

DECIMOCUARTO
CONGRESO URUGUAYO
DE CIRUGIA



1963

3 - 6 DE DICIEMBRE

TOMO I



SEDE:

FACULTAD DE MEDICINA

AVDA. GRAL. FLORES, 2125

SECRETARIA GENERAL:

AVDA. AGRACIADA, 1464 — PISO 13 — MONTEVIDEO

**COMITE EJECUTIVO
DEL 14º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA**

Dr. RICARDO J. BRACERAS
PRESIDENTE

Dr. LUIS M. BOSCH DEL MARCO
PRESIDENTE DEL 15º CONGRESO

Dr. RICARDO YANNICELLI
VICEPRESIDENTE

Dr. HECTOR ARDAO
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA

Dr. NELSON B. VARELA
TESORERO

Dr. FOLCO ROSA
SECRETARIO

Dr. CARLOS FORRIZI
DELEGADO DEL INTERIOR

RELATO:

Oclusión intestinal postoperatoria.

Dr. Máximo A. Karlen.

RELATO.

OCCLUSION INTESITINAL POSTOPERATORIA

Dr. MAXIMO A. KARLEN

PLAN DE EXPOSICION

INTRODUCCION

Primera parte

LA O.I.P. EN GENERAL

Capítulo I

ESTUDIO CLINICORRADIOLOGICO

- 1) Oclusión intestinal postoperatoria.
- 2) Frecuencia.
- 3) Etiopatogenia.
- 4) Inhibición intestinal postoperatoria.
- 5) Sintomatología.
- 6) Estudio radiológico.

Capítulo II

DIAGNOSTICO

Capítulo III

TRATAMIENTO

- 1) Anestesia.
- 2) Reposición hidroelectrolítica, de proteínas y sangre.
- 3) Indicaciones operatorias.
- 4) Tratamiento de la distensión.
- 5) Exploración del abdomen abierto.
- 6) Resección y exteriorización.
- 7) Operación de Noble.
- 8) Profilaxis del íleo mecánico y funcional.
- 9) Causas de muerte.

Segunda parte

LA O. I. P. EN RELACION CON LA OPERACION REALIZADA

- 1) Cirugía gastroduodenal.
- 2) Cirugía biliar.
- 3) Cirugía pancreática.
- 4) Cirugía esplénica.
- 5) Cirugía del intestino delgado.
- 6) Cirugía apendicular.
- 7) Cirugía del intestino grueso.
- 8) Cirugía ginecocológica.
- 9) Cirugía de hernias externas.
- 10) Cirugía extraabdominal.

Tercera parte

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Antes de abordar el tema que se me asignó para tratar en este Congreso, deseo expresar mi sincero agradecimiento a las autoridades que me honraron con su confianza.

Preparar un relato es una tarea de responsabilidad, porque obliga a condensar en un estrecho espacio, los conocimientos que se han venido acumulando desde los comienzos de la medicina. No es fácil reproducir fielmente el pensamiento de tantos autores consultados, en un tema tan complejo como el que nos ocupa.

He tenido la fortuna de pertenecer a dos clínicas en las que siempre se ha dedicado atención preferente al estudio de la oclusión intestinal. Primero fue nuestro maestro, el Prof. Domingo Prat, cuyo ejemplo de dedicación honrada y perseverante hizo escuela en el ambiente quirúrgico del Uruguay. Su obra "El íleo", sus relatos y sus numerosos trabajos ocupan un lugar de preferencia en todas las bibliotecas médicas de nuestro país.

Cuando el Prof. J. C. del Campo se hizo cargo de su cátedra en 1945, lo acompañamos a su clínica del Hospital Pasteur, luego del Hospital de Clínicas y está a la vista que aún hoy, después de tantos años, no ha podido librarse de mí. Del Campo captó

desde su comienzo el valor de la radiología en el estudio del abdomen agudo. De él y con él aprendimos todos los cirujanos uruguayos aquí presentes el inmenso progreso que significa la entrada de la radiología en el estudio de los cuadros agudos de vientre, en especial de la oclusión.

Y es precisamente gracias a la radiología que el conocimiento de la oclusión intestinal postoperatoria (O. I. P.) ha hecho últimamente sensibles progresos. Ella tiene el mérito de haber contribuido en parte principalísima a facilitar su diagnóstico más temprano, lo que significa su tratamiento apropiado.

Para el desarrollo del relato cuento con la colaboración de la Dra. E. Murguía de Roso, cuyo correlato trata la O. I. P. en cirugía infantil, y la del Dr. Capandeguy, distinguido radiólogo que ha hecho su correlato enfocado desde el punto de vista de su especialidad.

Como la O. I. P. puede complicar intervenciones extraabdominales, hemos solicitado a los cultores de las distintas especialidades, su colaboración al tema en forma de comunicaciones.

Desearía expresar a todos los autores consultados mi agradecimiento por lo que aprendí leyendo sus trabajos; y si en la bibliografía falta alguno, ha sido sin duda una omisión involuntaria.

PRIMERA PARTE

LA O. I. P. EN GENERAL

Capítulo I

ESTUDIO CLINICORRADIOLOGICO

La O. I. P. es la que sobreviene después de una operación, en general abdominal, y se caracteriza por su complejidad y gravedad, porque resulta de la superposición de dos estados de por sí complejos y graves. El término oclusión intestinal, para conciliar denominaciones usadas en distintos medios, debe ser considerado como sinónimo de íleo (Prat) y de obstrucción.

Creemos que esta interpretación, defendida por Uriburu, es útil y evita confusiones.

Entendemos por íleo u oclusión intestinal cualquier estado que impide la progresión del contenido intestinal (Noer). El íleo será mecánico cuando hay bloqueo al tránsito intestinal, o funcional cuando el intestino ha perdido su poder propulsivo. Esta

última forma es denominada también dinámica o adinámica o paralítica; en este grupo entra también el íleo espasmódico.

A estas dos formas debe agregarse el íleo mixto de von Haberer, mezcla de ambos factores: mecánico y funcional; se observa en las peritonitis.

Desde el punto de vista fisiopatológico debe distinguirse el íleo no estrangulante, mal llamado "simple", de la estrangulación. En el primero no hay perturbación circulatoria; en la estrangulación hay compromiso de la irrigación del segmento involucrado. Por sus consecuencias se comprende la importancia de esta noción.

Oclusión intestinal o íleo	{	Mecánico . . .	{	no estrangulante, con estrangulación.
		Funcional Mixto	{	"equivalente" de estrangulación (Uriburu) o estrangulación "potencial".

La perturbación circulatoria no se observa sólo en el íleo mecánico. La distensión intestinal, cuando es importante, también la produce.

Por tanto, en el íleo funcional y en el íleo mixto, en los que la distensión puede ser considerable, habrá siempre un grado variable de compromiso de la circulación. Dicho de otro modo, la distensión intestinal, cuando es intensa, tiene consecuencias finales similares a la estrangulación: isquemia, esfacelo, perforación, peritonitis. En su comienzo no hay compromiso circulatorio; pero considerada evolutivamente es un "equivalente" de la estrangulación, como sucede también con el infarto intestinal; o estrangulación "potencial" por válvula íleocecal continente (Uriburu).

OCCLUSION INTESITINAL POSTOPERATORIA

Si la oclusión intestinal sobreviene en el postoperatorio, es decir, en el período que se extiende desde el acto operatorio hasta el alta, en general 6-8 días, el cuadro es mucho más complejo que cuando ella sobreviene como afección primaria, única. A las perturbaciones propias de la enfermedad postoperatoria, es decir, las modificaciones que provoca en el organismo la agresión quirúrgica, se agregan las que provoca la oclusión intestinal. Se comprende que entonces se superponen los trastornos de cada uno de estos estados, lo que complica su interpretación y agrava su pronóstico.

Oclusión postoperatoria temprana y retardada

Desde el punto de vista práctico, es útil agrupar la O. I. P. según su fecha de instalación, porque su causa varía con ella, permitiendo orientar el diagnóstico. En este sentido Yovanovitch distingue los íleos inmediatos, que sobrevienen durante los cinco primeros días, los precoces entre el 5º y 10º y los retardados, que aparecen entre el 10º y 20º día que sigue a la operación. Las causas funcionales predominan en los dos primeros grupos, y las mecánicas en el último. Dicho de otro modo, las causas mecánicas se hacen más frecuentes, a medida que nos alejamos del acto operatorio. Después del 10º día, prácticamente todas las oclusiones obedecen a estas últimas. Sin embargo, hay oclusiones mecánicas, a menudo graves, que aparecen durante los primeros días, y funcionales, de aparición más tardía.

En nuestro medio, Larghero ha llamado la atención sobre el concepto erróneo que aún se tiene sobre el íleo postoperatorio. A esto contribuye poderosamente un vicio de lenguaje que se ha impuesto, denominándolo genéricamente "íleo paralítico". Según Larghero, la definición y ubicación cronológica que Devine le da al íleo paralítico, es un concepto básico para su conocimiento y para su correcta terapéutica: "un complejo gastrointestinal constituido por distensión, dolores de gases y constipación sigue habitualmente a muchas operaciones del abdomen y algunas veces de otras partes del cuerpo. Generalmente es un disturbio temporario de la función motora del intestino, pero él se fusiona o combina en una seria enfermedad en la cual el enfermo está muy distendido, vomita continuamente y está completamente constipado, es decir, que puede fusionarse en un cuadro que se llama íleo paralítico".

A estas nociones, Larghero agrega su concepto cronológico: el límite extremo horario que separa la "distensión fisiológica" postoperatoria, de la oclusión verdadera serían las 72 horas. Larghero es más radical que Devine, porque sostiene que el íleo paralítico postoperatorio no sólo es raro, como lo afirma este último, sino que "es un mito". "Un enfermo que a las 60 a 72 horas de operado presenta distensión abdominal, con o sin vómitos, ausencia de evacuaciones intestinales, resonancia acústica a la auscultación del vientre, sin ruidos de lucha, a veces con ruido y dolor, y retención gástrica a la sonda bien colocada, tiene una oclusión intestinal y debe ser preparado para reoperar o ser reoperado de inmediato."

Transcribo literalmente este párrafo en homenaje al maestro desaparecido y porque, aunque su afirmación parece un tanto rotunda, tiene una finalidad constructiva. Todo operado que

marcha mal, debe ser vigilado muy estrechamente y previo exámenes complementarios, debe reintervenirse si por los estudios efectuados no se demuestra lo contrario.

La importancia del tema se debe a varios factores: su relativa frecuencia; su complejidad, que explica lo difícil de su diagnóstico; su gravedad, causa de su alta mortalidad. Afortunadamente, en etapas sucesivas, todas ellas han perdido y van perdiendo importancia, pues su frecuencia disminuye con los progresos de la técnica operatoria; su diagnóstico es facilitado por auxiliares fieles y la mortalidad tremenda ha bajado a cifras más aceptables.

2) FRECUENCIA

La frecuencia de la O. I. P. en relación con las oclusiones intestinales en general, varía según los ambientes quirúrgicos considerados. Sólo se dispone de datos fidedignos donde la necropsia es obligatoria. Además, sólo la reintervención oportuna aclara muchos casos dudosos, que sin ella no serán catalogados debidamente. Un bajo porcentaje de O. I. P. puede ser índice de un gran progreso quirúrgico; pero también puede ser debido a una organización imperfecta, por el simple hecho de que muchos casos no se diagnostican ni se reoperan.

Yovanovitch, que se ha ocupado desde muchos años de este problema y practica la autopsia sistemáticamente, tiene una proporción de 30 % de O. I. P. con relación a las demás oclusiones. En otros medios figuran con el 10 %. El autor citado reinterviene los casos que "no marchan bien", excluyendo complicaciones cardíacas, pulmonares y metabólicas.

Si se estudia la frecuencia de la O. I. P. en relación con la enfermedad causal, se observa en escala descendente: en las apendicitis agudas, afecciones ginecológicas, cáncer del colon y del recto, sigmoiditis, colitis ulcerosa, úlcera gástrica y duodenal, afecciones de las vías biliares, del intestino delgado, del bazo, etc. Vemos que la O. I. P. es más frecuente en las afecciones del abdomen inferior.

La frecuencia, en relación a la intervención quirúrgica previa, muestra una neta predominancia de la apendicectomía en caliente, que en el 0,7 % de los casos se complica de oclusión, en los días sucesivos (Yovanovitch). Siguen en segundo término las operaciones ginecológicas: Wertheim, histerectomías subtotales y totales, castración quirúrgica, ligamentopexias. Las operaciones sobre el colon y recto se complican por falta de peritonización o por orificios creados entre el intestino y la pared abdominal: colectomías, amputaciones del recto, colostomías ya en el momento de su establecimiento o del cierre, anastomosis internas,

exteriorizaciones. En cirugía gástrica, la gastrectomía y la gastroenterostomía, y en orden decreciente, las intervenciones por afecciones citadas anteriormente.

3) ETIOPATOGENIA

La causa más común de las complicaciones postoperatorias en la cirugía del tubo digestivo es la infección. Aun con la quimioterapia y antibioterapia preoperatoria sigue siendo la peritonitis el peligro mayor en esta cirugía. La infección de causa externa y aun la proveniente de la contaminación operatoria al practicar anastomosis abiertas tienen por este motivo menos importancia que antes. Además, se sabe de tiempo atrás que la contaminación única, pasajera del peritoneo, como en el caso de la apendicitis perforada, en que la apendicectomía elimina el foco infectante, no tiene en general consecuencias. En cambio, la contaminación sostenida, debida a una falla de la sutura, lleva a la peritonitis, aun en enfermos preparados previamente.

Evitar la dehiscencia de la sutura es por tanto la base de la profilaxis de la peritonitis postoperatoria.

La consecuencia de la dehiscencia es la peritonitis. Si ésta será localizada con fistulización consecutiva, o difusa, depende de los siguientes factores (Reifferscheid): magnitud de la dehiscencia; del momento en que se produce; del contenido bacteriano y del poder digestivo del contenido intestinal; de la situación de la dehiscencia en relación con la incisión abdominal y de la capacidad adhesiva del peritoneo. Esta capacidad de adherirse que posee la serosa peritoneal desempeña un papel capital en la cicatrización; disminuye a partir de los 40 años y puede faltar en los caquéticos. En cambio es sabido que los que tienen una tendencia adherencial definida, apenas están expuestos a la peritonitis.

La práctica de la antisepsia preoperatoria del tubo digestivo, mediante la quimio y/o antibioterapia, limita la acción de los gérmenes que perturban la exudación de fibrina por el peritoneo. La evolución de la peritonitis es en estos casos más larvada, porque el reflejo peritoneal es más atenuado. Su reconocimiento temprano es, por tanto, más difícil. Faltan o son moderadas la defensa de la pared abdominal y la hiperleucocitosis. Los otros ileos funcionales, no peritoníticos o puros, se ven con relativa frecuencia en el postoperatorio. Su forma más común es el mal llamado íleo paralítico postoperatorio, la inhibición postoperatoria. Se debe a la irritación de los filetes del sistema autónomo subperitoneales, por despegamiento del peritoneo parietal, y en las incisiones por disociación y por las maniobras

operatorias intraperitoneales. Las secciones nerviosas en la zona del plexo solar y las vaguectomías provocan íleos por predominio simpático.

En el postoperatorio también se observa, aunque con mucho menos frecuencia, el íleo espasmódico por lesiones del simpático. En general compromete sólo segmentos intestinales reducidos y cambiantes. Son oclusiones "fantasmas", que desaparecen en radiografías sucesivas. Su reconocimiento se basa precisamente en este hecho.

Los íleos mecánicos del postoperatorio se dividen en simples o no estrangulantes y estrangulaciones, según que haya o no compromiso vascular.

En el grupo de las O. I. P. simples figuran por su frecuencia las que son debidas a la peritonitis plástica, a compresiones por tubos de drenaje o cuerpos extraños (compresas), a bridas que producen acodaduras, a torsiones, etc.

Otras veces la obstrucción es debida a una causa parietal, por edema de la neoboca de una anastomosis, o a la estenosis por defectos de técnica, etc.

Las estrangulaciones postoperatorias reconocen por causa bridas, vólvulos, invaginaciones, hernias internas en brechas peritoneales o fositas peritoneales preexistentes. Las lesiones parietales consecutivas, son particularmente peligrosas por la rapidez con que evolucionan hacia la gangrena y la peritonitis.

Es importante atribuir al infarto y la trombosis mesentérica, así como a la sobredistensión de las oclusiones en asa cerrada del colon y del intestino delgado, el mismo valor desde el punto de vista evolutivo de la estrangulación.

En efecto, en estas formas "potenciales" o "equivalentes" (Uriburu) el compromiso circulatorio también existe y llevará igual que la estrangulación actual, a la gangrena y peritonitis.

