

Presentado en la sesión del 28 de Agosto de 1929

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

✓ *Sobre dos casos de complicaciones alejadas de la anastomosis intestinal.*

por el Dr. JUAN C. DEL CAMPO

Los casos que paso a relatar se refieren a dos complicaciones lejanas de entero - anastomosis, la primera latero - lateral, la segunda término - lateral. Están ligados ambos por el hecho de haber necesitado para su producción la existencia de una porción de intestino delgado en forma de fondo de saco y que era  $\sigma$  se ha hecho diverticular en el correr del tiempo.

He aquí las observaciones:

**Observación N° 1.** — Celia S., 26 años, casada, ingresa al H. Maciel el 28 de Marzo de 1927, pasando después a la Sala Padre Ramón. Dice haber sido operada hace diez años por constipación (?). Tiene una cicatriz de laparotomía mediana supra e infraumbilical.

Presenta un cuadro agudo de vientre datando de cinco días. Comenzó por dolores periumbilicales a tipo de cólicos. Vómitos continuos primero alimenticios, luego biliosos, finalmente fecaloideos. En todos estos días ha tenido pequeñas deposiciones de materias fecales duras. Hace tres días se le hizo un lavaje sin resultado.

Actualmente: estado general malo. Temperatura 38  $\frac{1}{2}$ . Pulso 100. Lengua seca, pulmón y corazón bien.

Vientre balonado irregularmente; hay un levantamiento asimétrico de la pared a la izquierda de la línea media, palpándose a ese nivel un cilindro membranoso tenso, sin movimientos peristálticos.

La saliencia del vientre es periumbilical estando los flancos achatados. Hay desaparición de la macidez hepática. No hay macidez declive. Tacto rectal y vaginal: Se constata que la ampolla rectal y ansa sigmoide están ocupadas por materias endurecidas.

Radioscopia. — Ansas distendidas llenas de gas. No parece haber distención del ciego. Hay tres niveles hidro - aéricos; uno en la parte superior del hipocondrio izquierdo parece ser el estómago; otro a la altura del ombligo, sobre la línea media y otro más chico a izquierda de éste.

Un lavaje intestinal de más de dos litros de agua es seguido de una abundante evacuación de materias sólidas, de aspecto normal. Con el diagnóstico de oclusión del intestino delgado se decide intervenir.

Intervención. — Dr. J. C. del Campo. Anestesia raquídea: novocaína 0 gr. 10. Ligeramente insuficiente, es completada por éter a la reina. Laparotomía mediana infraumbilical. Se constata que se trata de una oclusión del intestino delgado por pasaje de un ansa debajo de un arco.

Es un arco formado de intestino delgado y cuyos dos pilares están constituidos por porciones diverticulares del intestino delgado también. El primer pilar, recubierto de falsas membranas, adhiere al peritoneo pelviano siendo fácil separarlo de él; el segundo pilar adhiere también al peritoneo pelviano; al separarlo viene pus franco y se nota en su parte distal una pequeña perforación por la que sale líquido intestinal. Examinando la pieza se constata que los dos divertículos comunican entre sí y con un ansa delgada, que los dos tienen mesenterio y que tienen una longitud aproximada de 12 centímetros y un diámetro de 5 centímetros.

Se aprovecha uno de los divertículos para exteriorizarlo colocando en su interior un tubo de goma. Tubo en el Douglas. Cierre.

Post - operatorio. — Agravación progresiva. Fallece a los dos días y medio de operada.

Averiguaciones posteriores permitieron comprobar que la enferma había sido operada por el doctor Prat en el año 1917 por una estenosis del intestino delgado; el calibre de este normal por debajo de la estenosis estaba muy dilatado por encima. Se resecó la zona estenosada, se cerraron los cabos y se hizo una anastomosis latero - lateral. No está consignado en la observación ni recuerda el doctor Prat si los fondos de saco inutilizados eran grandes o pequeños, es decir si la boca anastomótica se hizo a corta o a larga distancia de la parte seccionada.

**Observación N° 2. — Eventración estrangulada.** — José L., 64 años, español, viudo, ingresa al Hospital Maciel el 24 de Setiembre de 1927.

Fué operado hace 8 años; ignora de qué; fué operado hace 7 años de eventración, reproduciéndose esta al poco tiempo.

El episodio actual data de seis horas. En enfermo acusa dolores abdominales continuos con exacerbaciones intensas y vómitos.

Estado general muy malo. Facies deprimido. Temperatura rectal 37  $\frac{1}{2}$ : Pulso 80. Algidez periférica. Pulmones bien. Corazón: insuficiencia mitral datando de largo tiempo.

Examen del enfermo. — Vientre: defensa muscular generalizada. Tumefacción irregularmente redondeada, tensa y dolorosa al nivel de la parte inferior de la cicatriz operatoria. Es del tamaño de dos puños y está situada en la fosa iliaca derecha, por fuera del gran recto derecho. Llama la atención la coexistencia de todos los síntomas de eventración estrangulada y de signos de peritonitis como lo es la defensa generalizada.

Intervención. — Dr. del Campo. Anestesia raquídea: novocaiana. Incisión vertical. Se constata que hay en la eventración un ansa delgada congestionada y perforada en la convexidad. Exteriorización y resección del ansa con entero - anastomosis término - terminal. Hay líquido sero-purulento libre en todo el vientre, no encontrándose la causa productora. Drenaje supra - pubico del Douglas. Cierre de la eventración con hilos de plata.

Examinando la pieza se constata (ver esquema) que la zona reseada pertenece a una porción de intestino delgado en la que se había hecho una anastomosis término lateral y se constata que la porción distal del fondo de saco atravesaba el anillo de estrangulación y que rojo-negrucza, netamente necrótica, su porción final se encontraba en plena cavidad abdominal. El enfermo evolucionó mal, falleciendo el 28 de Setiembre.

Sin entrar en mayores explicaciones, resulta claramente de la lectura de las observaciones que el origen de ambas complicaciones ha sido la existencia previa de una anastomosis del tipo lateral, ya sea latero-lateral o término lateral.

En el primero de los casos la parte no utilizada de los cabos intestinales se adhirió al peritoneo pelviano al nivel de su línea de cierre, dejando entre ambos cabos un arco por debajo del cual se introdujo estrangulándose, un segmento de intestino delgado. En el segundo caso la casualidad ha sido mayor, porque habiéndose introducido en el cuello de una eventración un segmento de intestino delgado con una enterorrafia término lateral; el fondo de saco inutilizado ha quedado dentro de la cavidad peritoneal, (en las condiciones de una estrangulación retrógrada), siendo verosimilmente el punto de partida de la infección del peritонеo al estallar al nivel de su antigua línea de sutura.

