

EXPLORACION QUIRURGICA DEL VIENTRE

Dr. JOSE D. MAUTONE

(San Carlos)

En la cirugía regular, la exploración es una etapa previa al acto quirúrgico fundamental. Está reglamentada hasta en sus detalles, en los libros de técnica. Tiene sus límites preestablecidos. Pero éstos pueden ser franqueados por indicación clínica. La exploración del apéndice, la de los genitales de la mujer, por ejemplo, pueden, bajo indicación clínica, estar justificadas en el curso de una colecistectomía.

La cirugía irregular es la cirugía de las contingencias inesperadas y sorpresivas. Presentamos la siguiente:

CLASIFICACION DE LAS CONTINGENCIAS

- 1ª) Se diagnostica una afección abdominal y el paciente tiene una afección extraabdominal.
- 2ª) Sólo existe diagnóstico de enfermedad, sin determinación topográfica. Ej.: Hemorragia interna. Perforación. Estrangulamiento.
- 3ª) Hay diagnóstico topográfico exacto, no hay diagnóstico nosológico. Ej.: Tumor del flanco izquierdo.
- 4ª) Diagnóstico topográfico exacto y nosológico erróneo. Ej.: Todas las dichas apendicitis en que se encuentra otra cosa: divertículo del ciego, adenopatía íleocecal, etc.
- 5ª) Diagnóstico topográfico erróneo y nosológico erróneo. Ej.: Colecistitis aguda y es anexitis izquierda.

Aunque cada grupo enfoca situaciones distintas y da lugar a largas y tediosas especulaciones, nos limitamos a observar que la creciente perfección de las investigaciones preoperatorias reduce su número. La actitud mental del cirujano, frente a un panorama anatómico desconcertante, puede y debe ser idéntica a la que adopta frente a un problema clínico: la de un investigador de la verdad.

Desecha su diagnóstico como si fuera ajeno, distrae la atención de sus colaboradores para aflojar la angustia ambiente, y mientras seca y separa, ocupando sus manos, rememora la anamnesis, la sintomatología, datos radiológicos y de laboratorio, recuerda algún dato subestimado u olvidado, y de estos antecedentes puede venir la luz, como puede encontrarla en alguna equimosis, una mancha blanca, un líquido que corre, un copo de fibrina. Son pues, la información preoperatoria y la observación directa las que reorientan y marcan rumbos para conducir la exploración en una o varias direcciones. Además surge una nueva y más precisa armonía interpretando conjuntamente los hechos clínicos y los hechos operatorios. El diagnóstico surge entonces de las angustias, como un nacimiento.

La interpretación de las anomalías que aparecen en el vientre es tan fácil para el cirujano experto, que, puede decirse, las lee de corrido. El novicio tendrá que delectarse.

Cabe, pues, bosquejar una semiología a vientre abierto, semiología operatoria o clínica del quirófano.

La primera distinción frente a una anomalía, consiste en separar lo anómalo de lo patológico.

Los divertículos del tubo digestivo, el páncreas anular, el lóbulo de Riedel, el útero didelfo, son anomalías morfológicas; las hernias, la trasposición visceral, el colon derecho flotante, son anomalías topográficas que pueden pasar a ser enfermedades, clínicamente, *si dan síntomas operatoriamente*, si se agrega una alteración anatómica que explique el cuadro clínico.

Otras anomalías tienen un significado netamente patológico.

El escape de aire al abrir el peritoneo denuncia una perforación alta en el tubo digestivo, en estómago o en duodeno. La serosidad peritoneal clara y flúida que desborda la incisión, es aumento de su cantidad normal, y, aunque no tiene significado

preciso, abre un interrogante sobre su origen. Su desborde en el curso de una apendicectomía, nos puso sobre la pista de un quiste ovárico, que era la causa de todos los síntomas.

La serosidad flúida, aumentada y levemente teñida por sangre, evoca la pancreatitis edematosa o discretas roturas de quistes foliculares. etc. Los derrames viscosos, como plasma, en vólvulos, estrangulamientos internos, torsiones pediculares, pancreatitis necrosantes.