4) INHIBICION INTESTINAL POSTOPERATORIA

La noción generalizada de la parálisis intestinal postoperatoria, íleo paralítico postoperatorio, o inhibición postoperatoria debe ser revisada. En efecto, es de observación común comprobar que algunos operados no vomitan y toleran desde las primeras horas la hidratación por vía oral.

En general hay un grado variable de enlentecimiento del tránsito intestinal de los operados. Si se estudia radiológicamente el tránsito gaseoso del recién operado se comprueba que los gases transitan normalmente por el intestino delgado y se acumulan cada vez más en el colon, desde el primer día al segundo y tercero (Hoyer). Desde el segundo día comienzan a expulsarse por el ano. Normalmente no se visualiza en la placa

el gas en su pasaje por el intestino delgado, porque por el batio del peristaltismo se divide en burbujas pequeñas suspendidas en el contenido líquido. Una vez llegado al ciego, el gas se colecta en volúmenes más importantes, visibles a los rayos X.

El gas acumulado en el colon causa dolor por la distensión que provoca en él, distensión debida a una disquinesia de los esfínteres que impide su normal expulsión. Esto explicaría por qué una sonda rectal puede aliviar instantáneamente a un enfermo que se queja de dolores “de gases”.

Wangensteen demostró que el 70 % del contenido gaseoso del tubo digestivo es aire deglutido. Si mediante una sonda gástrica se aspira este aire, durante los dos primeros días que siguen a la operación se evita que, pasando al intestino, provoque distensión y dolores.

De modo que el “íleo paralítico postoperatorio” no existe, si no hay una causa especial que lo provoque.

La inhibición del intestino es en general de causa refleja y se observa en el estrangulamiento, y después de operaciones laboriosas y traumatizantes que lesionaron los filetes nerviosos simpáticos y parasimpáticos retroperitoneales. Se admite que la inhibición del peristaltismo es, en su iniciación, refleja. Pero la distensión consecutiva será más adelante el factor principal en el mantenimiento de la inhibición de la peristalsis. Este estado debe considerarse más un estado adinámico que paralítico. Lo demuestra el hecho que con la descompresión por la intubación, el intestino recupera su poder propulsivo (Noer). Las sondas intestinales equipadas con balón progresan más rápidamente en íleos “adinámicos” que en la obstrucción intestinal mecánica.

La inhibición de la peristalsis en los traumatismos externos y/o quirúrgicos, como también en la vecindad de un foco inflamatorio y en el estrangulamiento es una respuesta protectora frente a la agresión. Aísla la zona lesionada, limitando el proceso patológico e impide su difusión a la gran cavidad peritoneal.

Merced a esta inhibición localizada o regional, el tránsito queda detenido por encima, instalándose la distensión.

Cuando la inhibición modera o detiene el peristaltismo alrededor de un foco inflamatorio, como sucede alrededor de la falla de una sutura intestinal o en la apendicitis, se establecen adherencias fibrinosas de protección que a su vez constituirán un obstáculo al tránsito, pero éste ya no es dinámico, sino mecánico.

Así queda constituido un complejo lesional: traumatismo operatorio, agresión química o infecciosa por el contenido intestinal, inhibición de la motilidad, creación de barreras orgánicas que constituyen un obstáculo mecánico, distensión por encima.

De esta manera pasamos de un íleo dinámico por etapas sucesivas, al íleo mixto. Esta noción fundamental, defendida por

von Haberer, ha permitido comprender mejor los cuadros complejos mezcla de factores dinámicos y mecánicos. Inicialmente es dinámico por inhibición, luego asociado a un obstáculo mecánico por la organización del foco y a la distensión por encima. Si a esto se agrega la isquemia, consecuencia de la distensión, se suma un nuevo factor, que representa un "equivalente" del estrangulamiento.

Desentrañando esta secuencia, se comprende como, recorriendo el camino en sentido inverso, debe atacarse el proceso para curarlo; intubación para aliviar la distensión, extracción oportuna del órgano enfermo o drenaje del pus colectado, antibió y/o quimioterapia, etc. Una vez suprimida la distensión y mejorado localmente el foco causante y vencido el proceso infeccioso, cede la inhibición y se restablece paulatinamente el tránsito.

La inhibición refleja se ve además en muchos procesos, como ser los traumatismos de abdomen, los hematomas retroperitoneales por traumas dorsolumbares, ciertos procesos renales y ureterales y de la vecindad (neumonía), en cirugía vascular y torácica, etc.

Noer resume, consciente del peligro de simplificar excesivamente, que la muerte en el íleo no estrangulante sobreviene a consecuencia de la distensión que provoca un desequilibrio hidromineral progresivo.

En cambio, en la oclusión con estrangulamiento, la muerte se debe a la perforación con peritonitis o a la reabsorción transperitoneal de toxinas que han permeabilizado la pared intestinal desvitalizada.

5) SINTOMATOLOGIA DE LA O.I.P.

Dolor.— En un operado en el que ya habían pasado los dolores intensos del primer día, la acentuación del dolor durante el segundo día y más tardíamente debe hacer extremar la vigilancia, porque puede ser el primer síntoma de una complicación. Un dolor muy agudo, persistente y localizado que se instala en el postoperatorio de una resección o anastomosis, debe interpretarse desde el primer instante como una falla de la sutura y orientar las investigaciones para confirmar o descartar esta sospecha. Si el dolor es de tipo cólico, intermitente, con paroxismos, es probable que se trate de una oclusión mecánica. Cuando el enfermo tiene simultáneamente sensación de pasaje hidroaéreo que a menudo se oye a distancia, coincidiendo con alivio del dolor, sugiere una oclusión mecánica parcial. La diferenciación entre oclusión simple y estrangulamiento por la clínica

sola es en general imposible y no debe demorar la reintervención. Lo mejor es sospechar lo más grave para acelerar las medidas a tomar. Mientras se prepara la relaparotomía, se completa el examen del enfermo con un estudio radiológico simple y contrastado.

La *taquicardia* y el *colapso*, si sobrevienen en un operado que marchaba bien, tienen un gran valor, porque indican la gravedad de la complicación. Estos síntomas cardiovasculares se ven tanto en la hemorragia, como en el shock provocado por la dehiscencia con peritonitis, así como también en la oclusión mecánica, especialmente con estrangulamiento. Son intensos en la trombosis mesentérica.

El estudio de la *leucocitosis* debe hacerse en serie, si el postoperatorio no es normal. El recuento globular informa si hay *anemia*. Los valores normales o subnormales de la leucocitosis no deben engañar porque pueden ser debidos a la terapéutica instituída: antibióticos, quimioterapia, etc. Sin duda, la leucocitosis elevada siempre tiene un valor diagnóstico importante.

Fiebre.—Desde la introducción de la quimio y antibioterapia es corriente que el postoperatorio de la cirugía gastrointestinal transcurra en apirexia.

En estas circunstancias, cualquier ascenso térmico, especialmente si sobreviene algunos días después de la operación, exige una observación muy estrecha del aparato respiratorio, del sistema venoso y de la herida parietal. Si a la fiebre se asocia el dolor en la zona operada, la detención del tránsito intestinal y/o náuseas y vómitos, distensión, defensa, oliguria y la taquicardia, se debe interpretar como una infección peritoneal. No debe esperarse todo el cortejo sintomático completo. Basta con el ascenso térmico a veces lentamente progresivo, precedido por taquicardia y dolor, para alertar y exigir el estudio radiológico complementario.

La antibioterapia atenúa los síntomas en los procesos infecciosos, pero a menudo es por sí sola impotente para liquidarlos totalmente. La contaminación peritoneal en operados que reciben antibióticos transcurre más silenciosamente, sin la alarma del reflejo peritoneal normal que llama la atención y obliga a reintervenir. Otras veces, los síntomas de la infección son poco netos y se confunden con los que se consideran normales en un recién operado.

La antibioterapia no pone al abrigo de complicaciones infecciosas; su aplicación puede ser útil, pero no exime de ejercer una vigilancia estrecha del operado. Una vez diagnosticada la infección por atenuada y localizada que sea, debe tratarse adecuadamente por drenaje, aspiración, etc.

Oliguria.—La diuresis tiene niveles variables según cada enfermo. Llama la atención lo poco que se altera en algunos y, al contrario, su reducción y la persistencia de la oliguria en otros. Esto sólo tiene valor si el aporte hidromineral es correcto y no hay factores renales y cardíacos perturbantes, que deben conocerse y valorarse antes de la operación.

La oliguria con hipocloruria, en un operado que marcha mal y que entra en colapso, exige la máxima atención y la colaboración urgente del internista. Si en un operado que ya había recuperado su diuresis normal, se instala una oclusión con oliguria, hay mayor urgencia de proceder a la relaparotomía (Larghero).

Náuseas, vómitos, retención gástrica y reflujo del contenido duodenal al estómago. Estos síntomas son tan comunes en el recién operado que no llaman la atención el primer día. Pero si continúan durante el segundo, exigen una vigilancia estrecha. Conviene instituir la aspiración nasogástrica, si no se ha hecho antes. Si la cantidad de líquido aspirado es importante el segundo día, debe procederse al estudio radiológico. Las causas deben buscarse: 1º) en un defecto de la técnica operatoria (estenosis); 2º) en la posible infección de causa externa o al nivel de la sutura (falta de hermetismo, dehiscencia); 3º) en una causa mecánica sobrevenida durante el postoperatorio.

Entre los signos objetivos, la *defensa y contractura* de la pared abdominal tienen su real valor, denunciando la irritación peritoneal química o séptica.

El *balonamiento* tiene un gran valor, ya sea si es localizado o generalizado. El balonamiento localizado indica cuál es el segmento del intestino involucrado; su topografía varía con la intervención practicada y sirve para orientar el diagnóstico. Cuando es generalizado, debe pensarse en una lesión baja del tubo digestivo o en la peritonitis. Su aparición indica la necesidad urgente de practicar el estudio radiológico. El balonamiento periférico, predominando en uno o los dos flancos, sugiere la oclusión cerrada del colon. La palpación de la pared abdominal a menudo no puede informar satisfactoriamente porque la incisión parietal impide un examen completo.

La palpación de una *masa tensa, circumscripta y dolorosa*, en el lugar del dolor de tipo cólico, debe interpretarse como signo de vólvulo o de invaginación.

La *macidez desplazable* con los cambios de posición indica líquido libre en el peritoneo, como puede verse en estrangulaciones.

Una *macidez fija y dolorosa rodeada de sonoridad* puede corresponder, si acompaña un cuadro infeccioso, a un absceso colectado.

Hoyer (1950) pone énfasis en el valor de la *auscultación abdominal*, porque los ruidos intestinales pueden dar información

importante, especialmente en las lesiones agudas del abdomen y en las complicaciones abdominales postoperatorias. Cuando existe oclusión intestinal, estos ruidos pueden ser tan característicos que por sí conducen al diagnóstico. A la inversa, según Semb (1938), la presencia de sonidos intestinales normales excluye la obstrucción mecánica. Los ruidos intestinales son la expresión directa de la motilidad intestinal: su mayor intensidad indica peristalsis más poderosa; su disminución, peristalsis disminuída. Los ruidos son aumentados en presencia de obstrucción mecánica, especialmente si ésta es incompleta. En el estrangulamiento intestinal pueden estar disminuidos; sería porque en este caso hay una inhibición intestinal refleja. Esta sospecha de Hoyer se confirmó con los trabajos recientes de Vest, quien demostró que el pasaje gástrico de una sustancia radioopaca hidrosoluble, se detiene totalmente cuando se instala un íleo con estrangulamiento.

En el postoperatorio, los ruidos intestinales reaparecen según Koller 4-12 horas después de una laparotomía estéril; según otros investigadores acaece esto entre 12 y 24 o aun 48 horas consecutivas a la operación.

El *tacto rectal y vaginal* revela el estado del Douglas. La *palpación bimanual* informa sobre lesiones del hipogastrio y de la pelvis. Las modificaciones comprobadas en exámenes sucesivos informarán sobre su evolución y posible migración descendente. La *punción del Douglas* puede estar indicada a veces y puede ser el paso previo a un drenaje por esta vía.

Después de esta enumeración de los síntomas de la O. I. P. cabe decir que nunca se debe esperar que el cuadro sintomático se complete.

En cuanto aparece un síntoma de alarma, basta con uno sólo, se debe proceder de inmediato al estudio radiológico, que será repetido en caso necesario, cada hora, lo mismo que el examen clínico, hasta poder afirmar o descartar el diagnóstico de O. I.

6) ESTUDIO RADIOLOGICO

El Dr. Capandeguy se ocupará en su correlato del aspecto radiológico de la O. I. P.

Nosotros anotamos aquí solamente las nociones básicas que debe tener un cirujano, para estar en condiciones de interpretar personalmente los datos de la radiología en la O. I. P. Si el cirujano que está al lado del enfermo no conoce el valor de la radiología, no sentirá la necesidad urgente de solicitarla y no contará con su valiosa ayuda para anticiparse a la aparición de los síntomas clínicos. Hoy en día, frente a un cuadro agudo de

abdomen, pedir un estudio radiológico o una simple placa de abdomen es casi un acto reflejo del cirujano. Esto se debe a la constante prédica de J. C. del Campo, que introdujo la radiología del abdomen agudo en nuestro país hace más de treinta años.

Yo diría que en la O. I. P. la clínica debe revelarnos que algo "no marcha bien" y antes que se complete el cuadro sintomático, se debe pedir el estudio radiográfico simple del abdomen de pie y en decúbito. Desde este instante, se podrá hacer a veces el diagnóstico muy anticipado al que se haría por la clínica sola. Si con la radiología persisten las dudas, insistir con radiografías en serie, asociadas a la vigilancia clínica estrecha.

Para distinguir el aspecto radiológico banal del abdomen operado del que se observa en la oclusión intestinal postoperatoria, Hoyer realizó en una serie mayor el estudio radiológico después de laparotomías de evolución normal. Lo efectuó en operaciones ginecológicas, apendicectomías y operaciones de hernias. No lo pudo hacer en operados de vías biliares, del estómago o del colon, porque el estado de estos enfermos no permitía los frecuentes cambios de posición y traslados a que hubieran de haber sido sometidos.

La inhibición postoperatoria —íleo paralítico— no existe como cuadro oclusivo. El pasaje del contraste al duodeno comienza casi desde la ingestión, siempre que el estómago esté vacío. Llega al ángulo duodenoyeyunal promedio en 3-4 minutos. A pesar de este hecho, los operados presentan durante los dos a tres primeros días, cierto grado de distensión abdominal. La distensión abdominal postoperatoria (d. a. p.) se observa después de herniotomías en 92 %, apendicectomías 90 %, y de operaciones ginecológicas en el 100 % de los operados.

El autor sólo toma en cuenta la d. a. p. comprobada radiológicamente. El traumatismo de la incisión abdominal, especialmente si es por disociación, parece ser de igual importancia como causa de la d. a. p. que la intervención intraperitoneal. La d. a. p. se debe esencialmente a la acumulación de gases en el colon.

Niveles líquidos (n. l.).— Los n. l. son excepcionales en el intestino delgado después de operaciones de hernias, lo mismo que después de apendicectomías, más frecuentes después de operaciones ginecológicas. Se observan el segundo día del postoperatorio; desaparecen durante el tercer día.

Evacuación gástrica.— Se normaliza el primer día después de operaciones por hernias; el segundo día en operaciones ginecológicas y entre el primero y tercero después de apendicectomías.

Tránsito a través del intestino delgado.—Hernias y apendicitis, tránsito normalizado después del primer día; operaciones ginecológicas, después del segundo día.

Tránsito a través del intestino grueso.—Enlentecido durante los tres primeros días o más.

Evacuación intestinal.—Rara antes del tercer día.

Distribución gaseosa en la d. a. p.—La d. a. p. se debe principalmente a la acumulación de gases en el colon. En el intestino delgado es moderada, y sólo durante el primer y segundo día. Si es más importante, sospechar una complicación: peritonitis, oclusión mecánica por lesiones anteriores, o lesiones cardíacas y pulmonares.

