

SUMARIO

Imágenes radiológicas lipiodoladas — por los Dres. Clivio V. Nario y A. Borrás.
 Sobre dos casos de complicaciones alejadas de la anastomosis intestinal — por el Dr. Del Campo.
 Un caso de herida grave de abdomen superior. Nuestra conducta quirúrgica — por el Dr. Caprio.
 Quiste hidático del riñón con pionesfrosis hidática. Herida operatoria de la vena cava. — por el Dr. Ugón.

Presentado en la sesión del 28 de Agosto de 1929

Preside el Dr. García Lagos en ausencia del Dr. Albo

✓ *Imágenes radiológicas lipiodoladas*

por los Doctores CLIVIO V. NARIO y A. BORRÁS.

Hemos decidido dar a conocer en forma somera algunas historias de enfermos con trayectos fistulosos post-operatorios que fueron sometidos a una exploración lipiodolada. El material recogido fué obra exclusiva del Dr. Borrás, quien se encargó de realizar la técnica de dicha exploración en consonancia con las necesidades diagnósticas de cada caso. La exploración lipiodolada de los trayectos fistulosos constituye un progreso que permite formarse una idea muy clara de la topografía, disposición, origen y accidentes de los mismos. Una indicación operatoria a veces dudosa, se vuelve necesaria cuando se hace intervenir el radio-diagnóstico al lipiodol. Inversamente, cuando todo parecía hacer indispensable una operación, el lipiodol muestra que conviene establecer un compás de espera. De cualquier modo y en cualquier caso la vía de abordaje, previsión de las dificultades operatorias, el plan y otros múltiples problemas pueden en gran parte quedar despejados gracias a este procedimiento.

Primer enfermo. — Juan L., uruguayo, 35 años. Ingresa al Hospital Pasteur en Abril de 1928. Diagnóstico: Quiste hidático del hígado.

Hecha la radioscopia, dió: campo pulmonar derecho, ocupado hasta el tercio superior por una sombra densa con nivel horizontal. Vértices claros, hígado grande, con borde anterior redondeado, cara posterior lisa y oblicua, bazo grande. Preparado al efecto de la operación, sangre (leucocitosis urea) normal, Wasserman positivo, orina normal. Se interviene, vía toraxica, línea axilar media, altura espacio, 9.º intercostal, punción y se abre una gran cavidad, con mucho pus, vesículas hidáticas. Se pone tubo y cierre. Evolucionan unos días bien, aparece temperatura oxilante y espontáneamente aparece una gran cantidad de pus verdoso. Ese pus se había observado en la operación, sospechando una segunda cavidad en comunicación con la primera. Se sigue el enfermo en sus curaciones, no mejora, pues el estado general no es bueno, haciendo temperatura a grandes oxilaciones. Examinado presenta una gran matidez en su base derecha. Radioscópicamente hay una sombra difusa, con una zona medlastinal. Se piensa en el mismo quiste hidático, o en otro quiste. Se

punciona, se extrae agua de roca y se opera inmediatamente. Anestesia local, resección de la octava costilla en la línea de la punta del emóplato, grandes adherencias pleurales al nivel del quiste, insisión, evacuación de un gran quiste unilocular. Tubo. El enfermo mejora pero queda con su trayecto que segrega siempre pus. En Noviembre se hace la primera inyección de lipiodol en los trayectos y se constata radioscópicamente que no hay mayor cavidad. Se resuelve a pesar de todo, intervenir; se explora el trayecto superior, previa resección de la cicatriz y parte superficial del trayecto. Se cae en una cavidad estrecha, con paredes rígidas; de donde viene pus, se coloca un tubo, el trayecto inferior no comunica con el superior, resección del trayecto cutáneo, tubo. Se hace tratamiento específico. Se siguen sus curaciones, pero el enfermo hace siempre fiebre y sus trayectos drenan. En Febrero del 29 nueva operación, anestesia general, insisión sobre el trayecto fistuloso, se resecan dos fragmentos de costillas, que impiden llegar a las cavidades correspondientes a las fístulas. De la cavidad inferior viene pus del espacio sub-frenico. Las dos cavidades están separadas por el diafragma. Se secciona éste para ponerlas en comunicación amplia. Drenaje. Evolución buena. Queda un trayecto que segrega serosidad purulenta. Frente a este estado se resuelve hacer un examen radioscópico con inyección lipiololada; y se observa lo siguiente en placa. El lipiodol sigue el trayecto fistuloso, acumulándose en una cavidad en la cara inferior del hígado, de ahí se vé que sale un hilo de lipiodol que se dirige hacia abajo y adentro, buscando el lado derecho de la columna, así como si representara el trayecto del ureter, y luego de recorrer este trayecto, va a depositarse en el fondo de la pelvis. Se piensa que ese trayecto fuera el ureter y que llevara el lipiodol a la vejiga. Después de un medio día el enfermo orina y ve con asombro que orina aceite.

