

ÓBSTRUCCION PROCTODEICA VALVULADA

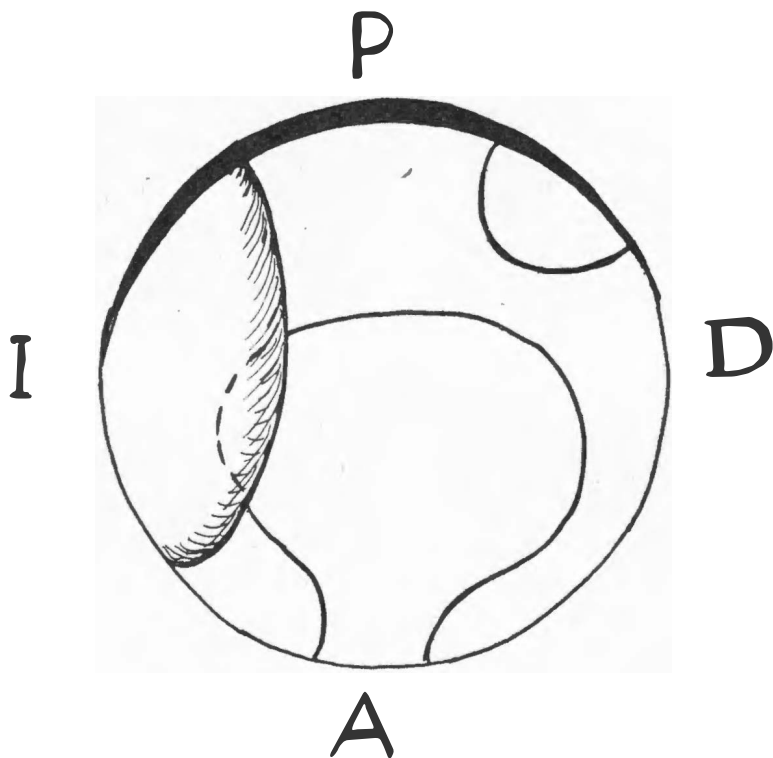
Dr. Artigas M. Escudero

Historia clínica: J. C., 69 años. Urug. Casado. Chacarero. Agosto 22 de 1950. Consulta por dolor anal e imposibilidad de mover el vientre. El día anterior, 21 de Agosto, cumplió 69 años, que festejó con algunos excesos alimenticios: vino pastas, comidas condimentadas, etc. Desde hace unos tres meses tiene dificultades para mover el vientre debiendo ayudarse con los dedos. Se podía dar enemas, pero no evacua ni el agua; hoy mientras hacía suma fuerza por mover el vientre, siente un fuerte dolor en la región anal, y nota que se exterioriza una masa, y muy molestado, consulta.

Antecedentes digestivos. Cuando joven prurito anal discreto, que cura con baños de asiento y yuyos. Desde hace unos 25 años sus materias son de calibre pequeño como un dedo, y el enfermo expresa gráficamente que “sus materias son como las de un niño”.

Otros antecedentes. Familiares. s/p. Personales. — El 12 de octubre de 1949, como consecuencia de retención de orinas fué

tallado, encontrándose en mal estado general, infectado. En marzo 22 de 1950, prostatectomía, extrayéndose 2 gruesos lóbulos adenomatosos de 120 gramos. Ambas operaciones fueron practicadas por el Prof. Agreg. Dr. Juan E. Cendán Alfonzo. El enfermo se recupera muy bien, pero sus evacuaciones intestinales son siempre dificultosas. Abandona la asistencia médica antes de poder ser estudiado de su ano-recto, pues considera natural en él esa