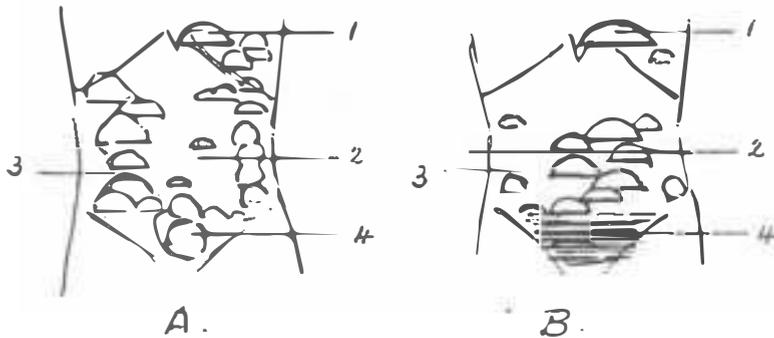


Fig. 1.—Diferencias entre el aspecto radiológico de la distensión abdominal postoperatoria A (Hoyer) y el de la oclusión intestinal postoperatoria B. A) Distensión abdominal: 1, poca retención gástrica; 2, ausencia de gas o pequeña cantidad en el intestino delgado (puede haber algunos pequeños niveles); 3, gran aumento de gas en el colon; 4, sin líquido peritoneal. B) Oclusión intestinal postoperatoria: 1, gran retención gástrica; 2, acumulación de gas y líquido en el intestino delgado; 3, colon sin gas o en cantidad pequeña y decreciente; 4, aumento de líquido peritoneal.

Los datos radiológicos de la d. a. p. no pueden confundirse con los de la O. I. P. porque ésta da:

- 1) Distensión del intestino del lado oral de la obstrucción con retención de gases y líquidos (niveles).
- 2) Intestino vacío en el sentido aboral, con ausencia de gases en el colon. La d. a. p. se caracteriza por acumulación de gases en el colon.
- 3) Generalmente hay también aumento del líquido peritoneal.

En la d. a. p. no hay dilatación del intestino delgado, aunque éste contenga gases. Puede haber algunos niveles líquidos, pero diseminados y escasos, sin aumento del líquido peritoneal.

El cuadro roentgenológico de la O. I. P. es igual al que se observa en oclusiones fuera de ese período (Ascroft y Samuel).

Si el intestino delgado contiene cantidades considerables de gases y niveles líquidos, debe despertar la sospecha de O. I. P. Si a esto se une la ausencia o pocos gases en el colon, se confirma el diagnóstico. En cambio en la d. a. p. hay aumento de gases en el colon.

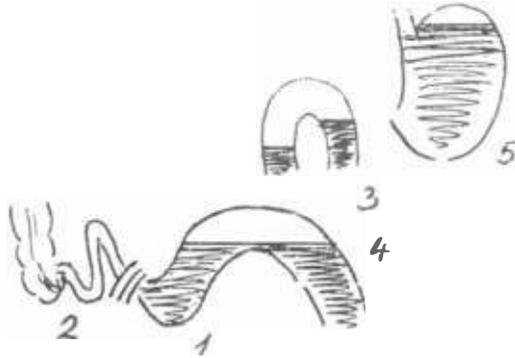


Fig. 2.—Signos radiológicos del íleo mecánico: 1, gran distensión por encima del obstáculo. 2, colapso por debajo; colon sin gas. 3, asas arqueadas por el peristaltismo con niveles líquidos a distinta altura que se modifican. Estos movimientos se visualizan también con la sonda de intubación, en placas sucesivas. 4, en el intervalo entre las contracciones los niveles se igualan y los arcos se aplanan. 5, gran retención gástrica.

El estudio seriado, tomando radiografías cada hora, aclara casi siempre el problema: en la d. a. p el gas se acumula cada vez más en el colon; en la O. I. P. sucede lo contrario. En los casos dudosos debe hacerse el examen contrastado por vía oral, como se expondrá más adelante.

El estudio radiológico del paciente con O. I. P. informará:

- 1º) El tipo de la oclusión: funcional, mixta o mecánica.
- 2º) Parte del intestino afectado: intestino delgado o grueso y su topografía.
- 3º) Si es mecánica, si es simple o con estrangulación.
- 4º) Si hay derrame peritoneal, su importancia.
- 5º) Neumoperitoneo; establecer si procede del acto operatorio, o si es por dehiscencia de una sutura del tubo digestivo (datos clínicos y radiológicos).

6º) Si se repite el estudio a cortos intervalos, informará junto con la clínica si la situación mejora o empeora, y por lo tanto será un importante fundamento para decidir la reintervención.

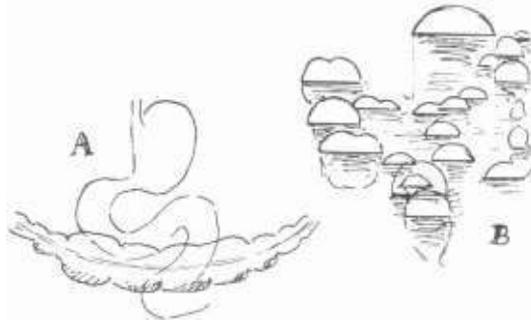


Fig. 3.—Ileo funcional ("paralítico"). A: Cuadro inicial, en colecistitis, pancreatitis, apendicitis y en operados con contaminación operatoria o dehiscencia de suturas. Distensión discontinua: ileo regional sintomático (del Campo), por vinculación de vecindad topográfica de segmentos alejados entre sí, del intestino delgado y grueso y de sus mesos. B: Si progresa el proceso inflamatorio el ileo se generaliza y toma todo el intestino delgado y grueso. Distensión marcada de todo el intestino. Niveles anchos e inmóviles. Gran retención gástrica o vómitos. Auscultación abdominal: silencio.

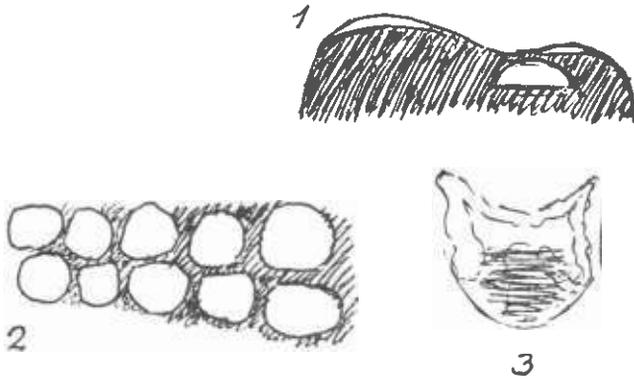


Fig. 4.—Como manifestaciones radiológicas asociadas, se observan: 1, neumoperitoneo, en perforaciones de vísceras huecas, dehiscencias de suturas del tubo digestivo y en el postoperatorio normal. 2, exudado intraperitoneal de grado creciente según esquema de Laurell: asas cada vez más distendidas y exudado progresivo. 3, opacidad decleve por derrame peritoneal, que se desplaza con los cambios de postura; derrame libre; o no se desplaza: absceso organizado. Cuando la opacidad móvil acompaña la imagen de un íleo mecánico, pensar en estrangulación (Frimann-Dahl).

La distinción por la radiología, de la oclusión simple de la oclusión con estrangulación, ha experimentado un progreso sustancial estos últimos años (Frimann-Dahl, Hoyer, Davis, Vest).

Las radiografías simples no son suficientemente típicas, aunque presenten los signos que han sido dados como patognómicos:

- 1º) El signoseudotumoral de Frimann-Dahl: asa obstruida llena de líquido, de aspecto tumoral, con segmento intestinal preestenótico distendido y oscuro.
- 2º) Un asa aislada con distensión gaseosa y ausencia de los pliegues normales de la mucosa en el segmento distendido.



Fig. 5. Ileo mixto (von Haberer) postoperatorio. Ileo funcional perifocal asociado a un íleo mecánico secundario. Contaminación peritoneal por la enfermedad causal operada (apendicitis, perforación de víscera hueca), o contaminación operatoria, dehiscencia de sutura, cuerpo extraño, etc. El componente mecánico se asocia progresivamente y es debido a la aglutinación de asas intestinales, adherencias, acodaduras y torsiones. Niveles en el delgado; poco gas en ciego y colon; retención gástrica; opacidad difusa en la pelvis. Los exámenes clínicos y radiológicos repetidos indican si la situación mejora o empeora.

Estos signos no son específicos y pueden ocurrir en otros cuadros abdominales agudos fuera de la oclusión del delgado con compromiso del aporte sanguíneo. El diagnóstico debe hacerse más temprano, dado que la mortalidad por oclusión con estrangulamiento en cualquier serie amplia de oclusiones del intestino delgado es del 25 al 30 %.

Actualmente es posible diferenciar mediante el estudio radiológico con un medio de contraste hidrosoluble, el diatrizoato de sodio (Hypaque) al 30 % por vía oral, en los operados, el íleo paralítico postoperatorio (inhibición) de la obstrucción mecánica simple del intestino delgado, así como también de la oclusión intestinal con estrangulación.

Radiológicamente, el aspecto es el siguiente (Vest):

- 1º) Inhibición postoperatoria: tránsito gastrointestinal no alterado.
- 2º) Oclusión mecánica simple: tránsito conservado hasta el punto del obstáculo.
- 3º) Oclusión intestinal con estrangulación: retención gástrica o pasaje mínimo del contraste al duodeno y yeyuno.
- 4º) La oclusión intestinal en su comienzo, con estrangulación moderada o incompleta de los vasos mesentéricos, se manifiesta con el contraste hidrosoluble como obstrucción simple, dado que el contraste avanza hasta el punto de la oclusión.
- 5º) Se obtiene igual retención gástrica marcada, ligando experimentalmente sólo los vasos sanguíneos del yeyuno o la parte inicial del íleon (Hibbord y col., 1933).
- 6º) La trombosis de los vasos mesentéricos provoca por el mismo mecanismo retención gástrica.

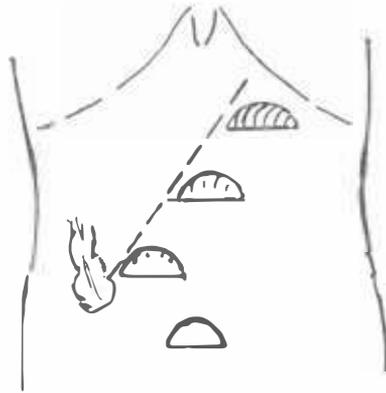


Fig. 6.—Signos radiológicos de la oclusión del intestino delgado. Niveles en general de diámetro moderado, mayores en la oclusión crónica. Signo directo: pliegues de Kerkring, más marcados en el yeyuno; íleon de aspecto más liso. Localización centroabdominal, siguiendo en escalera la implantación del mesenterio. Ausencia o escaso gas en el colon. Radiografía contrastada por ingestión de una cucharada de barita (Frimann-Dahl), útil en las oclusiones yeyunales altas con poco gas; muestra el sitio y a veces el tipo del obstáculo. Con contraste hidrosoluble (Davis, Vest, Margulis), iguales informaciones, pero además sirve para todo el delgado porque avanza más rápidamente, marcando el sitio de la oclusión si ésta es simple y denuncia la estrangulación, al quedar retenido en el estómago.

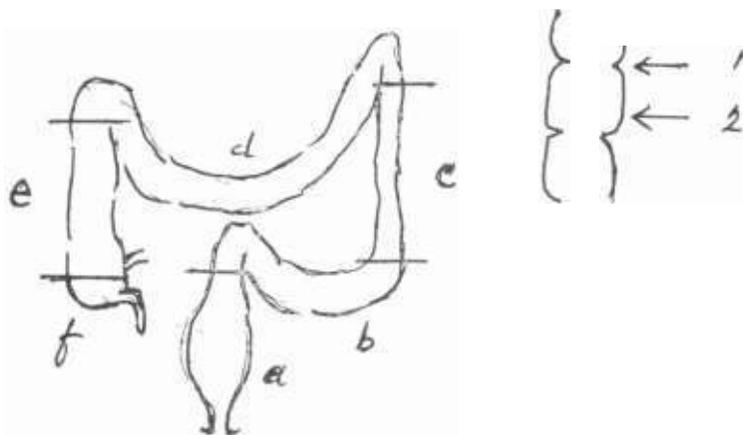


Fig. 7. Oclusión colónica. Signos radiológicos: diámetro mayor, con pliegues (1) y haustras (2). Localización en los flancos, del colon ascendente y descendente, centroabdominal del transverso y sigmoide y pelviana, del recto. Radiografía simple de oclusión del colon: gas acumulado entre el obstáculo y el ciego, de grado variable según duración. Si el esfínter ileocecal es continente, distensión progresiva del asa cerrada. Si es incontinente, se asocia distensión ileal a la colónica. Radiografía contrastada peligrosa y poco fiel por vía oral. En cambio el enema con barita bien flúida, a poca presión y bajo control radioscópico, sin pretender franquear el obstáculo, permite diferenciarla de la oclusión del delgado y localiza la lesión. Las lesiones más difíciles de visualizar son las de los ángulos y las del ciego, que es una zona muda. Wangenstein no se fía del enema opaco para diferenciar si una gran distensión del colon es funcional o mecánica. Aunque el contraste no muestre nada, si hay dolores cólicos, aconseja operar.

De lo que se deduce que cuando la sustancia opaca queda retenida en el estómago quizá por un mecanismo reflejo de inhibición, se trata de una estrangulación intestinal, o de un equivalente de la estrangulación, como lo es la trombosis mesentérica, o la distensión excesiva, isquemiantes del intestino.

En resumen, el estudio del tránsito gastrointestinal con un medio de contraste hidrosoluble permite diagnosticar rápidamente los casos de oclusión intestinal postoperatorios. Con él se distingue la simple inhibición postoperatoria de la oclusión verdadera, con o sin estrangulación.

Los trabajos experimentales y clínicos de Vest fueron efectuados del siguiente modo: se toma primero una radiografía simple del abdomen del paciente.

Administrar 100 a 150 c.c. de Hypaque al 30-40 % por boca o por un tubo de Levin.

Acostar el paciente por 30 minutos sobre el lado derecho, para franquear el píloro. Sacar radiografías una y dos horas

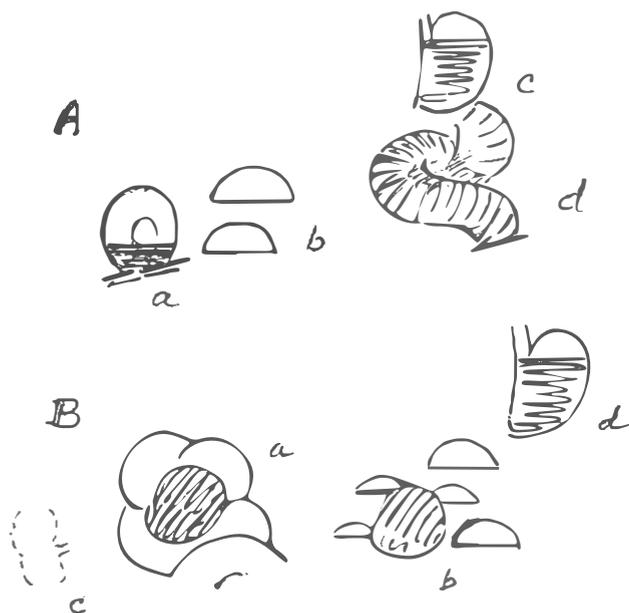


Fig. 8.— Aspecto radiológico de la estrangulación intestinal. A, cuadro inicial en general incompleto. Radiografía simple: a, gas en el asa estrangulada; b, gas en asas preestenóticas, pero los niveles líquidos son inmóviles (Frimann-Dahl). Radiografía con contraste hidrosoluble: queda retenido en el estómago (c) o avanza parcialmente hasta el obstáculo (Vest). B, cuadro completo. Radiografía simple: a, en decúbito, asa estrangulada con opacidad similar a un tumor con borde multicircular (Frimann-Dahl); b, de pie: gas y líquido en asas preestenóticas; c, colon sin gas, salvo si hay peritonitis. El vólvulo del delgado muestra en placa sacada en decúbito, anillos concéntricos. El intestino parece arrollado (Frimann-Dahl). Radiografía contrastada: en general se desaconseja la ingestión de bario. Sólo está indicada a pequeña dosis (una cucharada) en íleos con signos radiológicos escasos (Frimann-Dahl). Con contrastes hidrosolubles no existe peligro (Vest). El contraste queda retenido en el estómago durante muchas horas o es vomitado. Salvo estenosis pilórica, la única afección que provoca retención es la estrangulación completa del intestino o su equivalente, la trombosis mesentérica. El íleo funcional y la inhibición postoperatoria ('íleo paralítico postoperatorio') no provocan retención gástrica (Hoyer).

después con el enfermo en posición erecta o supina. Más radiografías se tomarán sólo si hay indicación especial.

En el hombre sin obstrucción, tanto antes como después de operado, el tiempo de pasaje estómago-ciego es de dos a cuatro horas. Por lo tanto la inhibición postoperatoria del tránsito gastrointestinal es muy relativa.

En cambio, en la oclusión intestinal con estrangulamiento hay retención gástrica prolongada del contraste, con ausencia de

pasaje al duodeno, o pasaje mínimo. En la oclusión mecánica simple, Davis y Epstein demostraron en 1956 que el contraste hidrosoluble se hace durante la primera hora llegando hasta el punto obstruido.