Consideraciones. — La exploración lipiodolada permitió en este enfermo formarse una idea muy distinta de la fístula. ¿Quién hubiera podido sospechar el trayecto abierto en la pelvis renal? La nueva intervención que se le propuso cambiaba radicalmente sus objetivos. La complicación reno-ureteral imponía un cambio grande en la vía de abordaje y obligaba al estudio del valor funcional del riñón operado. Por otra parte había un solo quiste, había dos quistes, uno hepático y otro renal? ¿Cómo conciliar el abordaje de dos lesiones; una intraperitoneal y otra retroperitoneal, sin un estudio previo de una vía sintética de abordaje para ambas?

Estas son las interrogantes que planteó la simple inyección de lipiodol en la fístula de este enfermo.

Segundo enfermo. — Gervasio Barreto. 60 años, uruguayo.

Enfermo que es operado de urgencia por presentar un cuadro agudo del vientre superior, con mal estado general, ictericia, vómitos, diagnóstico colesistitis aguda. Operación Dr. Mérola. Laporotomía mediana su-

praombilical. Se encuentra una vesícula grande, negra, con placas de escasez en su superficie, se abre su vesícula, sale un líquido barroso, se explora rápidamente todo el árbol biliar y no se encuentra nada. Suites operatorios sin incidentes. A los veinte días de operado antes de que se cerrara definitivamente su fístula abdominal, y como no se había encontrado nada a la exploración, se resuelve hacerle una investigación lipiodolada. La inyección de lipiodol dá que la vesícula, cístico y coledoco son permeables, y que el lipiodol pasa libremente al duodeno no encontrándose ninguna particularidad en el tránsito del lipiodol.

Consideraciones. — En este caso el lipiodol fué hecho como un control a una investigación demasiado somera impuesta por el estado local y general precarios del enfermo. Si se hubiera comprobado algún obstáculo en la vía principal o accesoria, probablemente se hubiera planteado la operación seriada en dos o tres tiempos que Cotte defiende con toda razón en muchos casos.

Enfermo número 3. — Samuel Sneiter. 40 años, uruguayo, viudo.

Ingresa al servicio, enviado de una sala de medicina, donde estuvo hospitalizado un mes y medio, con grandes dolores del hemitorax izquierdo, del epigastrio y del hipocondrio derecho, con cuatro grandes vómitos, amarillentos y con membranas, etc. Después de los exámenes clínicos, radiológicos, y de laboratorio, se piensa en un quiste hidático, en un específico (W. positivo) y se resuelve intervenir. Operación Dr. Nario. Resección de la octava costilla. Se entra a través de pleura libre al diafragma no adherido. El hígado aparece en la profundidad. Espacio subfrénico libre de adherencias. En la parte alta de la incisión, el hígado está adherido al diafragma y a la pleura en una extensión de 4 ó 5 centímetros. Punción a través de esta zona, se cae en una cavidad llena de pus fétido y de membranas. Cierre de la abertura pleura-diafragmática. Abertura de la cavidad. Tubo de drenaje. (Sifón).

Evoluciona post operatoriamente bien, se cierra perfectamente su trayecto. Alta 22 de Marzo de 1929. Vuelve el enfermo, pues su herida se había abierto, se sigue haciendo curaciones, y como siempre drenaba, se resuelve hacerle una exploración lipiodolada, que dá lo siguiente: la sombra del lipiodol sigue el trayecto que va a una cavidad, de allí se dirige a las pequeñas ramificaciones biliares, luego a las grandes, al hepático, colédoco y duodeno. Como se considera chica la cavidad para intervenir, se siguen las curaciones en la policlínica, cuando un buen día siente un fuerte dolor en su hipocondrio derecho que lo obliga a hospitalizarse de nuevo. El cuadro que presentaba era el de un infectado biliar. Se piensa en una Angio-colitis. Evolucioná bien. Julio 27. Como aún su fístula persiste y sigue drenando aunque no bilis, pero sí una secreción sero purulenta, se trata de hacer otro examen lipiodolado cuyo resultado

es el siguiente: se vé su trayecto fistuloso de unos 5 a 8 centímetros, que va hacia una cavidad del tamaño de una pequeña mandarina, pero que de allí no sigue como los anteriores la vía de las pequeñas ramificaciones.