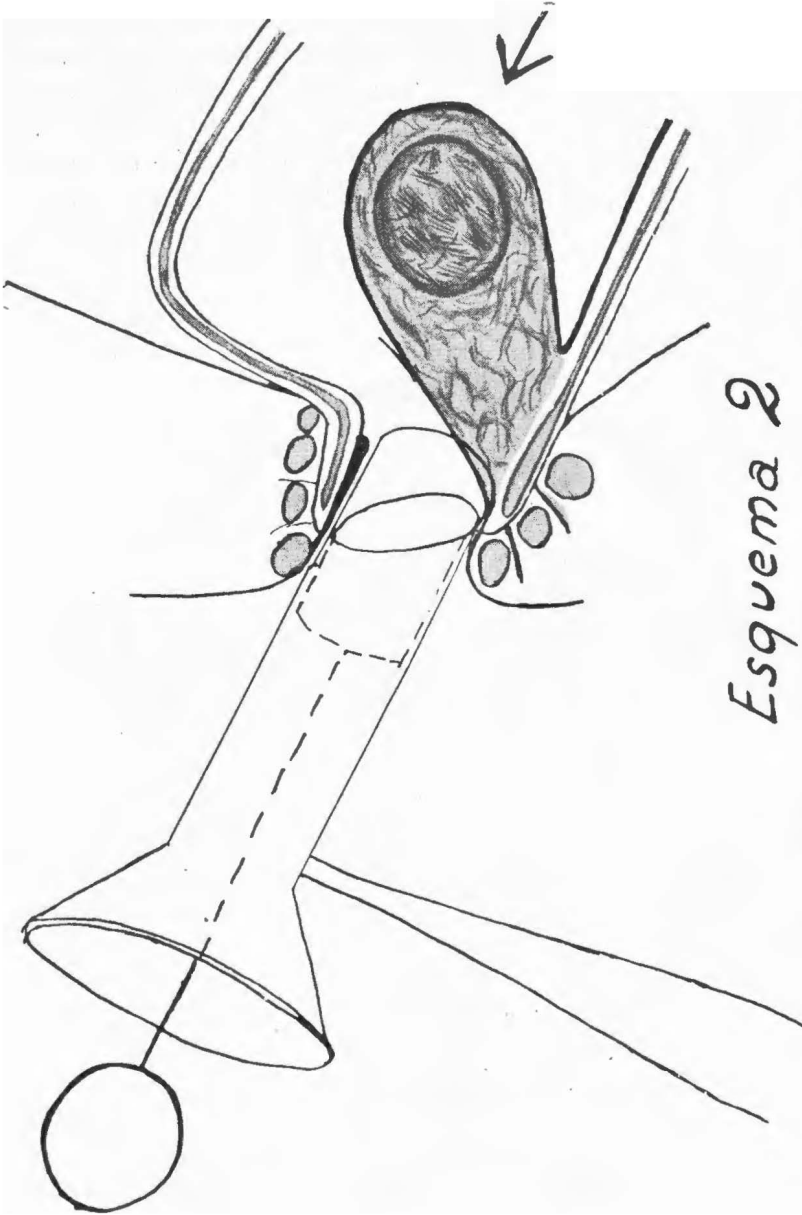


Esquema 1

forma de evacuar y no le da importancia hasta que el día 22 de Agosto fué sorprendido por el accidente que motiva su consulta.

Examen general. — Buen estado general. Apirético. Pulso 75. P.A. 18-9. Várices en miembros inferiores. Otros s/p.

Examen proctológico. — En hemicircunferencia izquierda de la región anal, se exterioriza una masa del tamaño de una almen-



Esquema 2
Obstrucción anal valvulada

dra, fusiforme, edematosa, dolorosa, recubierta por piel afuera y mucosa adentro de color rojo oscuro. Se puede introducir fácilmente la tercera y segunda falange del índice por el orificio anal, comprobándose anteriormente una masa del tamaño de una nuez

grande, renitente, con mucosa conservada, con una cara posterior libre, otra anterior adherente en su mitad inferior por un grueso pedículo a la hemicircunferencia anterior del conducto anal, móvil, no dolorosa y que no se puede exteriorizar porque el conducto anal es estrecho e inextensible.

Procedo a la anestesia con novocaína al 2 % apartándome de la zona congestiva, tratando de tomar los nervios hemorroidales; además se inyecta anterior y posteriormente. Se emplean 50 c.c. del anestésico.

