera o no, estrechamiento pilórico; siempre quedé satisfecho de los resultados y estoy convencido que en más de una ocasión, el excelente resultado obtenido, se debió en gran parte a la gastroenterostomía.

La gastroenterostomía. — La gastroenterostomía la practicó el Dr. Suiffet por la técnica de realización en el piso inframesocólico. Muchos años ha ya, que no realizo esa técnica que fué clásica para la gastroenterostomía posterior transmesocólica. Después de haberla practicado un tiempo, en esa forma, como la había aprendido de mis maestros, la abandoné para sustituirla por la misma G. E. posterior transmesocólica, pero realizada en el piso supramesocólico; en vez de descender el emogástrico a

través del mesocolon, para hacer la G. E. se transporta la primer asa yeyunal al piso supramesocólico, de acuerdo con la técnica de Toupet, después de realizar el desprendimiento epiplocólico. Considero que la realización supramesocólica de la G. E. presenta varias ventajas técnicas de importancia. Si bien es cierto que la G. E. puede actuar por la neutralización de la hiperaclorhidria gástrica, debido al reflujo hacia el estómago de la bilis y del jugo pancreático, que son alcalinos, no debemos olvidar que la G. E. actúa fundamentalmente, por el drenaje continuado y completo del contenido gástrico, cuando la neoboca está idealmente colocada, bien cerca del píloro y junto a la gran curva gástrica. Ahora bien, esta colocación ideal de la neoboca sólo se puede obtener cuando ella se realiza por la técnica supra mesocólica, en la que, el cirujano puede seleccionar el punto preciso de la ubicación de la anastomosis. Cuando la neoboca se realiza en el cono, desplazado a través de la brecha mesocólica, localizándola en la parte más baja de la gran curva, se corre el riesgo serio de efectuar una anastomosis distante del píloro y de la gran curvatura, lo que seguramente ocasionará un fondo de saco antral, con retención prolongada del contenido gástrico, que provocará una excitación hormonal continuada de las glándulas del fundus gástrico y originará una hiperclorhidria concomitante a la retención, anulando así la acción benéfica y eficaz de la G. E. Este defecto de realización de la G. E. hecha por la técnica infra-mesocólica, sería la causa más importante del ulcus péptico, asociado al cierre total o a la sección del píloro.

No pretendemos establecer en forma absoluta que la G. E. realizada junto a la gran curva y en posición yusta pilórica, no pueda complicarse con un ulcus péptico, pero lo real y positivo es que esta complicación se observa raramente, mucho menos frecuentemente que en la G. E. ubicada en la parte declive de la gran curva, que al tiempo de la operación, se comprueba que ella está muy distante del píloro, con un fondo de saco de retención antral, que nos hace establecer que esta anastomosis, constituye una mala G. E. de drenaje gástrico. Por eso, y en contra de la opinión consagrada de los maestros de la cirugía gástrica, consideramos que la G. E. debe ser realizada *no en la parte declive de la gran curva, sino, lo más cerca posible del píloro y junto a la gran curva.*

Hagámosle justicia al profesor Hartmann, quien siempre preconizó la G. E. junto al píloro y muy vecina a la gran curva gástrica.

Empleando la técnica supramesocólica de la G. E., practicamos corrientemente la hemostasis previa de los vasos de la gran curva gástrica, lo que constituye una preservación profiláctica, contra posibles hemorragias de la neoboca. La incisión gástrica de la anastomosis, la hacemos oblicua, de arriba abajo y de izquierda a derecha, a fin de seccionar oblicuamente las fichas longitudinales del estómago, a fin de que, al contraerse éste, no hagan aquéllas de esfínter y cierren la neo boca.

Siempre usamos un asa yeyunal corta y en posición isoperistáltica para la G. E., esto último parece no tener importancia fundamental, pero la tiene si, el emplear un asa yeyunal lo más corta posible, que da un mejor funcionamiento de la neoboca y tiende a suprimir incidentes. Parecería que la técnica supramesocólica obligara a emplear un a a yeyunal más larga, sin embargo, en la práctica resulta que, si el cirujano se preocupa de este detalle, la anastomosis se realiza con un asa aferente sumamente corta.

En nuestra práctica de la G. E. usamos sistemáticamente la pinza de Temoin con todo éxito, instrumento que contribuye a realizar una G. E. eficaz y perfecta.