En nuestro medio se han efectuado en distintas clínicas estudios radiológicos con Hypaque en ocluidos. Los resultados serán presentados en este Congreso.

Capítulo II

DIAGNOSTICO

Debe ser temprano para reducir la mortalidad de la O. I. P. Su fundamento es clinicoradiológico.

Interesa especialmente la historia del enfermo con el antecedente de eventuales operaciones anteriores y el comienzo de la enfermedad que motivó la intervención reciente.

Establecer cuáles fueron los incidentes y dificultades experimentadas durante la operación y la técnica empleada. El cirujano que realizó la intervención podrá juzgar más correctamente el cuadro patológico. Recordará si al iniciar la operación realizó una exploración completa del abdomen; si había secuelas de operaciones anteriores, adherencias, bridas o lesiones coincidentes: diverticulitis, lesiones genitales femeninas, etc.

Desarrollo del postoperatorio inmediato; vómitos, o retención gástrica excesiva si el operado estaba intubado; dolor localizado o tipo cólico, su intensidad, ritmo y duración.

La curva térmica, la fecha de iniciación de la fiebre, su intensidad.

La curva de la leucocitosis, junto con la gráfica del pulso y de la presión arterial debe ser práctica de rutina.

La diuresis que disminuye y la hipocloruria (Larghero) indican la perturbación metabólica incipiente.

Con estos síntomas reunidos o alguno de ellos aislado, asociado o no a la distensión abdominal localizada o difusa, debe procederse de inmediato al estudio radiológico que si no es inmediatamente demostrativo, deberá ser seriado.

No debe esperarse el restablecimiento del tránsito intestinal, porque la constipación y la ausencia de flatos es la regla durante los dos o tres primeros días, como lo enseña la clínica diaria y los estudios radiológicos de Hoyer.

Una o varias emisiones de gases o de heces a veces sólo sirven para engañar cuando son la evacuación del contenido intestinal distal a la oclusión.

Otras veces el tránsito, ya restablecido, se interrumpe progresiva o bruscamente.

El íleo funcional, paralítico por peritonitis, puede instalarse progresivamente, pero a veces su comienzo es brusco al cuarto, quinto o sexto día, por dehiscencia de una sutura. El shock peritonítico es particularmente intenso cuando no se suministraron antibióticos o agentes quimioterápicos. Esta medicación puede atenuar mucho la sintomatología local y general.

El comienzo de una oclusión mecánica se caracteriza en general por la intensidad de los dolores, tipo calambre, discontinuos. Traducen el esfuerzo doloroso del intestino para vencer el obstáculo.

Cuando el dolor es muy intenso, insoportable, permanente y con refuerzos paroxísticos, sugiere la estrangulación. El dolor incontrolable es indicación de reintervención urgente.

Los vómitos que acompañan la estrangulación son particularmente intensos y persisten aunque el estómago está vacío. Vómitos repetidos realizados con gran esfuerzo ineficaz, deben sugerir oclusión con compromiso de la circulación.

El signo objetivo más llamativo es la distensión localizada, debida a un asa cerrada. Cuando el asa estrangulada constituye a su vez un obstáculo mecánico a la progresión del contenido intestinal, la distensión asimétrica se hará más amplia y simétrica.

En los grados avanzados, el íleo con estrangulamiento se asemeja cada vez más a la oclusión no estrangulante.

Ya vimos anteriormente la importancia de la auscultación del abdomen en el diagnóstico del íleo postoperatorio.

Pero aún en el íleo funcional o adinámico pueden oírse ruidos aislados, porque puede persistir cierto grado de motilidad intestinal en algunas zonas.

El íleo espasmódico es quizá de todas las formas, la más difícil de diagnosticar, tal es su parecido a la oclusión mecánica. El estudio radiológico contrastado seriado puede dar la clave en ciertos casos, mostrando un intestino libre al enema; cuando el íleo espasmódico se localiza en el colon, se le llama síndrome de Ogilvie. La modificación o desaparición de un "stop" después de la ingestión del contraste hidrosoluble debe alertar al radiólogo ante estos íleos "fantasmas". En caso de duda, debe operarse. El propio Wangenstein confiesa haber operado el mismo año dos enfermos con íleo espasmódico creyendo que tenían una oclusión mecánica.

La trombosis mesentérica y la embolia pueden sobrevenir en el postoperatorio planteando problemas diagnósticos muy difíciles. Su sintomatología poco característica se superpone al cuadro propio de la enfermedad postoperatoria. El antecedente de afecciones cardiovasculares y la edad avanzada deben desper-

tar la sospecha. si el operado se queja de plenitud y dolores abdominales a veces intensísimos y persistentes, coincidiendo con distensión abdominal. Otras veces los síntomas son poco intensos, predominando la distensión abdominal. Silencio abdominal si la lesión abarca un segmento extenso del intestino.

El shock se instala rápidamente. El cuadro se parece al íleo funcional con algunos matices propios del estrangulamiento.

Aunque la radiología a menudo no da una imagen característica, la retención de una sustancia radioopaca hidrosoluble en el estómago sugiere el estrangulamiento e indica la necesidad de una reintervención.

Capítulo III

TRATAMIENTO

El tratamiento de la O. I. P. debe contemplar los siguientes aspectos:

- a) La enfermedad causal que motivó la intervención, la edad y condiciones generales del enfermo.
- b) El operado está en plena enfermedad postoperatoria.
- c) Se ha complicado en un momento dado de O. I.
- d) Ha recibido quizá, medicamentos que modifican la marcha normal del postoperatorio (cortisona, etc.).

Fundamentalmente, el ocluido es un distendido intestinal. Esta es la diferencia esencial entre él y un operado común. Desde Wangensteen se ha centrado el tratamiento en el sentido de corregir esta situación, que es la que causa los demás trastornos.

Si la oclusión es funcional, por peritonitis debida a una dehiscencia u otra causa, el tratamiento deberá orientarse contra ella.

Si la oclusión es de causa mecánica, hay que eliminar el obstáculo, sea él simple, no estrangulante o estrangulante.

Al iniciarse el cuadro oclusivo, es en general imposible saber con seguridad de qué forma se trata. Lo aclara la radiología, el cuadro clínico general, el tipo de dolor, la auscultación abdominal. A veces recién la relaparotomía permite formar un juicio exacto de los hechos.

Las tres formas tienen un denominador común: la distensión. Ella debe combatirse en todos los casos, como medida inicial y fundamental.

El reconocimiento temprano de la forma de oclusión es de importancia capital, porque de la premura con que se ataque la causa del proceso, depende el éxito. Esto es particularmente cierto para la estrangulación.

Hecho el diagnóstico de íleo, que a menudo será más radiológico que clínico, porque la radiología permite ganar horas preciosas, el tratamiento se plantea en esta forma:

- 1º) Combatir la distensión.
- 2º) Tratar el shock si existe o es inminente.
- 3º) Atacar la causa inflamatoria o mecánica, reinterviniendo.
- 4º) Restablecer el equilibrio humoral.
- 5º) Combatir la infección y la intoxicación.
- 6º) Restablecer el tránsito intestinal.

Estas medidas no se toman en el orden enumerado sino, en lo posible, simultáneamente, tal es la premura de corregir cada una de las perturbaciones.

En realidad, los factores que intervienen están en mutua interdependencia, y al corregir uno, se actúa favorablemente sobre los demás.

El tiempo que se emplea en poner en marcha el tratamiento general del enfermo debe ser mínimo, como preparatorio de la reintervención. Pero estas medidas de reanimación levantando previamente el estado general y combatiendo un shock incipiente son de tal importancia, que por sí pueden decidir el futuro del enfermo.

La distensión, como causa inicial del desequilibrio humoral, será combatida por la intubación, si ésta no había sido puesta en práctica ya antes. A veces la intubación no funciona por no haber avanzado o porque no ha sido bien vigilada.

Existiendo shock se trata de inmediato con transfusiones de sangre, sueros y eventualmente correctores de la presión arterial.

El laboratorio colaborará con más eficacia si denuncia en este momento inicial el estado del equilibrio electrolítico, la hidratación, la proteinemia, una posible anemia.

Repetimos que la simple sospecha de un íleo postoperatorio impone el estudio radiológico, que debe reiterarse a cortos intervalos, si no es inmediatamente demostrativo.

1) ANESTESIA

La anestesia local es la menos agresiva y por tanto, si con ella se puede resolver el problema planteado por el enfermo, es

la mejor. En la Clínica de del Campo siempre se le da la preferencia para reintervenir enfermos graves y viejos. Es suficiente para abrir una herida y explorar debajo de ella la fosa subhepática o el espacio subfrénico; el epigastrio después de una gastrectomía; para evacuar un hematoma o dar salida a una colección localizada debida a la dehiscencia de una anastomosis o de un muñón. La colostomía de derivación se puede hacer con anestesia local.

No usamos la anestesia raquídea, que es hipotensora, a pesar del buen efecto que ella tiene sobre la motilidad intestinal. El ocluido es un enfermo propenso de entrar en colapso.

Cuando se inició una operación con anestesia local y se requiere más relajación muscular para explorar mejor el abdomen, se puede completar la local con una anestesia general superficial reforzada con una anestesia de base apropiada y relajantes musculares.

Si el caso requiere una exploración completa y maniobras complejas, o si hay distensión importante, lo mejor es la anestesia general con intubación traqueal.

Incisión operatoria.— Como la oclusión postoperatoria que consideramos es la temprana y no la tardía, es más cómodo entrar al abdomen reabriendo la incisión de la operación reciente. Tiene la ventaja de no sangrar y de conducir directamente sobre el foco patológico, que a veces asienta en la propia herida operatoria. Es en general debajo de ella donde se encuentra la zona de dehiscencia, el absceso o la brida. etc. Esta incisión operatoria reabierta se presta muy bien para el cierre en uno o dos planos con hilo de acero. Si se refuerza con algunos puntos a distancia apoyados sobre rollos de gasa o botones, la cicatriz será en general buena.

Yovanovitch con su gran experiencia, emplea sin embargo en 75 % de los casos una nueva incisión, amplia, que permite dominar toda la masa intestinal.

2) REPOSICION DE FLUIDOS Y ELECTROLITOS, DE PROTEINAS Y SANGRE

La reposicion hidroelectrolítica debe ajustarse en la O. I. P. a los mismos principios que en el tratamiento de los otros íleos. Como lo puntualiza muy bien Anglem, se tiende a subestimar el déficit real de líquidos debido a la imposibilidad de apreciar la magnitud de las pérdidas internas.

La balanza no acusa esta salida de líquidos del aparato circulatorio. Berry calcula que cuando la radiografía apenas denuncia la oclusión mecánica, antes de que aparezcan los vómitos, el dé-

ficit ya es de 1.000 a 1.500 c.c. El mismo autor afirma que cuando el pulso se acelera y la presión arterial baja es probable que haya una pérdida de 4.000 a 6.000 c.c.

Por esto es importante hacer sistemáticamente en todo operado aportes razonables de suero glucosado y clorurado isotónicos, que oscilarán de 1.500 a 2.500 c.c. Sirve de guía clínica el estado general del enfermo, la diuresis, el pulso y la presión arterial y el aspecto de la lengua.

El operado intubado es más fácil de vigilar, porque la medida del líquido aspirado es una guía valiosa para controlar el funcionamiento del tubo digestivo.

Pero la administración sistemática de líquidos por vía parenteral a dosis elevadas, puede entrañar un grave peligro para el recién operado.

El ocluido con distensión intestinal puede intensificar su distensión por el aporte excesivo de fluidos.

Si en el distendido antes de la descompresión eficaz nos hemos guiado por la diuresis y las otras excreciones para mantener su balance hídrico-electrolítico, esta pérdida del líquido que extraemos por aspiración o que el enfermo expulsa a veces en forma de diarrea líquida ya puede haber sido reemplazada antes por nuestros aportes. Restituyendo en este momento el volumen de fluido perdido por aspiración o por diarrea, es posible que el enfermo quede con un balance positivo que puede ser peligroso en viejos, cardíacos o hipertendidos.

Por lo tanto, la balanza, conjuntamente con otras medidas, nos informará de las necesidades reales del enfermo en este momento delicado.

En el viejo que ha sido sometido a una operación puede haber trastornos en la excreción renal de electrólitos. Este enfermo es el que puede hacer un íleo metabólico. Puede ser incapaz de retener el potasio y el cloro, a pesar de acusar niveles bajos en el suero. Cuando con aportes minerales apropiados, el cuadro del enfermo sugiere la posibilidad de un desarreglo de este tipo, se impone la medida de la excreción de cloruros y del potasio.

Las pérdidas de potasio son mayores en la aspiración de líquido ileal que en la gástrica y yeyunal (Randall).

Cuando la oclusión se prolonga asociada a distensión importante, las pérdidas de plasma pueden ser tan considerables que se reemplazo adquiere una importancia vital (Anglem).

En la estrangulación puede haber gran pérdida de sangre a la luz intestinal. Su restitución es de importancia fundamental para el éxito operatorio.

Crawford y Nemir opinan que hasta ahora el reemplazo de sangre y plasma ha sido muy inferior a las necesidades reales

de los estrangulados y sugieren la conveniencia de establecer el volumen circulatorio para calcular la real pérdida de sangre.

La infección y la toxemia en la O. I. P.— Todavía existen muchas discrepancias sobre el valor protector de los antibióticos en la oclusión con estrangulamiento.

Algunos opinan que la distensión cambia la flora intestinal, favoreciendo el desarrollo de los gérmenes gramnegativo, especialmente el coli y el clostridium Welchii.

En cuanto a los partidarios de la toxemia, que se han batido en retirada durante mucho tiempo, se mantienen firmes atribuyendo los efectos deletéreos no sólo a las toxinas microbianas, sino a productos provenientes de la autólisis de los tejidos y de las bacterias.

De todo esto se deduce que limitando la infección con antibióticos, simultáneamente se disminuye la producción de toxinas. Los antibióticos por vía intraperitoneal reducen la toxicidad del derrame.

En la antibioterapia es importante no sólo la elección del medicamento, sino también su comienzo temprano y a dosis apropiadas (Coletti y Cole, Cohn).

En nuestro país se ha usado principalmente la asociación de penicilina y estreptomina, aunque últimamente se tiene cada vez mayor prevención contra la primera por accidentes graves y fatales de intolerancia.

Barnett recomienda la kanamicina intraperitoneal porque piensa que el agente letal es el clostridium Welchii.

Laufman y Nora preconizan en un trabajo reciente el uso del cloramfenicol intravenoso.

En nuestras manos este producto ha sido eficaz en peritonitis, en oclusiones simples y en estrangulaciones.

En las estrangulaciones se admite por todos que los antibióticos son de gran utilidad para prolongar la viabilidad del intestino.

La heparina asociada a la administración de antibióticos, puede mantener la vitalidad del intestino cuando existe la posibilidad de estrangulación o de trombosis mesentérica. Esta terapéutica es particularmente útil si se instala de inmediato, antes de la reintervención (Wangensteen). Pero lógicamente esto no debe retardar la intervención.

3) INDICACIONES OPERATORIAS

Cuando en un operado se instala un íleo con estrangulación y aun ante la sola sospecha de esta temible complicación, se impone la reintervención.

Será inmediata, con la demora simplemente para combatir el shock y la distensión. Wangensteen, el gran propulsor de la intubación, pone él mismo en guardia contra la tendencia al uso indiscriminado y exclusivo de la aspiración cuando existe la posibilidad de estrangulamiento. "La dificultad de reconocer el estrangulamiento con certeza infalible es el tendón de Aquiles del tratamiento conservador de la obstrucción intestinal aguda."

Afortunadamente, existe hoy un recurso diagnóstico que permite aclarar este punto, si no en todos los casos, en la mayoría de ellos, en el plazo de una a dos horas. El estudio del tránsito gastrointestinal de una sustancia radioopaca hidrosoluble, el diatrizoato de sodio (Hypaque). En caso de oclusión intestinal con estrangulamiento hay retención gástrica o pasaje mínimo del medio de contraste al duodeno y yeyuno. Lo mismo sucede en la trombosis de los vasos mesentéricos. Si el estrangulamiento es incipiente e incompleto, el contraste avanza hasta el obstáculo. Cuando la oclusión es simple, sin compromiso de la circulación mesentéricointestinal, el contraste progresa hasta el punto de la oclusión (Vest). Es imprescindible que para este estudio el paciente permanezca durante treinta minutos en decúbito lateral derecho.

También es quirúrgica la oclusión mecánica simple, es decir, la oclusión mecánica sin compromiso de la circulación.

Lo mismo debe procederse a la intervención inmediata, si la clínica y la radiología sugieren que la distensión local o generalizada, imposible de dominar por la aspiración descompresiva, hace peligrar la circulación intestinal.