Los derrames purulentos, no fétidos, indican la exploración del apéndice y anexos, o traducen peritonitis primitivas. Los derrames biliosos vienen del duodeno, las vías biliares extrahepáticas o un quiste hidático (coleperitoneo hidático). Los derrames gelatinosos dirigen la atención hacia los ovarios o un mucocele apendicular.

Sangre y coágulos, en mujer de edad propicia, invitan a buscar en la pelvis la trompa rota o un folículo estallado.

En los traumatismos abdominales, aclarado el ambiente por aspiración eléctrica y enjugado de los derrames, sea sangre, bilis, orina, contenido entérico, observando por donde se renueva la corriente y remontando su curso, se determina el origen.

En el peritoneo y subperitoneo, los nodulitos blancos, redondeados con derrame serofibrinoso, hacen pensar en la tuberculosis, máxime si se conglomeran en el ángulo íleocecal; en los genitales internos de la mujer. Cuando esos nodulitos son umbilicados y los acompaña una serosidad rosada o francamente roja, habrá que buscar el cáncer en alguna parte.

La exploración en las peritonitis agudas y precozmente intervenidas, no encuentra dificultades para llegar al foco, aunque haya exudado y congestión intensa.

En las peritonitis localizadas, la investigación del foco primitivo, logra llegar a su objetivo, separando el epiplón y las asas intestinales precariamente aglutinadas por un exudado fibrinopurulento. Pero si ya se ha constituido un absceso contiguo al foco, el hallazgo de éste por la cavidad tiene pocas posibilidades de éxito. Rellenando el hueco con gasa, y entrando por peritoneo libre, despegando las estructuras que forman la pared, es más fácil dar con la lesión causal.

Las peritonitis localizadas distantes del foco primitivo, sólo requieren imperativamente la investigación y tratamiento del foco, cuando ese foco está en actividad. El absceso subfrénico de origen apendicular, por ejemplo, sólo exige la exploración y tratamiento del apéndice, si se juzga que es un foco activo.

El conocimiento previo de cómo se disponen las estructuras del vientre cuando las yuxtapone un proceso inflamatorio facilita extraordinariamente su disociación y su exploración.

En las peritonitis plásticas de origen gastroduodenal o biliar, el epiplón mayor, rotando 180 grados sobre su inserción cólica, encubre en la región subhepática las estructuras del piso supramesocólico: colon y mesocolon derecho, primera y segunda porción del duodeno, pedículo hepático, cierra el Winslow, tapa el estómago y pequeño epiplón, llega hasta el bazo y en altura sube al cardias y al hilio hepático. Tan extensa cortina se observa principalmente en las reintervenciones biliares; otras veces es tan sólo parcial. Afectado por el proceso inflamatorio local, se desfigura; aplana sus lobulaciones grasosas, oculta su rica vascularización y toma aspecto de peritoneo parietal liso y opaco. En sus bordes adhiere flojamente, razón importante para iniciar por ellos el desprendimiento.

Este hecho anatomopatológico, que destacamos con insistencia da la llave de acceso a las estructuras encubiertas.

La liberación de la adherencia del duodeno a la cara anterior del pedículo, puede obtenerse descendiendo el mesocolon derecho y practicando el despegamiento duodenopancreático, según la técnica. Es útil cateterizar de izquierda a derecha el Winslow, para alejar la curva de la porta, dejando un instrumento grueso en el camino.

La búsqueda del colédoco, seccionando el pedículo de derecha a izquierda, como preconiza Champeau, para las pediculitis leñosas, requiere tener a mano instrumental apropiado para suturar la posible herida vascular. Bajo un hígado grande, infiltrado de edema y bilis, el hallazgo de una dilatación universal

de las vías biliares extrahepáticas, nos conduce a explorar el páncreas, el duodeno e ir en busca de una causa obstructiva del colédoco distal. El ampuloma de Vater, el cáncer de la cabeza del páncreas, la pancreatitis crónica estenosante, el cálculo empujado en el conducto, la fibrosis apretada del Oddi, una diverticulitis duodenal pericoleodociana, hasta parásitos, ascaris, vesículas hidáticas, por disciplina mental, se nos aparecen como causas posibles y más o menos probables.