En la técnica de la G. E. por el método de Toupet, que es el que recomendamos con gran entusiasmo, hay que realizar el deslizamiento de la anastomosis, una vez realizada, a través de la brecha mesocólica, fijando cuidadosamente el estómago a los labios del mesocolon.

Lo que no sabemos con seguridad, es si en esta técnica cabe la posibilidad de la estrangulación del intestino delgado, en el espacio que queda entre el asa yeyunal aferente y el mesocolon transverso. Por nuestra parte, podemos asegurar que en muchos centenares de G. E. realizadas en toda nuestra carrera de cirujano, nunca hemos tenido un accidente de esta índole, pero esto será comentado más adelante.

Ileo post - operatorio. — Después de la operación, el paciente del Dr. Suiffet tuvo un post - operatorio favorable pero a los nueve días se inician los vómitos y se comprueba por el sondeo una gran retención gástrica de líquido bilioso, que hace sospechar

un íleo post-operatorio y que se confirma con el examen radiológico, que no permite comprobar el pasaje del bario, por la neoboca ni por el píloro.

El diagnóstico clínico y la comprobación radiológica, establecen la indicación operatoria de la reintervención que realizada de inmediato permite comprobar algo anormal en la anastomosis, como ser: un franco proceso inflamatorio en ella, el asa eferente parcialmente torcida, saliendo por detrás de la aferente y que habiendo practicado una G. E. isoperistáltica, ella parece anisoperistáltica. Pero, lo fundamental, el íleo de la anastomosis, pasó inadvertido y entonces, interpretando que los trastornos post-operatorios se deben a un proceso inflamatorio de la neoboca, que provoca su funcionamiento defectuoso, se practica una enterostomía a la Witzel.

Creemos que lo que contribuyó fundamentalmente a engañar al Dr. Suiffet y que no le permitió realizar una buena y completa exploración del foco operatorio, fué "la incisión pequeña paramediana izquierda", que realizó. Si se hubiese hecho una incisión amplia, que permitiese una buena y completa exploración de la G. E. realizada en la operación anterior, es muy posible, casi seguro, que la complicación de la estrangulación realizada en la neoboca, no hubiese pasado inadvertida al cirujano. Es éste un pequeño reproche que le dirigimos al operador, defecto común en los cirujanos jóvenes que a menudo realizan en la cirugía mayor, incisiones pequeñas que no les permiten una perfecta comprobación de las lesiones o que les hacen realizar intervenciones trabajosas, incompletas y traumatizantes.

Nunca me cansaré de criticar esas llamadas operaciones estéticas de apendicectomía, en que por una incisión de 2 a 3 centímetros, se extirpa un apéndice inocente y que respaldados por la cirugía estética, algunos cirujanos realizan operaciones incompletas y que a veces pueden provocar verdaderos desastres quirúrgicos.

Persistiendo en el enfermo la oclusión, como era lógico, la mejoría esperada no se produjo, sino que persistiendo los mismos accidentes, el Dr. Suiffet, ansioso por salvar a su enfermo, procede a la 3ª intervención. En ésta, que se realiza en malas condiciones, por la gravedad y agotamiento del paciente, se comprueba que la neoboca está muy friable, que al desprenderse parcialmente, obliga

a realizar nuevos puntos de sutura. Se comprueba que la neoboca está francamente torcida y que un asa delgada pasa detrás de la neoboca para continuarse con el resto de la masa del delgado y que una brida, a la derecha de la neoboca, comprime la 3ª porción duodenal. En esta ocasión, escapa también al contralor del cirujano la hernia casi total del delgado, a través del orificio que forma el asa aferente yeyunal, a pesar de la incisión más amplia realizada y de haberse practicado una exploración mucho más completa que la anterior. Esto se explica por el grave estado del enfermo y es precisamente en homenaje a esta gravedad y falta de resistencia del enfermo, que el Dr. Suiffet realiza una nueva G. E. anterior precólica y con botón de Murphy. Esta nueva G. E. anterior, realizada en lo que parecía ser asa eferente, y que en rigor era la parte terminal del íleon, no podía tampoco tener éxito, porque persistía integralmente la oclusión y además, por su ubicación anormal en el íleon.