Lo fundamental es suprimir el peligro del esfacelo del intestino que lleva a la peritonitis y obliga a practicar resecciones. La intubación, por sí sola, no ofrece garantía de eficacia y si bien no debe omitirse, tampoco debe pedírsele más de lo que puede dar. Sólo la intervención, permitiendo comprobar "de visu" las lesiones existentes, habilita para corregirlas.

La descompresión preoperatoria es una gran conquista en el ileo no estrangulante, siempre que sea eficaz. Si se comprueba que la sonda drena gas y líquido abundantemente y que progresa bien, y el control radiológico muestra que la distensión disminuye, es prudente esperar que de este modo se torne menos peligrosa la reintervención.

Este temperamento expectante de la descompresión preoperatoria eficaz, lo defiende Noer para los casos de obstrucción mecánica sin evidencia de estrangulamiento, pero con distensión importante. No reemplaza la operación, sino que la pospone simplemente para operar en mejores condiciones anatómicas y fisiológicas. Es una medida más para levantar el estado del enfermo, al que se le equilibra al mismo tiempo el balance hidroelectro-

lítico. Se puede practicar entonces la operación de elección, en un enfermo en mejores condiciones de resistencia. La mortalidad operatoria es muy inferior siguiendo estas directrices (Noer).

El peligro de la demora en tomar una decisión queda expuesto en el aumento de la mortalidad, con las horas transcurridas desde el comienzo de la oclusión. Reifferscheid, en un grupo de 415 casos anota 0 % de mortalidad si se opera antes de las 12 horas, 6,1 % hasta las 24 horas, 10,6 % hasta las 48 horas, 17 % hasta las 72 horas, etc.

Por esto desaconseja en estos casos la intubación con sondas largas, prefiriendo la sonda gástrica que no hace perder ni un minuto de tiempo. En efecto, en 397 casos de estrangulación operados de inmediato ya había en 117 casos lesión gangrenosa.

Con el diagnóstico de estrangulación, se procede a la inmediata relaparotomía. Antibióticos por vía parenteral; vitaminas; eventualmente hidrocortisona 50 mg. intravenosos. La finalidad es llegar a tiempo para liberar el intestino estrangulado sin necesidad de resear.

Cuando se trata de una oclusión mecánica simple, la urgencia de la reintervención es la misma; lo prueba el alto porcentaje de gangrena y perforación con peritonitis. Mal terreno para efectuar una resección. En caso de oclusión ileal baja o colónica gangrenada, es mejor solucionar con la exteriorización.

Los íleos funcionales (paralítico y espasmódico) en principio deben ser tratados por aspiración, que corrige la distensión, y por medios médicos asociados. La intervención quirúrgica sólo está indicada cuando es imposible vencer la distensión (Welch, Uriburu).

En el íleo mixto, es decir el mecánico por peritonitis plástica, como se presenta en el postoperatorio temprano, se intenta el tratamiento por la intubación. Si se consigue vencer la distensión, el tratamiento antibiótico y médico general liquida casi siempre el proceso (Uriburu, Rey).

Pero el tratamiento conservador se realiza condicionado a su éxito. Si se acentúa la mejoría, la intubación prolongada hasta que la realimentación sea posible con la sonda puesta, habrá tenido éxito. Las adherencias se han consolidado o reabsorbido sin interferir con el tránsito intestinal.

En cambio, si el cuadro no cede y la radiología muestra que persisten trastornos irreversibles, debe considerarse la reintervención. Welch, Anglem, Piquinela, Uriburu, Chesterman, son categóricos en este sentido: se deben eliminar quirúrgicamente todas las adherencias, aspirar colecciones residuales, enderezar asas dislocadas y facilitar su consolidación o reaglutinación en posición anatómica, ya sea por la permanencia del tubo en el íleon o por una operación de Noble.

En resumen, indicación de reoperación en el estrangulamiento y en la oclusión mecánica simple; tratamiento médico para los íleos funcionales, excepcionalmente quirúrgico cuando no se puede descomprimir por aspiración; tratamiento médico de prueba bajo control clínico y radiológico para el íleo mixto por peritonitis plástica del postoperatorio temprano; si no mejora, reoperar.

4) TRATAMIENTO DE LA DISTENSION

El ideal, para suprimir la distensión del intestino, es colocar un tubo en su interior y aspirar el contenido. Si se obtiene esto mediante una sonda larga introducida por vía nasogástrica, es indudablemente la mejor solución.

Reconociendo su valor, aun a título profiláctico, es que se practica la intubación preoperatoria. Es una buena práctica que contribuye al confort del operado. Del mismo modo se puede, en caso necesario, efectuar la intubación postoperatoria. La mejor evacuación se obtiene con las sondas largas que llegan hasta la vecindad del sitio obstruido. Su inconveniente es que a veces la sonda no franquea el píloro. Pero también las sondas más cortas que vacían el estómago y duodeno son útiles, en caso de urgencia, con la ventaja de ser de colocación fácil y rápida sin fatigar al enfermo. Se ha intentado subsanar el inconveniente de no poder franquear el píloro empleando sondas con mandril, el que permite orientar desde afuera la punta de la sonda hacia el duodeno.

Si no se logra evacuar el intestino por el sondeo, antes de la operación, se hará en el momento de la operación, que no debe ser postergada. Desde luego, el estómago siempre debe y puede ser evacuado preoperatoriamente con una sonda corta, o con una larga que durante el acto operatorio la hará progresar el cirujano manualmente a través del duodeno. Personalmente, en un caso difícil, no nos fue posible hacer bajar la sonda de Kantor; chocaba con las curvas del duodeno y retrocedía.

En ciertas formas de peritonitis plásticas, que en general configuran íleos mixtos (von Haberer) la intubación puede descomprimir el intestino y curar al enfermo. Uriburu aconseja para el tratamiento de la oclusión mecánica por peritonitis plástica, en su forma postoperatoria temprana entre segunda y tercera semana, la intubación exclusiva. Esta forma no debe confundirse con la oclusión postoperatoria inmediata (de las primeras horas o primeros días) que también beneficia de la intubación. En la forma "temprana" las adherencias acodan el intestino; si aparece la distensión estas acodaduras obstruyen

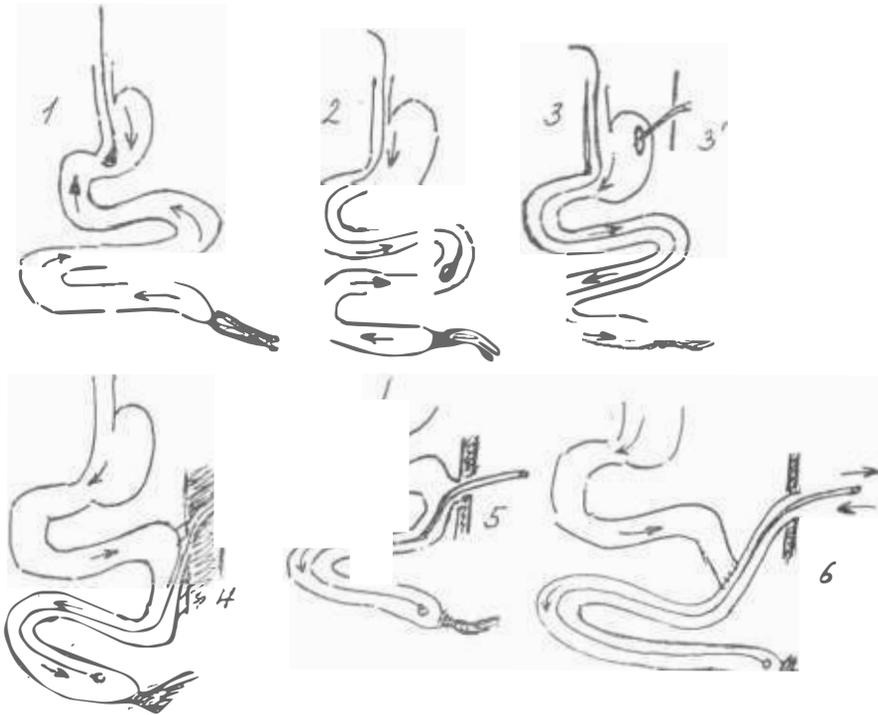


Fig. 9.— Distintos dispositivos para realizar la aspiración gástrica e intestinal. 1 y 2, sondas cortas para aspiración gástrica y duodenal (Wangensteen, Devine); la sonda duodenal (2) es mucho más eficaz para el tratamiento de la distensión intestinal, porque el reflujo del líquido no necesita vencer la resistencia pilórica (Noer). 3, las sondas largas con halón (Miller-Abbott, Kantor) progresan hasta el obstáculo y facilitan la descompresión completa del intestino. Suprimida la distensión, el intestino recupera su motilidad y capacidad de absorción. 3', la introducción de la sonda por gastrostomía (Rodney Smith) suprime los inconvenientes de la vía nasal. 4, la sonda introducida en el yeyuno a la Witzel permite mantenerla colocada durante semanas y cambiarla para su limpieza. Retirando la sonda, se cierra la fístula espontáneamente. 5, variante de Straehly. 6, yeyunostomía según Maydl, que facilita el reflujo espontáneo del contenido intestinal si hay oclusión y que por su peristaltismo descendente es continente en cuanto se suprime la distensión yeyunoileal, permitiendo la realimentación.

totalmente el intestino. La descompresión hace desaparecer este dispositivo valvular y el tránsito puede restablecerse sin necesidad de operar. La liberación quirúrgica de estas adherencias plásticas casi siempre es seguida de reaglutinación. Para evitar nuevos cuadros oclusivos, sería en tal caso necesario terminar la operación por una sutura de Noble.

Funcionando bien la sonda descompresiva llevada hasta la parte baja del íleon, desaparece la distensión y las adherencias pueden organizarse en una disposición favorable. Para tal fin la sonda debe permanecer un tiempo suficientemente largo en el intestino, aunque éste ya haya recuperado su función normal.

Para otras formas de íleo esta manera de proceder puede ser peligrosa. En efecto, las formas mecánicas, especialmente las que implican un compromiso circulatorio del segmento afectado, o aún un “estrangulamiento potencial”, como lo es la distensión cuando se hace excesiva y persistente, no admiten demoras.

Las lesiones tienen una tendencia nefasta hacia la irreversibilidad. La intubación desde afuera no ofrece seguridad de eficacia, porque la sonda puede no llegar al segmento distendido.

En la mayoría de los casos, aun con el auxilio radiológico, el diagnóstico no es suficientemente firme como para descartar con seguridad que la oclusión, por una u otra causa, no compromete la vitalidad del intestino. Entonces la intubación descompresiva externa, nasogástrica, pasa a un segundo plano y se impone la intervención para establecer exactamente el estado de cosas.

Aquí se apela también a la descompresión, pero a la directa, peroperatoria. Tiene un valor muy grande porque permite alejar inmediatamente el peligro de la isquemia, permite explorar bien todo el abdomen y manejar libremente un intestino que recuperó sus dimensiones normales.

Para evitar incindir el intestino en oclusión y sin embargo aprovechar las ventajas de la intubación con sondas largas, se ha propuesto la gastrostomía a través de la que se introduce la sonda (Rodney Smith). Una gastrostomía alta no estorba la función gástrica y la sonda, recorriendo el duodeno y yeyuno, puede ser llevada hasta el sitio deseado. Tiene todas las ventajas de la vía nasogástrica, sin sus inconvenientes.

La sonda puede ser introducida aún más abajo, al nivel del yeyuno (Devine); cuando la oclusión es ileal baja o íleocecal, el yeyuno alto está en condiciones anatómicas prácticamente normales y es apto para una yeyunostomía a la Witzel. Por la yeyunostomía puede introducirse una sonda larga multifenestrada que llegue hasta el íleon. Si se fija la zona de la yeyunostomía sólidamente a la pared abdominal, suturando el yeyuno al peritoneo parietal, se obtiene por vía transrectal supraumbilical izquierda un stoma continente y fijo que incluso permite el cambio de sondas. Con este procedimiento mantuvimos una enferma con oclusión íleoecólica total postoperatoria por carcinomatosis peritoneal en condiciones aceptables durante 44 días. La sonda larga penetraba 1m.50 en el yeyuno y por sus múltiples orificios

recibía parte de su contenido y lo conducía al exterior. De este modo se puede descomprimir el intestino delgado y aún alimentar al enfermo por vía oral. Cuando el tubo ya no hace falta se le retira, y el canal de Witzel se cierra espontáneamente.

Straehli Jr. y colaboradores resuelven el problema de la descompresión con un procedimiento combinado operatorio y postoperatorio. Durante la operación se introduce en el yeyuno alto una sonda larga para descomprimir la zona distendida. Terminado el tiempo intestinal de la operación se ajusta con una jareta el peritoneo yeyunal alrededor de la sonda y se exterioriza ésta por contraabertura abdominal. Sutura del peritoneo yeyunal al peritoneo parietal. La sonda permanece en toda su longitud en el yeyunoíleon mientras sea necesario.

Cuando durante la reintervención por oclusión nos encontramos con gran distensión que compromete la vitalidad del intestino y dificulta las maniobras de exploración, el recurso más rápido y eficaz es la enterotomía aspirativa con sondas gruesas. Hay diversas técnicas más o menos asépticas. Lo importante es manejar el intestino con extremo cuidado y proteger el peritoneo con compresas.

Larghero, a principios de este año, afirmaba que la descompresión directa con el tubo de Pool es una de las grandes realizaciones de "salvataje" en cirugía abdominal. Preconizaba una enterotomía especial que elimina el peligro de fallas de la sutura y de estenosis. Como las lesiones isquémicas son máximas en el borde antimesentérico, debe practicarse la enterotomía junto a la implantación mesentérica, mejor irrigada. La incisión perpendicular al eje intestinal rodeada de una jareta no debe ser mayor de 12 mm. y la de la mucosa sólo suficiente para dejar introducir el tubo de Pool. Aspiración en sentido ascendente y descendente, hasta vaciar el intestino completamente.

Larghero prefería para el cierre una sutura seromuscular de puntos separados sin comprender la mucosa, cubierta por una seromuscular invaginante. La "intubación a remolque" postoperatoria con sonda de Kantor sin bolsa de mercurio, sólo la hacía en caso necesario. Esta técnica difiere de la preconizada por Wangenstein en la ubicación más ventajosa de la enterotomía.

Reifferscheid, para evitar el peligro de abrir el intestino distendido, preconiza la enterotomía por debajo del sitio de la oclusión en intestino sano. Desde allí hace progresar la cánula de aspiración hacia arriba hasta evacuar totalmente el contenido intestinal.

La vigilancia postoperatoria del intestino con el fin de evitar nuevas distensiones, se puede efectuar con sonda larga a

través del asa desfuncionalizada de una yeyunostomía en Y abocada a la piel (Maydl). Ventajas: carece de los inconvenientes de la intubación nasogástrica y regula automáticamente la presión intraintestinal; permite la alimentación temprana por vía natural. En nuestro medio García Capurro ha tenido muy buen éxito con este procedimiento.

Intubación postoperatoria.— Creemos muy atinado el consejo de Uriburu de que la intubación debe ser empleada en todos los postoperatorios de intervenciones efectuadas para tratar el íleo mecánico. Es una garantía contra la reinstalación de la oclusión. Se dejará colocada hasta que el intestino haya recuperado su peristaltismo y absorción normales.

Como todo método que significa una gran conquista, su empleo indiscriminado ha motivado fracasos. La intubación tiene por finalidad hacer desaparecer la distensión y eso sólo si el tubo llega hasta donde debe llegar; no elimina la causa de la distensión.

En las oclusiones mecánicas es un auxiliar de la cirugía. La intervención quirúrgica debe eliminar el obstáculo mecánico, debe enderezar torsiones y vólvulos, desinvaginar invaginaciones, extraer asas encarceladas, etc.

En lo que se refiere al íleo paralítico, se han hecho estudios serios para establecer si la aspiración postoperatoria de líquido y gas sirve para algo.

Gerber y col. estudiaron el postoperatorio de mil íleos paralíticos tratados sin aspiración gastrointestinal. Comprenden todos los tipos de cirugía gástrica, colónica y de vías biliares; heridas de bala, de arma blanca y contusiones de abdomen; peritonitis por perforación gástrica, apendicitis y pancreatitis agudas, etc.

Partiendo de la base que el adulto normal segrega diariamente 8.000 c.c. de líquido al tubo digestivo en forma de saliva, jugo gástrico, bilis, jugo pancreático e intestinal se estima que en el operado la cantidad es aproximadamente igual. Si hay distensión, el volumen puede ser mayor (Landor).

En el íleo paralítico se aspiran promedio 500-1.000 c.c. de líquido diarios que se reponen por sueros.