Para una inculpación precisa contábamos con la exploración externa del páncreas, el colédoco, el duodeno; contábamos con la exploración interna por vía cavitaria o intraluminal —coledocotomía, duodenotomía— con o sin despegamiento duodenopancreático.

Súmase ahora, la radiografía y manometría peroperatoria, la biopsia extemporánea y otros métodos, poco usuales.

Pero, pese al número, variedad y perfección de los métodos, la interpretación operatoria de cada paciente, surge de la confrontación de los datos obtenidos en el preoperatorio y los recogidos en la exploración quirúrgica.

En otros pacientes también amarillos y hepatomegálicos, las vías biliares se presentan marchitas, desinfladas, en colapso. La eventualidad es desconcertante; y más aún si hay cálculos en la vesícula. Puede ocurrir que estemos operando una vulgar ictericia catarral, que fue diagnosticada obstructiva.

Si así fuere, la exploración del colédoco, hacia abajo y hacia arriba, no encontrará ningún obstáculo. . . En cambio, si hacia el hilio hay tropiezo o franca obstrucción, el problema es otro: ¿estenosis congénita, estenosis inflamatoria, cáncer, compresión extrínseca, litiasis, parásitos?

La hepatomegalia estorba para inyectar líquido opaco por encima del obstáculo; menor dificultad es puncionar debajo, en colédoco colapsado.

El quiste de colédoco, que también se presenta en pacientes amarillos, es una formación que está en continuidad con las vías biliares extrahepáticas. Establecerla en el acto operatorio, es identificar certeramente la enfermedad. La comunicación con el tramo superior de la vía principal, dilatada ya por tensión del líquido, facilita su hallazgo. La comunicación con el tramo inferior tiene interés terapéutico, pues si hay buena permeabilidad

es posible restablecer directamente el flujo biliar, sin acudir a derivaciones biliodigestivas. El tramo quistoduodenal és, a veces, permeable, otras, reducido, otras, infranqueable.

Los ictéricos, en que encontramos litiasis vesicular y signos de coledocitis, requieren imperativamente la exploración total del hepático y el colédoco, según arte.

Los hepatobiliares sin ictericia, aunque la indicación de explorar la vía principal no es tan estricta, hay razones para practicarla, aun sin signos de coledocitis. Ellas son: la existencia de litiasis autóctona de la vía principal, la conveniencia de conocer el estado del Oddi y la inocuidad de la exploración.

Los anictéricos, con sintomatología clínica de reducción del tránsito biliar, se exploran muy bien con la radiomanometría operatoria. En la intervención, el vaciamiento fácil de la vesícula, exprimiéndola contra el lecho hepático, certifica un buen gasto del cístico. El vaciamiento penoso significa un gasto pobre (signo de Laszla). Esa incompetencia del cístico puede sospecharse si la vesícula, por su aspecto exterior, la coloración amarilla, evoca la colesterosis; también si el colédoco es de diámetro exiguo. La vesícula fresa, frecuentemente, coexiste con extensión del cístico y lo mismo la delgadez del colédoco coexiste con la delgadez del cístico.

La exploración en las peritonitis pelvianas, se realiza bien si para la interpretación de los desplazamientos y desfiguraciones de las estructuras anatómicas, guiados por la continuidad, vamos de lo más fácilmente reconocible a lo irreconocible.

Si por ejemplo, en un cuerno uterino, podemos descubrir detrás y más arriba de la inserción del ligamento redondo, una formación tubular, casi cilíndrica, siguiéndola hacia afuera llegamos, por continuidad, a la colección tubaria, hemato, hidro o piosalpinx. Si algo más atrás encontramos el cordón del ligamento úteroovárico, corriéndonos por él hacia la pared pélvica damos con el absceso ovárico.

Si en el borde pélvico podemos reconocer el pedículo lumboovárico, recorriéndole hacia el centro de la pelvis, encontramos los anexos.