Consideraciones. — El lipiodol muestra en este caso que la persistencia de la fístula parece ser debida más a la persistencia de la cavidad que a la comunicación de ella con las vías biliares.

La indicación en consecuencia, es esperar pacientemente el cierre espontáneo. Como en otro enfermo la simple inyección de lipiodol nos permitió constatar el cierre total de un trayecto rebelde, optamos por esperar; y en efecto la segunda exploración lipiodolada mostró que dicha comunicación cavitaria no se constataba ya. Es lógico, pues, pensar que el enfermo curará espontáneamente o si nos vemos obligados a operar lo haremos sobre una cavidad, en la cual queda descartado el problema de la fístula biliar.

Enfermo número 4. — María B. de. 28 años, labores, casada.

Antecedentes sin importancia. Enferma que ingresa con un cuadro de litiasis biliar. Colecistografía positiva. Se aconseja operar. Intervención. Colecistostomía; previa extracción de todos los cálculos y exploración de las vías biliares. Apendicectomía. Port-operatorio bueno. Nunca salió bilis por el drenaje vascular. Antes de dar el alta se hace una exploración lipiodolada, sospechando bloqueo del cístico-hepático colédoco duodeno en pequeña cantidad. Dicha exploración muestra que las vías biliares extra-hepáticas son permeables.

Consideraciones. — La ausencia persistente de bilis en este caso, pudo hacer sospechar que un proceso parietal o endocanalicular del cístico por cálculo olvidado, podían estar en juego y haber sido desconocidos en el momento operatorio. El lipiodol permitió dar el alta a esta enferma con una tranquilidad que no hubiéramos tenido de no poseer datos tan precisos sobre la permeabilidad del árbol biliar.

Enfermo número 5. — Saturnina G. 47 años, soltera.

Ingresa al servicio con un cuadro de litiasis biliar. Se resuelve operar.

Operación. Colecistomía. Cálculo único grande (nuez pequeña). Exploración vías biliares no dá nada de anormal. Suites post-operatorias: buenas. La enferma queda con su fístula un largo tiempo. Para interrogar sus vías biliares, se hace una exploración lipiodolada, y dá tanto acostada como de pie un bloqueo de la vesícula. Se aconseja el ingreso para operar. Estando en el servicio deja de salir bilis, se espera unos días y no se vé más bilis. Se dá de alta y a los pocos días viene a la policlínica diciendo que sale una gran cantidad de bilis. Se espera haciéndole curaciones para mejorar su piel completamente eritematosa. Se hace nueva investigación lipiodolada y parece que se vé algo en el duodeno de

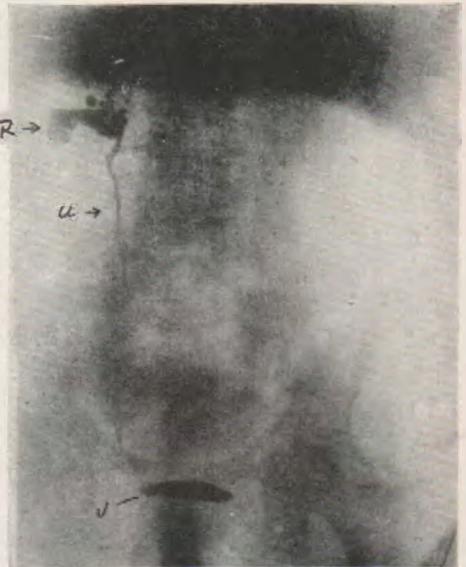
lipiodol. Se espera pero la bilis sigue saliendo en cantidad. Nueva inyección y parece que su vesícula está bloqueada. Se aconseja operar.

Operación. — Colédoco dilatado, vesícula más bien grande, pero con paredes bastante sanas. Cateterismo del colédoco muestra un obstáculo al nivel de la cabeza pancreática. Dilatación retrógrada de la ampolla de Vater. Se drena el hepático.

Consideraciones. — El lipiodol nos indicó la necesidad de tratar la fístula como resultante de un obstáculo incompleto de la vía principal. La intervención comprobó la exactitud de la presunción.



Juan L. — Enf. N.º 1 (Perfil)



Juan L. — Enf. N.º 1 (Frente)



Samuel S. — Enf. N.º 3



Saturnina G. — Enf. N.º 5