Gerber y col. se preguntan qué es lo que pasa con los 7.000 c.c. restantes. Se ha demostrado que todas o casi todas las secreciones intestinales son reabsorbidas. Concluyen que entonces el tubo digestivo deberá ser capaz de reabsorber también la fracción de líquido sustraída por aspiración.

En cuanto al tránsito gaseoso se sabe desde Wangenstein que el 70 % de los gases intestinales son aire deglutido. El ope-

rado, salvo que sea un aerófago, sólo traga aire con los líquidos que ingiere. Alvarez demostró que los que están a dieta absoluta no tragan aire.

Los estudios efectuados por el equipo de Gerber demostraron que los pacientes con íleo paralítico no intubados, pero que están a dieta absoluta, recuperan el peristaltismo normal tan rápido como los intubados. Además necesitan menos cuidados de enfermería porque es más fácil mantener su equilibrio hidroelectrolítico. Los enfermos no intubados pasarían más confortablemente y harían menos complicaciones postoperatorias y la mortalidad era del 7,6 % contra 12 % de los testigos, en la serie por ellos estudiada.

Hacemos esta referencia algo extensa para advertir contra lo que se ha dado en llamar abuso de la intubación.

Con todo, estamos de acuerdo con el criterio de la mayoría de los cirujanos de este país que prefieren intubar cuando los operados vomitan y en cuanto se instala cierto grado de parálisis. Porque salvo un control radiológico muy estricto y molesto él también, no se puede saber cómo evolucionará una oclusión incipiente. Además una sonda colocada a tiempo, no ocasionará demoras cuando se hace realmente necesaria.

Descompresión por inhalación de oxígeno.—Troell estudió las posibilidades de la aplicación de la oxigenoterapia, para el tratamiento del íleo, método elaborado por Fine o otros en 1935. Está basado en el principio que de acuerdo con sus presiones parciales, los gases pasan en el organismo de una presión elevada a otra más baja.

Reduciendo la presión parcial del nitrógeno en el aire alveolar haciendo respirar oxígeno puro, habrá un aumento de la difusión de los gases intestinales, que están constituidos principalmente por nitrógeno. Con esto se consigue disminuir la distensión intestinal. El inconveniente del método de Fine radica en el riesgo de la intoxicación por oxígeno, porque para que sea eficaz en el tratamiento del íleo, debe suministrarse oxígeno a 95 % durante ocho a treinta horas. El oxígeno puro tiene además un efecto nocivo sobre el tono intestinal, inhibiendo progresivamente la motilidad.

Por estos inconvenientes, este método, instituido aún con carpa de oxígeno, es poco eficaz, y aplicado rigurosamente puede ser peligroso.

5) EXPLORACION DEL ABDOMEN ABIERTO

En la reintervención por O. I. P. sabrá orientarse mejor el cirujano que efectuó la operación que causó esta complicación.

Solo él recuerda los detalles y dificultades que tuvo que afrontar y cómo quedaron las cosas después de la primera intervención.

La calidad del líquido peritoneal que sale por la herida, sanguinolento, bilioso o purulento, orientará de inmediato hacia la posible causa: estrangulación, dehiscencia o peritonitis. La distensión de las asas, su color, el edema, su disposición; la localización o difusión indicarán a veces ya de entrada cuál fue el mecanismo que provocó la oclusión: vólvulo, invaginación, brida, peritonitis.

Pero en general lo único que asoma en la incisión es el intestino muy distendido, cuyo empuje sólo se puede contrarrestar cubriéndolo con una compresa desplegada. Este es el momento crítico de la intervención: hay que orientarse; hay que suprimir la distensión aspirando el contenido intestinal evitando maniobras bruscas y traumatizantes que provocan el colapso de estos enfermos.

Cuando la distensión es importante y generalizada, y el enfermo tiene colocado un tubo de aspiración largo, se busca su extremo inferior y mientras desde afuera se aspira, el cirujano lo hace avanzar. Así se va vaciando el intestino de arriba abajo y finalmente, al llegar el tubo al obstáculo, el intestino de tamaño normal es fácil de manipular.

En caso de estar intubado el enfermo con sonda corta, es menester aspirar el contenido del intestino a través de una enterotomía, en la forma que se expuso en el capítulo correspondiente.

Después que el intestino ha sido evacuado por uno de los procedimientos citados, se investiga el sitio y la causa de la oclusión y se trata convenientemente. En un recién operado hay gran probabilidad que la causa esté en la vecindad inmediata de la intervención: apéndice, estómago, sitio de la enteroanastomosis, etc.

Si la causa no se pone de manifiesto inmediatamente, se busca siguiendo el intestino vacío infralesional explorándolo en dirección oral.

El problema de las adherencias.—Salvo que la oclusión sea debida a adherencias antiguas de operaciones lejanas (de “tercera causa” de Henne) el obstáculo creado está formado en general por adherencias recientes en vías de organización. Son placas de fibrina o hematomas mal evacuados, aglutinación de asas traumatizadas, el epiplón adherido en su extremo, que hace de rienda. Adherencias recientes, laxas, que se desprenden a dedo. La desaglutinación quirúrgica no pone a cubierto de una reaglutinación más o menos inmediata. Se debe a Noble la no-

ción de que el intestino bien orientado funciona perfectamente si las asas conservan un ordenamiento regular, aunque estén fijadas entre sí por adherencias.

Noble lo obtiene por sutura externa. Satinsky y Kron y otros, mediante un tutor interno en forma de un tubo de goma largo que mantiene las asas en posición hasta que se hayan fijado entre sí.

Wangensteen, aunque es partidario de hacer lo menos posible en las oclusiones, cree que en ciertos casos lo mejor es reseca un ovillo de asas y restablecer la continuidad de inmediato con intestino libre. Otras veces las circunstancias obligan a excluir de la circulación un grupo de asas adheridas irregularmente, rodeándolas mediante una enteroanastomosis de exclusión.

Las adherencias antiguas, organizadas, se seccionan, se ligan cuando sangran y su superficie de implantación se peritoniza practicando su hundimiento.

Las medidas profilácticas para evitar adherencias serán descritas en capítulo aparte.

El vólculo.— Si la reoperación ha sido temprana y el vólculo no ha causado gangrena y perforación, la simple rotación del asa volvulada restablece la normalidad.

Puede ser de delgado sólo, de delgado y ciego, o de colon sólo (sigmoide, transverso). Para evitar la recidiva conviene fijar el asa volvulada en buena posición mediante puntos de fijación al peritoneo parietal posterior. Para el ciego se puede labrar un estuche extraperitoneal en la gotiera parietocólica derecha, colocarlo adentro y fijarlo con una sutura del borde peritoneal a la bandeleta anterior.

El intestino delgado se volvula con relativa frecuencia en el postoperatorio inmediato. Un asa delgada es fijada por una adherencia o por haber penetrado en un orificio peritoneal mal cerrado y el dispeptismo del postoperatorio origina el vólculo. Hay que destorcer el vólculo y despegar el asa fijada, peritonizando luego su sector desperitonizado. Coletti et al. encontraron que sus 12 casos de vólculo del intestino delgado eran debidos a adherencias. También sucedía esto en 11 de 13 casos publicados por Nemir.

En la extensa lista de 101 casos de oclusiones postoperatorias del intestino delgado de Lulensky, 25 eran por vólculo.

Si hay dudas respecto a la vitalidad del segmento volvulado, sólo hay dos soluciones: reseca el asa o exteriorizarlo.

Hernias internas.— Cuando la oclusión postoperatoria se debe a la encarcelación de un asa en una fosita peritoneal congénita o en una brecha peritoneal por sutura imperfecta, es con-

veniente agrandar primero la brecha para poder reintegrar más fácilmente el intestino. Según las condiciones anatómicas puede haber muy pronto lesiones intestinales y/o de los mesos arras-trados que desembocan finalmente en una peritonitis.

6) RESECCION Y EXTERIORIZACION

La decisión de mayor responsabilidad, durante la operacion de una O. I. P. es el juicio sobre la viabilidad o la no viabilidad del intestino ya sea ocasionada por el mecanismo del estrangulamiento o por su equivalente potencial, la distensión prolongada.

En esta apreciación hay que considerar muchos factores, especialmente el del estado general del paciente, su edad, su estado nutritivo (proteinemia, anemia), enfermedades asociadas (diabetes, vasculopatías) y la enfermedad que motivó la operación anterior (cáncer, etc.).

La viabilidad del intestino se reconoce por el aspecto brillante del peritoneo, el color, el pulso en las arterias del borde mesentérico y la temperatura de la pared intestinal; la contracción del intestino a excitantes como suero fisiológico caliente, el contacto, la inyección de Prostigmin, etc. Según Wangenstein el signo más seguro es el color, luego le sigue la contractilidad a excitantes mecánicos y las pulsaciones de los vasos mesentéricos donde abordan el intestino. El edema mesentérico es de mal pronóstico. El color rosado de la pared intestinal debe tornarse blanco durante la contracción intestinal, lo que descarta la trombosis de los capilares.

El segmento intestinal desvitalizado, en peligro de necrosis, sólo admite dos soluciones: la resección o la exteriorización; esta última es una solución de necesidad. Las anastomosis de exclusión son peligrosas. El cortocircuito no elimina la posibilidad de una perforación, ni la intoxicación resultante de tejidos gangrenados. En cambio puede ser un complemento útil de la exteriorización.

Las estrangulaciones yeyunales altas deben researse. Se procederá radicalmente extirpando todo el intestino de vitalidad dudosa junto con su meso que a menudo tiene lesiones vasculares (del Campo). Hemos tenido personalmente buenos resultados con resecciones ileales amplias. En un caso de vólvulo yeyunoileal con gangrena por brida postoperatoria antigua, la resección del 75 % del intestino curó la enferma no sólo "quad vitam", sino también desde el punto de vista digestivo y nutritivo. El edema intestinal es causa frecuente de dehiscencia.

Para el ciego y colon muy distendidos (asa cerrada) con sospecha de esfacelo, la exteriorización es la solución menos riesgosa.

La anastomosis primaria del colon en oclusión está gravada de gran mortalidad (Atik y col.). Las oclusiones del colon izquierdo en asa cerrada con pared viable, se tratarán por colostomía transversa. Las del colon derecho, por cecostomía.

El pronóstico de la O. I. P. se agrava verticalmente si hay gangrena: mortalidad sin gangrena 6,6 %; con gangrena 37,9 % (Reifferscheid).

El epiplón en la O. I. P.—El gran epiplón participa casi siempre en la patología de la O. I. P. a menudo en forma directa, como agente causante de un vólvulo hecho alrededor de él por su fijez a la pared abdominal, o a un órgano abdominal o pelviano. El epiplón con lesiones crónicas o agudas, especialmente en multioperados, tiene singular tendencia a reaglutinarse, constituyéndose en un agente potencial de nuevas oclusiones. Entre nosotros, Piquinela aconseja la extirpación parcial o total del epiplón mayor patológico, cuando se realiza la operación de Noble.

Cuando durante la intervención por O. I. P. el epiplón presenta lesiones de torsión o estrangulación por compresión en un orificio que comprometen su vitalidad, se impone su extirpación.

7) OPERACION DE NOBLE

La operación de Noble está indicada en las siguientes formas de O. I. P.:

- 1) En procesos inflamatorios en los que siempre existe cierto grado de oclusión, en general el íleo mixto.
 - a) Peritonitis agudas. Fue la indicación inicial de Noble para enfermos particularmente expuestos a la formación de adherencias (peritonitis por heridas de bala, abscesos abdominales, peritonitis por perforación). En 1959 informó sobre 300 casos operados en plena peritonitis. Mortalidad 4 %. Otros cirujanos no obtuvieron resultados tan buenos, inmediatos ni tardíos (Blondin, Thomeret y Dubost).
 - b) Peritonitis crónica (p. tuberculosa, p. encapsulante). Blondin tuvo un caso con buen resultado. Se publicaron otros 10 casos con una muerte.

2) En distintas formas de O. I. P.

- a) O. I. P. después de apendicectomías, histerec-
tomías, colectomías, resecciones gástricas.
Estas oclusiones han sido consideradas por
algunos como indicaciones para efectuar
la operación de Noble. Seabrook y Wil-
son la realizaron quince veces con dos
muertes y un fracaso. Blondin tuvo una
muerte en 11 casos.
- b) En el íleo recidivante postoperatorio por ad-
herencias se aplicó la operación de Noble
con mayor frecuencia y mejores resulta-
dos. Boyden la efectuó en 21 casos, de
los que 20 ya habían sido operados por
oclusión. Blondin operó 59 oclusiones
agudas o subagudas por esta causa, con
buen resultado. Noble tiene 96 % de cu-
raciones para sus casos operados por íleo
recidivante debido a adherencias.
- c) En las suboclusiones recidivantes. Blondin re-
unió 39 casos con dos muertes y dos fra-
casos, es decir, casi 90 % de éxitos.

En pacientes en los que al final de una operación quedan amplias superficies de delgado desprovistas de peritoneo, la operación de Noble puede ser utilizada preventivamente (Piquinela). Esto es muy sensato en lesiones extensas que abarcan segmentos múltiples y separados del intestino. Cuando las lesiones no están muy diseminadas, preferimos la enterectomía con anastomosis términoterminal. Se ha asociado alguna vez con éxito la enterectomía y el plegamiento.

Piquinela, cuya vasta experiencia en el Noble ha sido documentada en numerosos trabajos, hace una distinción que considera fundamental: casos operados en oclusión aguda y casos operados en frío, cuando el episodio agudo ha sido yugulado por el tratamiento conservador. Previene contra el peligro de hacer puntos perforantes o al contrario, muy superficiales en la operación en agudo, aunque se haya dominado la distensión por enterostomía y aspiración peroperatoria. La oclusión distiende, edematiza y torna más friable la pared intestinal. Este autor cree que la morbilidad postoperatoria en agudo es mayor que en frío. Sin embargo, los hechos le forzaron la mano para realizarla en dos personas de 82 y 83 años operadas en oclusión por eventración estrangulada. En la primera, debida a peritonitis plástica del contenido reducido, plegadura parcial; en la otra,

resección segmentaria por lesión por brida estenosante, liberación y plegado parcial. La intubación preoperatoria fue mantenida hasta el restablecimiento del tránsito intestinal. Evolución excelente en ambas.

Los resultados obtenidos en nuestro medio por Piquinela son excelentes. Hace dos años llevaba practicados 16 plegados totales, 6 de ellos de más de cinco años, todos sin accidentes y 47 plegados parciales. De estos últimos tuvo que reintervenir dos por nuevos accidentes obstructivos, que curaron después de completar el plegado.

8) PROFILAXIS DEL ILEO MECANICO Y FUNCIONAL

La buena técnica operatoria, en el más amplio sentido de la palabra, sigue siendo la mejor profilaxis de la O. I. P. Maniobras suaves, protección del peritoneo que debe ser cubierto con compresas húmedas tibias, para evitar su enfriamiento y desecación; operar en lo posible con la mayor parte del intestino dentro de la cavidad peritoneal. Muñones de ligaduras vasculares pequeños, cierre meticuloso de brechas en los mesos y en el epiplón. Peritonización de las superficies deperitonizadas después de resecciones colónicas, rectales y de los órganos pelvianos. Evitar la siembra intraperitoneal de talco, de sulfamidados y de ciertos antibióticos. Vigilar la hemostasis al máximo, especialmente de las hemorragias en napa que dan hematomas importantes, usando la electrocoagulación, el cromadrenal, los hemostáticos locales y las vitaminas C y K.

Practicar cirugía aséptica, que empieza con el lavado meticuloso de las manos, el uso de guantes de goma nuevos y un manejo inobjetable del tubo intestinal, especialmente al manipular el intestino delgado bajo y el colon y recto en las ectomías y anastomosis. Hemos insistido en la importancia de la preparación por medios físicos y antibióticos del tubo digestivo, en especial del colon.

El lavado de la zona operatoria con suero tibio es una excelente práctica al terminar el tiempo visceral, seguida de aspiración del líquido colectado en los puntos declives.

Un tubo de drenaje de control, dejado 24 horas en punto declive o en una zona de despegamiento extraperitoneal, es una buena práctica para evitar retenciones de serosidad y sangre. La aspiración continua, conectada al tubo de avenamiento, puede rendir servicios útiles. Con esta práctica se promueve la reabsorción de líquidos colectados, una mayor rapidez de fijación de láminas peritoneales despegadas, cicatrización más rápida, inhibición intestinal postoperatoria más breve y por consiguiente

menos probabilidades de formación de adherencias. Ciertos antibióticos aplicados directamente en el peritoneo han causado adherencias en la experimentación animal. En cambio resultaron totalmente inocuos la penicilina, estreptomycin, terramicina, kanamicina y la neomicina (Köhnlein y Weller).