El ligamento redondo, rara vez desfigurado, conduce de la pared abdominal al cuerno uterino.

El acceso a los genitales internos, necesita ser precedido de despegamientos de epiplón, asas delgadas, asa sigmoide, a veces, ciego.

Las alteraciones de orden topográfico comprenden: caída de los anexos hacia el Douglas, arrastrando o no el fondo uterino, desviaciones laterales del cuerpo, torsiones sobre su eje longitudinal en forma tal que un cuerno viene hacia adelante y otro hacia atrás. Estos desplazamientos se interpretan fácilmente siguiendo las directivas expuestas. La morfología patológica, establecido el asiento del proceso, permite clasificarlo. En las neoformaciones incluídas en el ligamento ancho, también para establecer su origen ovárico, paraovárico o uterino, se explora la continuidad anatómica y por los caracteres morfológicos, se le da la denominación correspondiente.

La exploración de las neoplasias malignas comprende la de su difusión linfática, próxima y distante, vías eferentes, confluentes ganglionares, difusión colateral y difusión retrógrada y la posible difusión venosa y nerviosa.

El conocimiento de la difusión sin huellas, ordena la exploración del hígado en todo cáncer del tractus digestivo.

El conocimiento del cáncer múltiple y simultáneo del colon, aconseja la exploración total de éste, en presencia de cualquier localización ostensible.

El tumor metastásico de los ovarios recomienda la búsqueda del primitivo en el estómago y colon, difusión sin huellas revelada por Krukenberg. El hallazgo de un absceso, de una peritonitis localizada, cuyo origen desconcierta, induce a buscar el cáncer ulcerado, la diverticulitis.

En la zona vesicular, se rompió un absceso fétido, pero pudimos ver que debajo había un cáncer del transverso. El diagnóstico preoperatorio era de pirocolecisto. Ruego imaginar, drenaje sin exploración.

Los bloqueos completos del tránsito digestivo, biliar y urinario, habitualmente se manifiestan en la observación operatoria, por dilatación encima del obstáculo y colapso por debajo. La transición de diámetros sitúa el obstáculo.

En el tubo digestivo, en el íleus mecánico, a mayor longitud de intestino dilatado corresponde menor longitud de intestino retraído. La exploración, en sentido antiperistáltico es, pues, más rápida. Las asas retraídas se esconden debajo de las asas dilatadas.

La exploración en las vías biliares, a contracorriente, choca con dificultades técnicas, y generalmente, se hace en el sentido de la corriente biliar.

Los bloqueos de la conexión neurovascular que une las vísceras a los grandes troncos de la región prevertebral (aorta, cava, gruesos colectores linfáticos), provocan en sentido distal grandes alteraciones morfológicas, siendo las de orden circulatorio las más ostensibles: aumento de volumen, infiltración serohe-mática, derrame viscoso, configurando un cuadro operatorio de severo pronóstico. Así, en vólvulos, trombosis de vasos mesentéricos, torsión de pedículos, estrangulamientos.

En un infarto arterítico del delgado, para determinar la extensión mínima de la exéresis, en la periferia del área ocupada en el meso por la infiltración hemática, buscamos una vena funcionante, turgente y elástica, pensando que donde las venas se llenan, el aporte arterial es bueno (en irrigación de tipo terminal).

Los bloqueos parciales, en intestino, en vías biliares, en vías urinarias, clínica y operatoriamente son más difíciles de diagnosticar.

En el tubo digestivo el bloqueo parcial deriva a menudo de una potencialización de factores obstructivos. Las adherencias múltiples, aparentemente triviales, pueden producir la reducción del tránsito.

La estenosis parcial del cístico operatoriamente se revela por la delgadez del conducto por angulaciones mantenidas por tractus conjuntivovasculares cortos; y en el lumen, por la saliencia y número de las válvulas.

La suma de estos factores mecánicos explica por sí la reducción del tránsito vesículocoledociano y el cuadro clínico. La acción del esfínter de Lutkens sin duda puede sumarse.