La realización de la G. E. iteractiva o repetida, es una cosa muy poco frecuente en cirugía. Sin embargo, yo la he practicado dos veces. En un caso con éxito prolongado, en un enfermo operado de G. E. por otro cirujano, anastomosis localizada lejos del píloro y que se complicó con un ulcus péptico de la neoboca. Me pareció tan difícil y peligroso extirpar la G. E. que preferí realizar una nueva G. E. junto al píloro, que ha tenido éxito, pues el enfermo ha seguido y continúa bien a los 10 ó 12 años de operado.

En otro caso, un enfermo específico, yo mismo le había realizado la G. E. que hizo un ulcus péptico y que se comprobó también que estaba situada lejos del píloro. En la reoperación, creí que el paciente no resistiría una intervención seria y por eso hice una nueva G. E. que mejoró mucho al enfermo, pero que a los 14 años volvió a sentir molestias y hubo que reoperar sin éxito al enfermo. Hoy día creo, que en estos casos de ulcus péptico de la neoboca, hay que ir directamente a la gastrectomía.

El paciente del Dr. Suiffet falleció horas después de la última intervención y en la necropsia se puso bien de manifiesto el accidente oclusivo provocado por la G. E. Casi todo el intestino delgado había pasado retrógradamente, a través del orificio que formaba el asa aferente de la anastomosis con la pared posterior del abdomen y el mesocolon transversos; esto dió lugar a un íleo de triple mecanismo: 1º estrangulación interna del delgado a través de un

anillo; 2º torsión del asa eferente y de la anastomosis y 3º compresión de la 3ª asa duodenal por la brida mesentérica.

Como lo destaca muy bien el Dr. Suiffet este tipo de íleo de la cirugía gástrica y en especial de la G. E., es muy poco frecuente, como lo comprueba el contralor bibliográfico que realizó nuestro colega y que podrán encontrar Vds. en la lectura de la observación original.

En mi obra íleo, se establecen tres formas de oclusión por G. E.: a) estrangulación del intestino a través de la brecha mesocólica; b) invaginación yeyunal en la neoboca y c) estrangulación del delgado por la brida aferente de la anastomosis.

Esta última forma de íleo, parece ser relativamente rara y no pudimos encontrar en nuestro país, ninguna observación de este tipo de oclusión; lo que más se aproximaba, era un caso presentado por el Dr. Larghero Ibarz a la Sociedad de Cirugía de Montevideo en 1931 y que correspondía a una oclusión, por el doble mecanismo de acodamiento del asa eferente de la G. E. y estrangulación de la primer asa yeyunal en un anillo, formado por una brida patológica, el asa eferente y el mesocolon transverso. Este caso, aunque semejante al que nos presenta el doctor Suiffet, presenta diferencias fundamentales, puesto que en este último caso el anillo se formó a expensas del asa aferente y el delgado se había herniado casi totalmente a través del orificio neoformado y existía además, una estrangulación de la 3ª porción duodenal por la brida mesentérica.

No me extenderé a mencionarles los casos semejantes que cuenta la casuística universal, porque el Dr. Suiffet los detalla cuidadosamente; sólo mencionaremos las posibles causas de esta forma de íleo, que por ahora no podemos establecer con plena seguridad. El elemento fundamental del íleo post-operatorio, por G. E. en este caso, está constituido por el anillo que origina la anastomosis; anillo que está formado atrás, por la pared posterior del abdomen, arriba por el mesocolon transverso, abajo por el borde superior del asa aferente y adelante por la anastomosis, como muy bien lo ha puesto de manifiesto el Dr. Suiffet, en los esquemas gráficos que acompañan la observación. El elemento principal de formación de este anillo, corresponde al asa aferente yeyunal, al ser fijada a la cara posterior del estómago. Este anillo, se forma en todas las G. E. y su diámetro será tanto

mayor cuanto más larga sea el asa aferente, lo que expondrá más a la complicación de oclusión post G. E. y por eso debe realizarse siempre la G. E. con asa bien corta, a fin de reducir o suprimir esta posible complicación.

El elemento inicial de esta forma de íleo por G. E. es la introducción retrógrada del intestino delgado en el anillo de la anastomosis que ya describimos y entonces, la estrangulación se produce en un asa más o menos larga del yeyuno o puede, como en el caso del Dr. Suiffet, *herniarse* casi totalmente el delgado a través de ese orificio y pasar a colocarse ese intestino en el compartimiento izquierdo de la neoboca. En estas circunstancias la estrangulación interna del delgado, es más seria y grave, como ocurrió en el caso de Brutti "donde el intestino se había pasado en masa hacia el lado izquierdo", como ocurrió también en el caso del Dr. Suiffet.