Practico 3 incisiones radiales en la masa hemorroidal interna izquierda recientemente trombosada, con lo que el edema disminuye. Se introduce un anoscopio de Bensaude N° 11 y se comprueba que el recto está lleno de materias. Se hace la limpieza de la ampolla rectal con un pera Higgison, comprobándose lo siguiente: mucosa rectal normal, paquete hemorroidal póstero-lateral derecho, masa anterior ya descripta cruzada por la línea pectínea en su tercio inferior, y las hemorroides izquierdas trombosadas, que daban el cuadro clásicamente descripto como estrangulamiento hemorroidal interno, ya flácido por la operación mínima ya dicha. Apósito con pomada de violeta de genciana. El enfermo queda aliviado. Se indican baños de asiento, descongestivos pelvianos, antibióticos, bacteriostáticos, régimen atóxico.

Agosto 25/50: Enfermo aliviado no ha evacuado, se cambia la curación.

Agosto 24/50: Como no ha movido el vientre y el enfermo se encuentra molestad pero sin dolor, se lava la ampolla rectal llena de materias, con una pera de Higgison, empleando unos dos litros de agua con agua oxigenada, quedando muy aliviado.

Agosto 26/50: Idem.

Hasta el mes de Octubre el enfermo se encuentra en la imposibilidad de mover el vientre por sí mismo, aún cuando tiene sensación de ampolla llena, debiendo ser ayudado por los lavados en la forma dicha.

Octubre 11/50: Vemos al enfermo con el Dr. Najman Porzecansky. En hemicircunferencia izquierda tumoración flácida, no dolorosa con prolapso mucoso. Al tacto la tumoración anterior ya descripta con los mismos caracteres, se puede enganchar con el índice pero no exteriorizarla, por su tamaño y por ser el

conducto inextensible por la banda de pectenosis principalmente posterior.

A continuación extirpo las formaciones referidas con la ayuda del Dr. Porzecansky. Anestesia local con novocaína al 2 %, 50 c.c. Posición de Sims izq. Dilatación anal. Se extirpa el paquete izquierdo, después la tumoración anterior y después el paquete

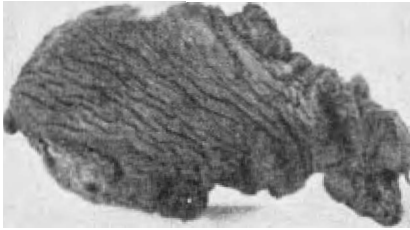
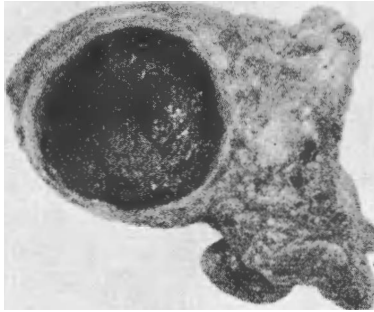


Fig. 3.

pósterolateral derecho. Todas estas formaciones se extirpan disecando primero y ligando el pedículo, según la técnica de Gabriel, con ligeras modificaciones, para hemorroidectomía. Extirpación de un colgajo cutáneo izquierdo para drenaje. Inyección de sol. de diothane en la base de las superficies cruentas. Mecha de oxycel y vendaje compresivo.

El enfermo permanece aliviado hasta el 16 de Octubre, en

que se dieron los enemas de aceite y agua como habitualmente hacemos en el post-operatorio de los operados proctológicos. El enfermo evacúa fácilmente y es bien gráfico en su expresión "no hay barrera".

Informe del anatomopatólogo.

Pieza más grande. — Se trata de una formación de 4 cms. de largo por 3 cms. de ancho y 3 de altura. En uno de sus extremos se encuentra una formación esférica de 2 cms. de diámetro, de consistencia elástica.

Al corte se observa una cavidad quística que corresponde a la formación esférica descrita, llena de coágulos sanguíneos.

Microscópicamente se observa una vena ectásica, de pared esclerosada y atrófica, con un intenso proceso de perivascularitis esclerosa y exudativa linfocitaria, con focos de viejas hemorragias.

En la parte periférica se observa un epitelio malpighiano con intensa hiperplasia epitelial de tipo irritativo papilomatoso.

