

OCCLUSION INTESINAL POR ESTRANGULAMIENTO DE ANSA DELGADA EN SACO PERITONEAL DE HERNIA OBLICUA EXTERNA IZQUIERDA, REDUCIDO ESPONTANEAMENTE EN MASA EN LA CAVIDAD ABDOMINAL

Dr. Armando M. Loubéjac

Las maniobras de taxis están formalmente proscritas en la cirugía de urgencia de la hernia estrangulada de cualquier tipo y localización anatómica y sólo pueden encontrar indicación transitoria en las siguientes situaciones:

A) Cuando estamos alejados de todo medio quirúrgico, frente a un estrangulamiento reciente, y como etapa previa al traslado, que ha de efectuarse sin demora;

B) Cuando se trata de viejos o caquéticos u ocluidos de muchas horas en los que convenga diferir la operación para levantar su estado general.

c) En la Puerta del Hospital, como suave y experimentada maniobra en el curso del examen de un estrangulado.

En estos y en todos los demás casos la indicación de la Cirugía de Urgencia actual es la intervención quirúrgica inmediata. Esta posición espiritual es ya un dogma en nuestro ambiente y por ello creo fuera de oportunidad el insistir en esta breve comunicación sobre los peligros inherentes a las reducciones de hernias estranguladas obtenidas por medio del taxis. Cuando el estado general del paciente es tan grave que podemos presumir que no soportará el acto operatorio completo, queda el recurso de efectuar la mínima operación del debridamiento del anillo y la exteriorización del ansa esfacelada.

Quedan, pues, como excepcionalísimas las oportunidades de practicar el taxis puro como maniobra de reducción.

En apoyo de lo que antecede, y como prueba de la facilidad con que en algunos sujetos puede obtenerse la *reducción en masa* de un saco herniario con su contenido estrangulado, traigo hoy a

la consideración de la Sociedad la observación de un enfermo en el que espontáneamente, sin maniobras de taxis, se produjo la reducción intra - abdominal de una hernia oblicua externa estrangulada.

La historia clínica del caso que motiva esta comunicación es la siguiente:

A. B., de 70 años, uruguayo, es enviado al Servicios de Guardia del Hospital Maciel con el diagnóstico de oclusión intestinal. Es un antiguo portador de una hernia inguinal izquierda reductible e indolora. 30 horas antes del ingreso, a raíz de un esfuerzo, sintió dolor en el lugar de la hernia y, en las horas siguientes, dolores intermitentes abdominales, a tipo de retorcijón intestinal. Esta tarde el enfermo tuvo vómitos de olor fecaloideo y dos deposiciones normales, sin emisión de gases. El enfermo insiste en que la hernia se le había estrangulado. Lo envía el Dr. José Nande Aramburú, quien consigna que se trata de un viejo asmático y cardíaco, en tratamiento en la Policlínica Cardiológica del Hospital Maciel.

*Examen:* Buen estado general. Lengua húmeda, no saburral. Pulso 80, con algunas intermitencias. Sin temperatura axilar ni rectal. Vientre sin balonamiento. Por momentos, en el curso del examen, el enfermo acusa dolores colicoides con reptación intestinal visible a la derecha del ombligo. En los trayectos inguinales y en los orificios crurales no se encuentran tumoraciones. Ambos orificios inguinales son permeables al dedo. La palpación del abdomen es fácil; se deja deprimir por todos lados y en la fosa ilíaca izquierda se aprecia una tumoración alargada, como un chorizo, paralela a la arcada crural, que se pone tensa cuando el enfermo acusa los dolores colicoides. Este aspecto físico de la fosa ilíaca izquierda hace verosímil la posibilidad de una reducción en masa de la hernia estrangulada pero el enfermo insiste categóricamente en que no ha habido maniobra de taxis.

*Tacto rectal:* sin particularidades.

*Examen cardio-pulmonar:* ruidos bronquiales difusos. Arritmia completa, con tonos bien golpeados.

*Radiografía de abdomen en posición de pie:* Placa A. 18350. Instituto de Radiología, Hospital Maciel: "Opacidad difusa de todo el abdomen. Ausencia total de gas en el colon. Un nivel líquido franco en la región umbilical y dos niveles más pequeños en el flanco izquierdo, cerca de la columna. Con estos datos se supone la presencia de líquido en el vientre y se afirma el ileus mecánico del intestino delgado".

Con el diagnóstico de oclusión por vólvulos parcial del intestino delgado se decide intervenir.