Intubación profiláctica.— Su finalidad después de resecciones o anastomosis es doble: por una parte al prevenir la distensión, facilita el más amplio aporte sanguíneo a la zona operatoria; por otra parte protege las suturas contra la dehiscencia por hipertensión. Esta práctica no impide la alimentación oral del operado; al contrario, permite efectuarla más temprano y sin riesgo, porque lo que el tubo digestivo no absorbe, es eliminado automáticamente por la sonda. La ingestión de agua en cantidades moderadas en el postoperatorio inmediato es un gran estímulo para el paciente. La intubación descomprime, pero no desfuncionaliza (Kantor).

9) CAUSAS DE MUERTE

El exitus en la O. I. P. se debe al shock agudo, a estados hipoproteinémicos, al desequilibrio hidromineral irreversible, la anemia, al íleo irreversible, a la falla circulatoria por desmineralización, a embolias y neumopatías agudas. Según muchos autores la toxemia tendría menos importancia porque la distensión dificulta la reabsorción intestinal.

Mortalidad de la serie de Colombo de 101 casos de íleo secundario del postoperatorio inmediato y tardío, operados en general demasiado tarde, por diagnóstico tardío, 45,5 % en el Hospital de Loeben, Austria (1963).

De la observación atenta de las estadísticas se saca la conclusión que la única forma de mejorar el pronóstico de la O. I. P. es operar más temprano.

Colombo acota que en general había transcurrido en su serie de oclusiones del postoperatorio inmediato y tardío, un plazo de uno a tres días entre la aparición de los primeros síntomas de íleo y la reintervención.

La mortalidad en la serie de Yovanovitch (1961), era, según fecha de la aparición de la oclusión:

Inmediatas (1º al 5º día)	61 %
Precozes (5º al 10º día)	20 %
Retardadas (10º al 20º día)	16 %

Según el tipo de operación practicada; la mortalidad no depende sólo de la operación sino de todo el cuadro patológico:

Anastomosis interna, mortalidad	66 %
Ileostomía	42 %
Intervención directa: desaglutinación y Noble	15 %
Supresión del obstáculo	18 %
Supresión del obstáculo y Noble	16 %

Para mejorar las estadísticas, es menester diagnosticar la O. I. P. más rápidamente y operar de urgencia, con las salvedades que hicimos en el capítulo correspondiente.

SEGUNDA PARTE

LA O. I. P. EN RELACION CON LA OPERACION REALIZADA

1) CIRUGIA GASTRODUODENAL

Gastrectomía parcial

Trataremos aquí solamente de oclusiones verdaderas del postoperatorio y dejamos de lado los disturbios de origen dinámico, del tipo de la disquinesia duodenal (Albot) y de ciertos síndromes de "dumping" que no son del postoperatorio inmediato, y porque su tratamiento es médico.

Los cuadros más difíciles de diagnosticar son aquellos en que las causas inflamatoria, dinámica y mecánica se intrincan (del Campo). En el período postoperatorio, los síntomas se superponen a los de la enfermedad postoperatoria.

Frecuencia: Varía del 0,20 al 4 %, según las estadísticas.

Etiología: Inflamatoria o mecánica.

La causa inflamatoria es, como en toda la cirugía del tubo digestivo, debida a fenómenos sépticos por contaminación operatoria o por defectos de técnica (filtraciones) o por dehiscencia. Se organiza una peritonitis plástica, un absceso, una colección mezcla de pus y jugo gástrico o duodenal, que si no es drenado, puede provocar una peritonitis mortal. Evacuado, puede dejar una fístula que exige tratamiento apropiado.

Las causas mecánicas varían según la anastomosis realizada, es decir, si se trata de una gastroduodenostomía (tipo Billroth I) o de una gastroyeyunostomía (tipo Billroth II), sea ésta precolónica o transmesocolónica.

El duodeno de los gastrectomizados ha sido objeto de estudios muy profundos en nuestro país. Del Campo, desde su tesis de agregación de 1925 sobre la circulación del duodeno, se ha dedicado preferentemente a este tema. Insiste desde entonces que la irrigación duodenal de por sí es suficiente, salvo que el shock prolongado, la caquexia, o defectos de técnica en el cierre del muñón por esqueletización excesiva, etc., crean condiciones inapropiadas para la cicatrización. La dehiscencia del muñón duodenal tiene en general una causa mecánica, en su extremo distal. En 1929 demostró que el diagnóstico de estas incidencias puede y debe hacerse clínicamente.

La oclusión duodenal cerrada consecutiva al Billroth II, se manifiesta por:

- 1) Ausencia de bilis a la aspiración gástrica.
- 2) Conservación del tránsito intestinal, corroborado por la radiología.
- 3) Dolor epigástrico, distensión abdominal superior, dolor y contractura lumbar.
- 4) El vientre inferior está libre y el Douglas no es doloroso.

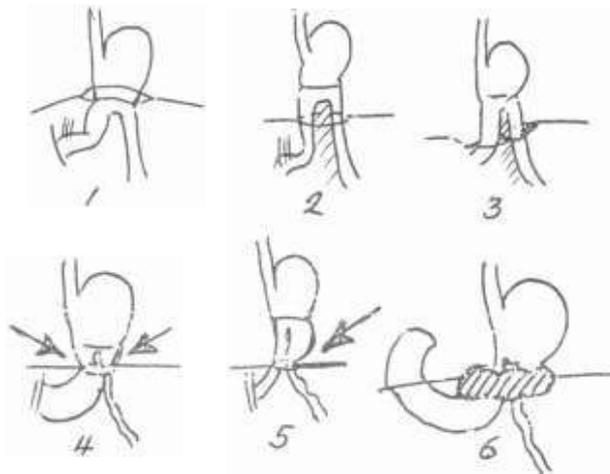


Fig. 10.— Gastroyeyunostomía transmesocolónica. 1, resección de mediana amplitud; ojal transmesocólico suturado al muñón gástrico. 2, gastrectomía amplia que requiere asa anastomótica relativamente larga. Sutura de la brecha mesocólica al yeyuno aferente y eferente. 3, disección del mesocolon hasta el pie del asa aferente, con lo que queda situada en el piso supramesocólico. Sutura de la brecha al asa eferente y su meso. 4, estrechez de la hendidura mesocólica provocando compresión del asa aferente y eferente. 5, oclusión del asa eferente por el borde cortante del orificio mesocólico demasiado estrecho. 6, oclusión de ambas asas por un hematoma del mesocolon (Cendín).

Se trata de un cuadro oclusivo segmentario, que no afecta forzosamente el tránsito intestinal, porque asienta en un sistema diverticular. El peligro es muy grande porque la persistencia del tránsito por la vía principal engaña y hace perder tiempo.

Sin embargo la ausencia de bilis en el estómago es característica.

Del Campo puntualiza que la oclusión duodenal puede asentar ya sea al nivel de la pinza aórtica-mesentérica, en el ángulo duodenoyeyunal o en el asa yeyunal aferente desde el ángulo duodenoyeyunal hasta la boca de entrada al estómago. En general estos accidentes son de orden mecánico, por compresión, acodadura, torsión, sutura inapropiada que estenosa o distorsiona. A menudo se asocian fenómenos inflamatorios o distensiones de origen nervioso por sección del vago, etc.

Las causas que perturban el libre tránsito duodenogastro-yeyunal son agrupadas siguiendo el esquema de del Campo.

a) Comunes a todos los procedimientos de gastroyeyunostomía:

- 1) Edema de la neoboca; estrechez por mala técnica.
- 2) Prolapso mucoso obstructivo.
- 3) Tensión del asa aferente, o al contrario, longitud excesiva que provoca acodaduras y torsiones.
- 4) Peritonitis adhesiva.

b) Particular de la gastroyeyunostomía transmesocólica:

- 1) Ascenso de la neoboca (estrechez por el mesocolon envolvente, estrechez mesocólica sacular).
- 2) Estrechez transmesocólica (en la hendidura mesocólica). Aquí hay mayor peligro de compresión del asa eferente por el borde del orificio.
- 3) Hernia de Petersen, inframesocólica, retroanastomótica.
- 4) Hernia del intestino delgado al piso supramesocólico pregástrica o retrogástrica.

c) Particular de la gastroyeyunostomía precolónica:

- 1) Adherencia a la cicatriz de la laparotomía (Barret Pina y R. Barata Rivero).
- 2) Impulsión y compresión hacia adelante del asa aferente por el colon meteorizado.

- 3) Hernia precolónica retroeferente del asa aferente (Barret Pina y Barata Rivero, O. Bermúdez). Esta es la oclusión más común de la gastroyeyunostomía precolónica (3 %).
- 4) Hernia precolónica retroaferente, en que el asa eferente pasa entre el asa aferente y el colon transverso (Warren). Este caso es inicialmente una oclusión del asa eferente, con bilis en el estómago. Si persiste, puede provocar también oclusión del asa aferente. Mainetti presentó en 1955 la observación de Polliza: al cuarto día casi todo el yeyunoíleon había pasado por el foramen retroanastomótico. Ceriani comentó un caso similar. Hernia precolónica retroaferente y retroeferente del epiplón mayor (Stammers-Brooke). Aquí el epiplón pasó entre el colon atrás y las dos asas aferente y eferente adelante.

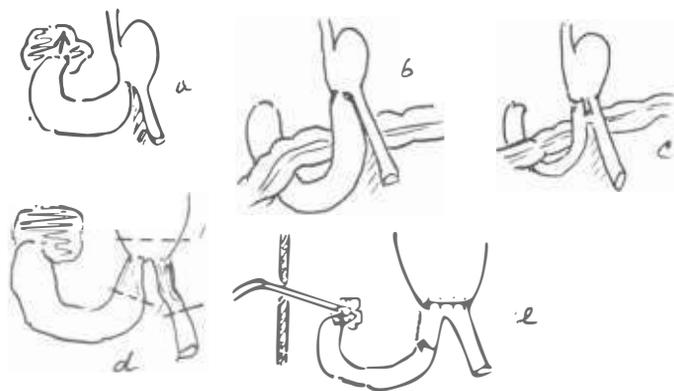


Fig. 11.—Gastrectomía subtotal. Oclusión del sistema diverticular. A: oclusión del asa aferente por anastomosis imperfecta en gastroyeyunostomía transmesocolónica, con dehiscencia del muñón duodenal. B: gastroyeyunostomía precolónica. Boca aferente estrecha, gran distensión del asa aferente y del duodeno. C: yeyunocolostomía próxima al estómago. A las 24 horas, 500 c.c. de bilis en el estómago y expulsión de gases; curación definitiva (Piquinela). D: oclusión en asa cerrada del sistema diverticular. Infiltración inflamatoria de la neoboca y primer asa yeyunal. Tránsito eferente libre. Al sexto día postoperatorio, dehiscencia del muñón duodenal. Resección gastroyeyunal, yeyunoyeyunostomía, regastroyeyunostomía, aspiración continua frente a la dehiscencia durante diez días. Tránsito inmediatamente restablecido; curación (Chifflet).

La oclusión de la boca eferente, que se debe en general a defectos de técnica, se acompaña de la sintomatología de la oclusión intestinal alta: vómitos biliosos muy abundantes, sin dolor o con dolor moderado, constipación. La radiografía simple del abdomen muestra ausencia de gases en el intestino y la radiografía contrastada, la retención gástrica. Este cuadro es completamente distinto del de la oclusión del asa aferente, porque no es una oclusión cerrada, sino abierta, propicia para ser evacuada por el vómito.

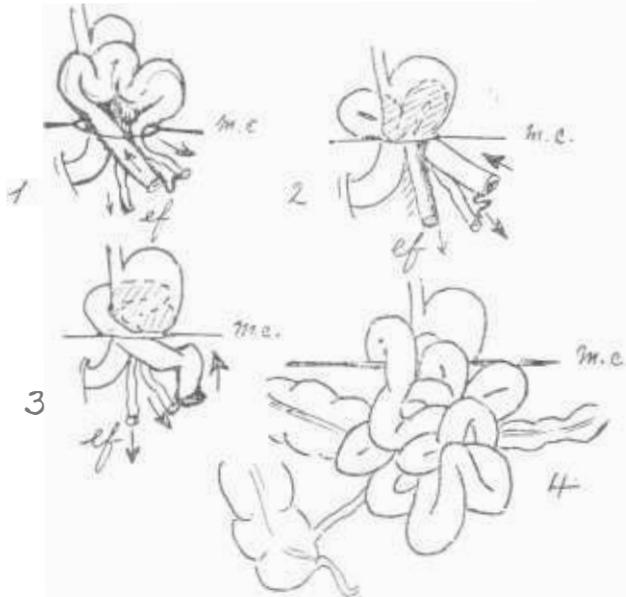


Fig. 12.— Complicaciones al nivel de la brecha mesocólica. Ascenso del intestino a través del ojal: 1, pregástrico; 2, retrogástrico; 3, pregástrico, irrumpiendo en la retrocavidad (Sénèque et Cathelin); 4, pregástrico total retenido por la última asa ilcal fijada al ciego. Cae por gravedad a la región inframesocólica, donde comprime por su peso y tensión el colon transverso. Oclusión en asa cerrada doble del yeyunoíleon y del colon, desde la compresión hasta la válvula de Bauhin (Alba).

La oclusión de ambas asas, aferente y eferente, ya sea por estrechez de las dos bocas de la gastroenteroanastomosis, ya sea por compresión en la brecha mesocólica, o en la anastomosis precolónica (Stammers-Brooke) puede instalarse inmediatamente después de la operación por defectos de técnica, o más tardíamente. Cuando la causa asienta en la brecha mesocólica, se trata ya sea de su estrechez, o de un defecto de fijación al mu-

ñón gástrico que deja un orificio abierto donde puede herniarse el intestino delgado y estrangularse. En el caso de gastrectomías amplias, el muñón gástrico corto arrastra consigo el mesocolon deformándolo en embudo y comprime las asas aferente y/o eferente. Hemos observado un caso en que el borde izquierdo de la brecha mesocólica comprimía el asa eferente tan intensamente que la obliteraba totalmente.

Cuando la brecha mesocólica ha sido mal cerrada o los hilos de la sutura se soltaron, el intestino delgado puede desplazarse hacia el piso supramesocólico ya sea en posición pregástrica, como vimos un caso de la clínica del Dr. del Campo, en que casi todo el yeyunoíleon había subido a través de la brecha mesocólica al piso superior del abdomen y al no tener lugar allí descendió por delante del colon y epiplón al piso inframesocólico. Compresión oclusiva del yeyuno e íleon al pasar por la brecha mesocólica y oclusión del colon transverso por compresión de la masa intestinal que se apoyaba con todo su peso sobre él. Eran dos grandes oclusiones en asa cerrada: una yeyuno ileal y otra de colon transverso y derecho desde el sitio de la compresión hasta el esfínter íleocecal. La hernia había llegado a su máxima extensión pues la penetración retrógrada del íleon quedó frenada por la rienda de la última asa ileal fijada al ciego, igual como se observa en las hernias de Petersen evolucionadas (Alba).

Otras veces el intestino delgado asciende por detrás de la gastroyeyunostomía a la retrocavidad de los epiplones; puede salir desde allí situándose en posición retrogástrica y subhepática. Sénèque y Cathelin publicaron un caso de ascenso pregástrico que se insinuó de adelante atrás en la retrocavidad. En la relaparatomía puede ser difícil reconocer estas formas, si no se conocen de antemano, máxime que suele haber adherencias que dificultan la exploración y la reducción. Son formas graves porque siempre hay cierto grado de compromiso de la circulación, que puede llegar a constituir estrangulamiento total.

La hernia debajo del mesocolon, retroanastomótica, conocida como "hernia de Petersen" (1900), da lugar a una oclusión inframesocólica. En 1954 había más de treinta casos publicados. Se produce por la penetración del asa yeyunal, pasando detrás del asa aferente, de derecha a izquierda. Todo el intestino delgado puede ser arrastrado en este movimiento, quedando finalmente a izquierda del orificio formado adelante por el asa aferente, atrás por el peritoneo parietal posterior, y arriba por el mesocolon transverso (Lochard, tesis 1947). Según que la gastroyeyunostomía haya sido realizada con orientación iso o anisoperistáltica, se ofrecen dos situaciones anatomopatológicas diferentes.