Pieza más pequeña. — Microscópicamente se observa un epitelio malpighiano atrófico y disqueratósico, por debajo de él, se encuentra un tejido conjuntivo inflamatorio crónico, con degeneración hialina de sus fibras, edemas y microabcesos en involución.

Llama la atención la gran cantidad de vasos y lagunas sanguíneas que se encuentran entre los haces conjuntivos. Algunos de estos vasos están llenos de sangre trombosada.

En resumen. — Se trata de una gruesa hemorroide trombosada y un proceso inflamatorio crónico perivascular e irritación de los epitelios de revestimiento. El fragmento pequeño es un paquete hemorroidario con fenómenos de trombosis.

Firmado: Dr. Hugo Selinke.

Diciembre 1º/50: Pectenotomía de Laurece Abel. Actualmente evacuaciones normales.

Consideraciones.

La historia del enfermo nos conduce a la siguiente hipótesis.

El enfermo recuerda que desde hace 25 años sus materias son de calibre disminuído. La pectenosis, tercera fase de la infección del conducto anal, provocada quizás por anitis, ya que el enfermo recuerda que sufrió de prurito anal, que algunas veces es la traducción de una congestión anal, formó un anillo rígido que se estabilizó, no continuando estrechándose. Posteriormente a su prostatectomía, quizás como consecuencia del traumatismo del Freyer, ha constituído una trombosis anterior hemorroidal interna, con formación que ilustra una fotografía. Se hizo una formación tumoral hacia arriba, constituyendo una formación valvular al aplicarse sobre el anillo de pectenosis, con el aumento de la presión del vientre.

La situación se agravó con la trombosis hemorroidal izquierda agregando las manifestaciones de la inflamación a las mecánicas ya existentes: una válvula que se cierra sobre un anillo rígido, haciendo su cierre completo, estando anulada una propiedad fundamental del conducto anal: su extensibilidad.

Resumén.

Estrechado anal durante 25 años, obstruído valvularmente durante 5 meses, es lo que resalta de la historia proctológica de este paciente. Para lo primero el esfuerzo vencía la dificultad de la disminución de calibre, para lo segundo fué necesario la cooperación de los dedos del paciente primero, y del anoscopio después. Su tratamiento quirúrgico se llevó a cabo en tres etapas. 1º Incisiones radiales para disminuir los fenómenos inflamatorios agudos. 2º Extirpación de las formaciones exuberantes. 3º Sección de la banda de pectenosis para devolver al conducto anal su extensibilidad. El enfermo fué mejorando de acuerdo al cumplimiento de los objetivos quirúrgicos.

Sintetizando: Obstrucción proctodeica o anal valvulada constituida por una trombosis hemorroidal interna quística que se cierra sobre un anillo inextensible; y devolución a la fisiología normal por los medios quirúrgicos detallados.

SEÑOR PRESIDENTE. — En consideración el trabajo presentado.

DOCTOR CENDAN. — ¿Me permite?...

El caso del doctor Escudero es muy interesante; yo no tengo conocimiento de casos similares. Con él hemos buscado en la bibliografía, y encontramos nada semejante.

El examen de este enfermo, antes de los accidentes que lo llevaron consultar al doctor Escudero, no con el motivo del examen proctológico sino del estado de su próstata, fué realizado por mí, y en el momento que lo hice no recuerdo haber comprobado la formación que después apareció. El doctor Escudero me culpa un poco del accidente que tuvo, porque el traumatismo del tacto rectal durante la prostatectomía influyó sobre la trombosis hemorroidaria.

Creo que cabe felicitar al doctor Escudero por la forma bien documentada en que presentó este trabajo tan interesante, aunque además sabemos que él es capaz de hacerlo, dado que hace años que se dedica a la proctología, lo que hace con grandes conocimientos.

DOCTOR ESCUDERO. — Quiero agradecer, en primer término, al doctor Cendán y a la asamblea, por la atención con que escucharon mi trabajo.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el doctor Mautone.

DOCTOR MAUTONE. — (Lee).