La presión arterial es de 16 de Mx. y de 10 de Mn.

*Operación:* Dr. Loubéjac. Raquianestesia con 0 gr. 10 de novocaína, efectuada con el enfermo sentado. Muy buena anestesia. Cuando el enfermo es

colocado en posición de decúbito-dorsal se comprueba que ha aparecido su hernia inguinal izquierda, del tamaño de un huevo de gallina y con los caracteres de una hernia estrangulada. Aunque se confirmaba así nuestra primera impresión diagnóstica, decidimos hacer igual una laparotomía exploradora.

Operador a la derecha del enfermo. Incisión mediana infra-umbilical de 7 centímetros. Gran cantidad de líquido citrino en el vientre. Ansas delgadas medianamente dilatadas, de buen aspecto y animadas de firmes contracciones peristálticas. Introducimos la mano izquierda en el abdomen y exploramos el orificio interno del canal inguinal izquierdo. Se introduce allí una ansa delgada. Traccionando de la misma se reproduce con facilidad el cuadro anatómico del ingreso: todo el saco herniario, con el ansa estrangulada, se introduce en el abdomen, deshabitando el canal inguinal. Cierre de la incisión operatoria en dos planos con catgut cromado. Lino en la piel. Vamos a la región inguinal izquierda. Incisión de la piel siguiendo el trayecto. Orificio inguinal externo amplio. Sección longitudinal del gran oblicuo y levantamiento del tendón conjunto con un separador de Farabut. Se extrae el saco herniario del abdomen. Es una hernia oblicua externa a canal rectificado. El cuello del saco es el agente de estrangulamiento. A esa altura el peritoneo es fibroso. Abertura del saco: contiene un ansa oscura, tónica. Sección del anillo fibroso. No hay lesiones en el surco de estrangulamiento ni en el mesenterio. Se reintegra el ansa al vientre. Despojamiento del saco con gasa y aislamiento total de los elementos del cordón. Ligadura de la base del saco y resección del mismo, sin maniobra de Barker. Se reconstruye la pared inguinal en un plano, dejando el cordón subcutáneo: 3 puntos de catgut cromado N° 2 unen arcada con tendón conjunto y labio interno de aponeurosis de gran oblicuo; el labio externo es suturado por encima, como refuerzo, a la aponeurosis del gran oblicuo con 3 puntos de catgut simple 2. Lino en la piel.

*Post operatorio.* — Purgante de aceite castor a las 24 horas. Al 3er. día aparece un cuadro bronquial agudo que cede rápidamente a la terapéutica habitual. Alta a los 15 días

## Resumen

El autor comunica una observación de oclusión intestinal producida por una hernia inguinal oblicua externa estrangulada reducida en masa, espontáneamente, en la cavidad abdominal, señalando, de paso, que ella no hace más que confirmar los peligros de las maniobras de taxis en los estrangulamientos herniarios, los que sólo deben ser pasibles de una terapéutica: la intervención quirúrgica completa o el simple debridamiento del anillo en los casos graves.

“IIIer. CONGRESO DE CIRUGÍA PLÁSTICA LATINOAMERICANO”

El “IIIer. Congreso de Cirugía Plástica Latino-americano”, tendrá lugar en Chile (Santiago y Viña del Mar), entre los días 22 y 25 de octubre próximo. Los temas oficiales elegidos para dicho Congreso, así como sus respectivos relatores, son los siguiente: “Cirugía plástica de la mano”, Lineu M. Silveira (Brasil), Juan Francisco Recalde (Paraguay), Pedro Pedemonte (Uruguay); “Tratamiento de las cicatrices”, Raúl Covarrubias (Chile), Guillermo Armanino (Argentina), Antonio Duarte Cardozo (Brasil).

Los relatos oficiales deberán ser entregados 60 días antes de la fecha del Congreso a la Comisión Nacional Permanente del País del autor. El plazo de inscripción para la presentación de trabajos independientes de los relatos oficiales o para la proyección de films, vence 30 días antes del Congreso.

La cuota de inscripción, como congresal, es de 19 pesos uruguayos.

Los profesionales que deseen recibir los Anales del Congreso deberán abonar además 13 pesos uruguayos.

Los colegas que deseen adherirse a este Congreso, deberán dirigirse a la Comisión Nacional Permanente, constituida por los Dres. Apolo E., Pedemonte P., Sala López J., (Avda. Agraciada 1464. Piso 13).