

**ESTRANGULAMIENTO DE ANSA DELGADA EN EL  
PABELLÓN DE LA TROMPA**

**Juan Carlos PRAVIA**

Sesión del 5 de Noviembre de 1941

En toda la bibliografía que tengo a mano, no he encontrado ningún caso parecido a éste, y creí conveniente e interesante presentarlo aquí a la Sociedad de Cirugía, para ver si algunos de mis colegas tuvieron algún caso similar y así poder aclarar algunos puntos sobre él.

Se trata de un estrangulamiento de un ansa de intestino delgado en la trompa izquierda.

Veamos la historia clínica.

L. G. de G., argentina, de 50 años, 10 hijos sanos, esposo sano. Empezó a menstruar a los 15 años y hace un año entró en la menopausia. Ningún aborto.

Enfermedad actual: Desde hace un tiempo sentía molestias y dolores en la parte inferior e izquierda del abdomen. Cuando hacía esfuerzos, se notaba, dice la enferma: una tumefacción que ella sospechaba era una hernia en la parte izquierda del abdomen. Sin embargo, por la descripción que hacía de su tumor, nos parecía a nosotros que fuera más bien o una hernia preperitoneal o un tumor cerca de las paredes abdominales.

El día 8 de agosto la enferma dice: que sintió un dolor fuerte en el vientre parte izquierda y empezó a tener vómitos, y así con vómitos y dolores en su fosa ilíaca izquierda ingresa al Servicio de Cirugía del Hospital Español el día 9 de agosto.

Enferma lúcida, delgada, buen estado general. Corazón y pulmones bien. 100 de pulso tenso y regular. Lengua húmeda.

Abdomen: Ligeramente doloroso, con paredes muy flácidas, sonoro a la percusión, había evacuado su vientre momentos antes de ingresar al Hospital, con un lavaje.

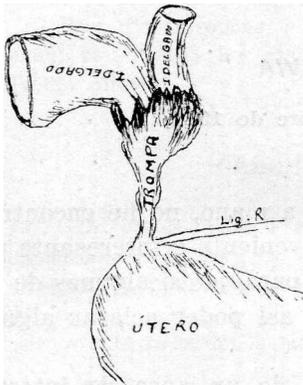
*Abdomen:* Depresible, sin ninguna defensa, con ligero dolor en la fosa ilíaca izquierda. Tacto rectal y vaginal nos pareció encontrar una masa tumoral en la parte iz. sin poder definir su ubicación.

Se pone bolsa de hielo, sueros fisiológico y clorurados intravenosos, y

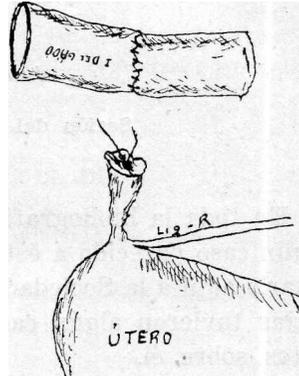
la enferma mejora: cesan sus vómitos y mueve dos veces espontáneamente su vientre.

El día 10 de agosto empieza a sentir dolores en el abdomen, con pulso muy bueno y expulsa abundantes gases. La misma terapéutica.

El día 11 en la tarde empeora el cuadro, empieza a tener vómitos po-



ESQUEMA 1



ESQUEMA 2

rráneos y fétidos, el pulso se acelera a 120 y un estado ligeramente ansioso. Le hacemos una radiografía con la enferma parada. No hay niveles líquidos; pero hay un ansa delgada muy típica en forma de hojas de helecho. Decidimos intervenirla, con un diagnóstico de oclusión.

¿Sería una hernia reducida en masa?

Operación: Operador Dr. Juan C. Pravia. Ayudante Pte. Montes de Oca. Anestesia local: novocaína al  $\frac{1}{2}$  %. Incisión: como para hernia. Se corta el gran oblicuo y no encontramos ningún orificio hernitario ni inguinal, ni crural. Se secciona el pequeño oblicuo y el transversario. Se abre el peritóneo: líquido serohemático muy abundante y libre en la cavidad peritoneal, aspiramos todo lo que podemos hasta el Douglas y sacamos cerca de un litro a litro y medio. Buscamos orificios herniarios por cara intraperitoneal y no hay ningún orificio: ni inguinal ni crural.

Nos encontramos con una tumefacción curiosa en su forma y ubicación. De forma alargada como una pera; la parte más gruesa hacia la izquierda y de allí salían dos ansas delgadas: una muy dilatada casi al triple que la otra. En cuanto a su ubicación, estaba sobre el ligamento ancho y llegaba al útero.

Exteriorizamos el útero con un hiterolabo y esa tumefacción era la trompa izquierda y dentro del pabellón estaba estrangulada un ansa delgada. El ligamento redondo estaba perfectamente normal. Teníamos que manipular muy despacio por la anestesia.

Nos dió mucho trabajo sacar de su encarcelamiento el ansa delgada. pero pudimos hacerlo bien. El intestino estaba necrosado en una extensión de 2 ó 3 ctms. Resecamos de 6 a 7 ctms. de intestino delgado e hicimo un abocamiento término-terminal.

A la trompa: estuvimos pensando si la resecaríamos o no; pero dado que operábamos con anestesia local y por no prolongar demasiado el acto operatorio, hicimos un encapuchonamiento de todo el pabellón de la trompa. Los esquemas N° 1 y N° 2 dan una idea bastante aproximada de la lesión, y de cómo resolvimos el caso.

Drenamos el Douglas con tubo. Cerramos el peritoneo y planos superficiales.

Post-operatorio: sueros clorurados, sulfamidas, bolsa hielo, etc., etc. Buen post-operatorio. Alta completamente curada a los 36 días de intervenida.