Una estrangulación interna de esta clase, no tiene ya, ninguna probabilidad de reducirse espontáneamente por el enorme peso del volumen intestinal y además porque esta misma tracción sobre la anastomosis y el mesenterio, provocarán otros trastornos de la circulación intestinal, como ocurrió en el caso que comentamos, donde el íleo inicial por hernia del delgado a través de un anillo, se complicó con la torsión de la anastomosis y del asa aferente y además, la tracción del intestino herniado sobre el mesenterio, originó la *brida mesentérica*, que estrangulaba la 3ª porción del duodeno. El triple mecanismo de este caso de íleo post G. E., queda, pues, claramente explicado, después de establecida la introducción retrógrada del delgado a través del anillo de la anastomosis. Ahora bien, ¿por qué se produce esta introducción retrógrada del yeyuno en el anillo que forma el asa aferente de la G. E.? Actualmente no lo sabemos y realmente es una cosa difícil de explicar, dado que se realizan tantas G. E. en las que siempre está presente ese anillo y sin embargo, esta complicación es bastante rara. Entre las interpretaciones que se han dado, para explicar esta complicación de la G. E. se cita la opinión de Petersen, quien inculpa a la gasa que habitualmente se coloca como protección entre el estómago y yeyuno y que al quitarla de derecha a izquierda, cebaría esta *hernia* del delgado.

El íleo paralítico post-operatorio, con distensión de las asas delgadas intestinales, podrían explicar la introducción inicial del

yeyuno en el anillo de la anastomosis, hernia que luego progresaría automáticamente por la acción de la gravedad. Se ha inculcado también la implantación más o menos oblicua de la anastomosis en el estómago y otros le dan preferente importancia a la disposición anatómica del ángulo duodeno yeyunal y sobre todo, a la realización de la G. E. con asa aferente larga, lo que parece constituir uno de los factores más importantes en el mal funcionamiento ulterior de la anastomosis y en sus posibles complicaciones.

A pesar de todas estas explicaciones de la complicación de la oclusión, después de la G. E., no tenemos aún la seguridad de la verdadera causa inicial de su producción. La conclusión que surge de los comentarios realizados, es que la G. E. debe ser realizada de acuerdo con la técnica ya conocida y perfeccionada y empleando siempre, un asa aferente corta.

Ahora que los cirujanos conocen bien esta posibilidad de la hernia y estrangulación del delgado a través del orificio de la G. E., estos técnicos investigarán cuidadosamente esta forma de oclusión interna, en los accidentes de la G. E. y es casi seguro que esta complicación de la anastomosis gastro yeyunal, no pasará en adelante inadvertida en las reintervenciones por síndrome oclusivo de la G. E. La única forma de prevenir profilácticamente esta seria complicación, consistirá en suprimir el anillo que en la G. E. forma el asa aferente, para lo cual bastará fijar con unos puntos de sutura, el borde superior de esa asa yeyunal, entre el ángulo duodeno yeyunal y la anastomosis, a la cara inferior del mesocolon transverso. No conviene hacer esa fijación al peritoneo de la pared abdominal posterior, porque es de técnica molesta y difícil y además, porque siendo el estómago un órgano móvil, conviene que el asa aferente quede también móvil para seguir los movimientos del estómago y por eso debe fijarse en el mesocolon que se desplazará con el estómago

El Dr. Suiffet reprodujo en el cadáver la complicación encontrada en su paciente y adjunta los fotograbados, que evidencian su mecanismo de producción.

La Sociedad de Cirugía del Uruguay debe estar grata al Dr. Suiffet por la presentación de esta interesante y completa observación clínica y propongo que sea integralmente publicada en nuestros Boletines por las enseñanzas que ella proporciona.

Por mi parte, felicito al Dr. Suiffet por su honestidad científica y su valentía profesional, al presentar a la Sociedad de Cirugía esta observación clínica, pues a pesar de no haber tenido éxito en la intervención quirúrgica de su enfermo, son éstos, errores que contamos todos los cirujanos del mundo, y más aún los cirujanos que se inician, puesto que son estos casos, debidamente analizados y comentados, los que constituyen la enseñanza práctica más preciosa e indeleble y que sirven para formar a los cirujanos más concienzudos y perfeccionados.

Montevideo, setiembre 3 de 1941.