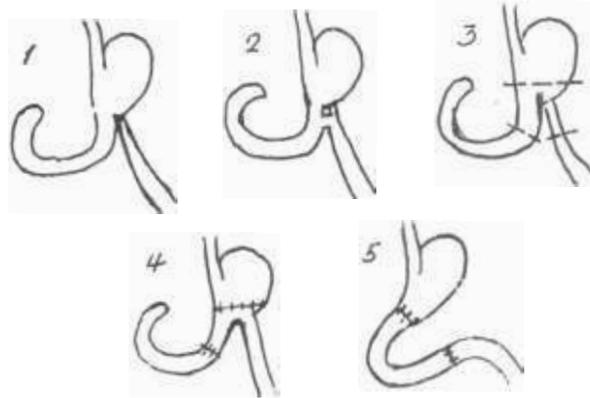


Fig. 13.— Tratamiento de la estenosis del asa eferente. 1. estenosis al nivel de la boca eferente. 2, yeyunoyeyunostomía yuxtapéptica. 3, regastrectomía y extirpación de los segmentos patológicos del yeyuno aferente y eferente. 4, yeyunoyeyunostomía y gastroyeyunostomía. 5, yeyunoyeyunostomía y transformación del Billroth II en Billroth I.

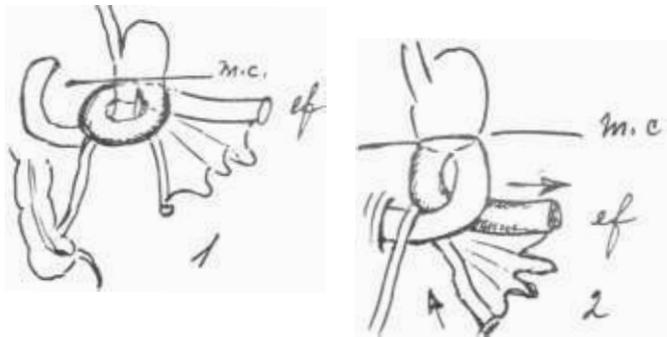


Fig. 14.— Hernia de Petersen, inframesocólica, retroanastomótica, pasando por el orificio situado detrás del asa aferente. 1, gastroyeyunostomía anisoperistáltica. En este caso la hernia fue total, quedando afuera sólo un corto segmento del íleon fijado por el ciego (Sénèque et Cathelin. 2, hernia retroanastomótica, inframesocólica, después de gastroyeyunostomía isoperistáltica (Stich y Makkas). M. C., mesocolon; ef., asa eferente.

En la isoperistáltica, el asa eferente, situada en el borde derecho del estómago, se insinúa de derecha a izquierda detrás del asa aferente, que queda en primer plano, descubierta.

En la anastomosis anisoperistáltica, el asa eferente situada contra la gran curvatura gástrica, cruza la cara anterior del asa aferente para insinuarse detrás de ella, también de derecha a izquierda. Esta forma se reconoce porque el asa aferente queda cubierta por el asa eferente. El asa eferente forma un anillo alrededor del aferente, como una bufanda.

La hernia de Petersen puede asumir dimensiones enormes, llegando a ser total, cuando todo el yeyunoíleon ha pasado por el orificio retroanastomótico.

Para llegar a esta situación es necesario que el orificio sea grande (asa aferente larga) y que el mesenterio no esté muy infiltrado de grasa. La penetración queda detenida por la fijeza al ciego del íleon terminal.

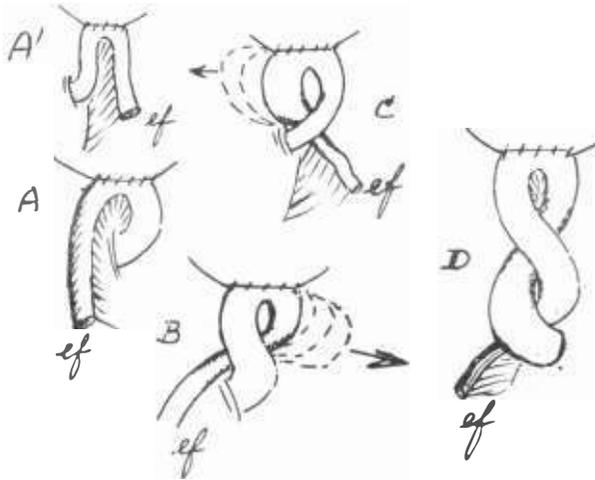


Fig. 15.— A, anastomosis isoperistáltica correcta según Chlumsky. A', anastomosis anisoperistáltica también correcta. Oclusiones debidas al cruzamiento en X de los cabos aferente y eferente. B y C rotación de 180° , aparentemente normal, propicias para insinuarse en el sentido que indican las flechas. D, rotación de 360° , aparentemente anastomosis normal isoperistáltica; puede suceder si se anastomosa un asa muy larga (Chlumsky).

Gastroenterostomía.— Según Chlumsky, la anastomosis correcta debe ser isoperistáltica. La anisoperistáltica podría provocar fenómenos oclusivos si el asa eferente queda situada detrás del aferente. El asa eferente es comprimida por el asa aferente y su mesenterio. Debe evitarse esta rotación del asa anastomosada ya sea de 180° o de 360° , es decir, las asas no deben cruzarse. Aunque parezca imposible, estos errores se han cometido. Con técnica correcta, mirando bien como “cae” el intestino —ya lo decía el maestro Mondino—, no debe producirse esta oclusión. No es cuestión de iso o de anisoperistalsis, sino de evitar rotaciones.

En la gastroenterostomía precolónica anterior, isoperistáltica si el asa aferente es muy larga, puede pasar de izquierda a derecha por detrás del asa eferente. El anillo está formado por

el intestino fijado, el estómago y el colon transverso (Weber). A la compresión provocada por el intestino dislocado se agrega la torsión del mesenterio del asa fijada. Esta estrangulación puede llevar a la gangrena (Peham).

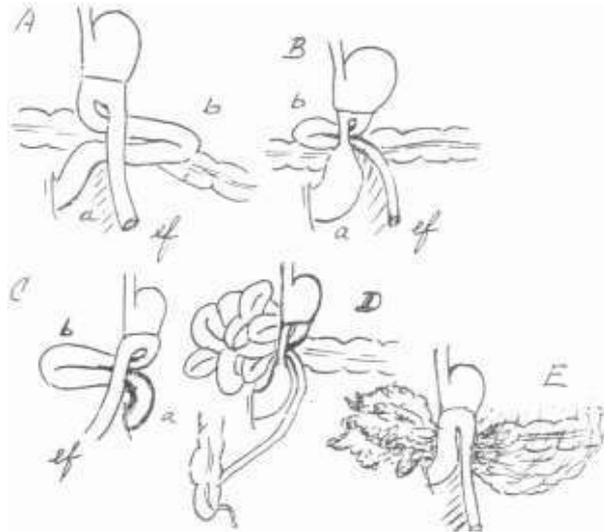


Fig. 16.—Oclusión postgastrectomía con anastomosis precolónica. A, hernia retroferente de un asa aferente demasiado larga, de derecha a izquierda (O. Bermúdez). B, hernia retroferente del asa eferente (Warren). C, el mismo caso, pero pasando de izquierda a derecha. D, el mismo caso, en que casi todo el intestino delgado había pasado por el foramen retroanastomótico (Mainetti, in Catalaou, observación de Polliza). E, hernia del epiplón torcido y adherido, que provocó oclusión (Stammers-Brooke).

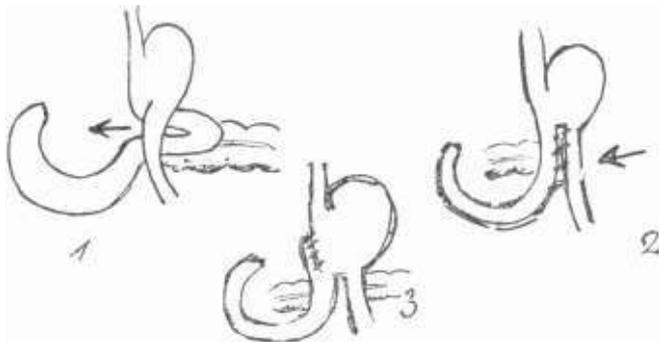


Fig. 17.—Tratamiento de la oclusión del asa aferente por hernia retroferente, en la gastroyunostomía precolónica, con asa aferente demasiado larga. 1, reducción de la hernia. 2, cierre de la brecha retroanastomótica y sutura del asa aferente al eferente. 3, suspensión del asa aferente a la pequeña curvatura.

Cuando la anastomosis es anisoperistáltica, el asa aferente larga puede pasar de derecha a izquierda detrás del asa eferente. El defecto de estas dos formas es la longitud excesiva del asa aferente.

En la gastroenterostomía retrocolónica posterior anisoperistáltica pueden crearse situaciones como en el caso de Stendel-Petersen. Se cometió el error de cruzar las dos asas.

Sintomatología.—La sintomatología es la de una oclusión alta. Cuando ésta sobreviene poco después de la operación practicada, durante los dos primeros días, sus síntomas se superponen a los propios del postoperatorio inmediato.

Oclusión del sistema diverticular.—Si la oclusión es inmediatamente postoperatoria, lo que más llama la atención es la ausencia de bilis a la aspiración gástrica. Normalmente el contenido gástrico se hace bilioso 12, 24 ó 36 horas después de la operación.

Si después de este plazo no hay bilis, debe alertar al cirujano.

El dolor epigástrico y a veces de los hipocondrios y de la región lumbar derecha es intenso, con refuerzos paroxísticos, persistiendo un dolor de fondo. Cuando hay participación pancreática, el dolor puede predominar a izquierda. Si el dolor es brusco, a tipo perforativo, con hora de comienzo netamente comprobada por el enfermo, contractura y shock, el cuadro es debido a la dehiscencia del muñón duodenal. Pero la sintomatología puede ser más larvada (del Campo, Cendán, Chifflet, Piquinela). Del Campo insiste que el diagnóstico de estas incidencias puede y debe hacerse clínicamente. Piquinela, en su relato de 1962 al Congreso Uruguayo de Cirugía, estudia detalladamente las causas de la dehiscencia y la perforación duodenal en la cirugía del duodeno. Considera la obstrucción del sistema diverticular en el Billroth II como causa principal de esta complicación. Aquí, como en los demás sectores del tubo digestivo, se pueden distinguir tres formas de íleo desde el punto de vista clínico y fisiopatológico (Piquinela):

- 1) Funcional, inevitable, imputable a la enfermedad postoperatoria, debida a la perturbación de la dinámica intestinal y a la enervación. Duración hasta 36 ó 48 horas. Se manifiesta por el dolor lumbar derecho.
- 2) Mixta, con un componente paralítico por inflamación de vecindad y un factor mecánico obstructivo.
- 3) Mecánica, como ya hemos mencionado anteriormente.

El tránsito intestinal puede haberse restablecido total o parcialmente.

Esta es la forma duodenal. La forma duodenopancreática (del Campo) tiene muchos matices de sufrimiento pancreático, por dificultad de evacuación del jugo pancreático al duodeno y/o por heridas del páncreas imputables a las maniobras operatorias o a la lesión gástrica que motivó la intervención.

El dolor puede predominar a izquierda, incluso con sus típicas irradiaciones posteriores y descendentes, signo de Mayo-Robson, aumento de la amilasuria, etc.

Si con estos síntomas a las 36 horas no hay bilis en el estómago, debe practicarse el estudio radiológico, que se caracteriza por lo poco que informa.

Radiografía simple del abdomen.— Signos directos: opacidad epigástrica en zona duodenopancreática. Se han citado casos en que había un nivel líquido en el sistema diverticular. Puede corresponder al líquido duodenal con una burbuja gaseosa que quedó encerrada durante el acto operatorio. Puede haber gases en el delgado y colon, índice del tránsito digestivo del sistema principal.

Radiografía contrastada, preferentemente con contraste hidrosoluble; no debe llamar la atención la falta de relleno del asa aferente que es la norma después de la gastroyeyunostomía, por ser un divertículo excluido del tránsito gastrointestinal. Sin embargo a veces hay un relleno parcial del asa aferente, que puede informar sobre la permeabilidad de la boca aferente y de la parte final del asa aferente. La boca eferente puede funcionar normalmente. Como vemos, el síntoma capital de la oclusión del asa aferente es la ausencia de bilis en el estómago, después de un plazo de 24 a 36 horas desde la operación.

Síntomas de oclusión del asa eferente.— Después de una gastroyeyunostomía, si la boca eferente está ocluída, habrá retención gástrica total. No es una oclusión cerrada como la precedente, sino que la posibilidad del vómito o de la evacuación gástrica por aspiración le quita el dramatismo de aquélla.

La diferencia sintomática fundamental es la ausencia de dolor y que el estómago contiene bilis, y mucha bilis. Si no hay vómitos se colecta en él la bilis, el jugo pancreático y duodenal y la secreción gástrica.

Los demás síntomas son debidos a la repleción gástrica y a la pérdida de todas las secreciones digestivas altas: desequilibrio hidromineral. Por lo tanto el estado general es rápidamente afectado si no se hace una enérgica terapéutica de reemplazo.

La radiografía simple mostrará un dato negativo importante: ausencia de gas en el intestino delgado y grueso si la oclusión es total. Puede haber gas en el intestino acumulado de antes de la operación. En placas sucesivas, irá disminuyendo, al no llegar más aire deglutido. A la inversa, una oclusión incompleta mostrará cierta cantidad de gas, que irá en aumento o disminuirá, según el estado del pasaje gastroyeyunal. Hace más de veinte años, del Campo nos enseñó a valorar este importante dato radiológico. La presencia de gases en el intestino indica permeabilidad del yeyuno eferente y su aumento progresivo en el colon corre paralelo con la normalización del tránsito gastrointestinal.

La radiografía contrastada informa directamente si el "stop" es total o parcial. En este último caso, estudiando en días sucesivos el tránsito de una pequeña cantidad de un contraste hidrosoluble se ve si el obstáculo cede o no.

La oclusión de cualquiera de las asas, aferente o eferente, significa reintervención; más urgente si cabe, la del asa aferente, por el peligro de la dehiscencia del muñón duodenal, o del estallido del duodeno (Cendán).

Oclusión de los dos orificios de la gastroyeyunostomía.—No hemos visto nunca esta complicación. Pero desde que se practica con tanta frecuencia esta intervención, es posible que cualquier cirujano se vea enfrentado a este problema.

Los síntomas de ambas oclusiones se suman: ausencia de bilis en el estómago y retención total del jugo gástrico, demostrado por la aspiración nasogástrica. Radiológicamente, ausencia de gas en el intestino y detención del contraste en el estómago.

La causa es un defecto grave de técnica operatoria, o la invaginación de ambas asas de la neoboca al interior del estómago (invaginación combinada, Sten Aleman).

Tratamiento de la oclusión después de gastroyeyunostomía. El tratamiento siempre debe ser quirúrgico. Deberá ser urgente en las oclusiones del postoperatorio inmediato. Combatir el shock, restablecer el equilibrio hidromineral, proteico y hemático y reintervenir inmediatamente.

Si el íleo es de causa inflamatoria, es decir por peritonitis, debe considerarse cada caso en particular, según la enfermedad que motivó la operación, el estado y edad del enfermo, la intervención realizada, etc. A veces una intervención mínima en el lecho del enfermo puede salvarlo: seccionar unos puntos de la sutura parietal para drenar una colección hemática o purulenta, una colección biliar por estallido del muñón duodenal, etc.

Si la oclusión es de causa mecánica, es importante reconocer su naturaleza y ubicación. Ya vimos que la oclusión del sis-

tema duodeno-asa aferente por ser una oclusión cerrada es más grave. Su peligro mayor es la dehiscencia de la sutura duodenal, el estallido del asa sobredistendida con compromiso de su circulación, el esfacelo del asa estrangulada o encarcelada. Para abordar estos enfermos no sólo es menester un equipo quirúrgico competente con todos los auxiliares del caso, sino también un perfecto conocimiento de esta patología y las soluciones posibles para cada caso. La evacuación por aspiración del asa la torna más manejable, evita desgarros y la dehiscencia del muñón duodenal y permite reconocer rápidamente el estado de su irrigación. Leyendo los protocolos operatorios se comprende cómo el asa aferente larga herniada detrás del asa eferente puede ser extraída sin peligro de ruptura.

Una vez comprobada su viabilidad, deberá restablecerse si la boca de entrada en el estómago es permeable, si no está angulada o distorsionada. Si está en buenas condiciones, a veces basta con suturar el asa aferente al asa eferente, solución cuya eficacia ha sido aprobada repetidas veces. Otros proponen cerrar la brecha retroanastomótica con puntos de sutura entre las asas aferente y eferente y al colon y mesocolon transverso. -Zavaleta recomienda cerrarla con mucho cuidado para evitar nuevos deslizamientos y estrangulaciones. Para que el asa aferente excesivamente larga no vuelva a situarse en posición retroeferente precolónica propone Walterskirchen fijarla al estómago por encima de la boca aferente, formando un codo al lado de la curvatura menor.

Sin duda frente al gran número de gastroyeyunostomías que se realizan a diario, las complicaciones que estudiamos son poco frecuentes. Pero cuando se opera un accidente de este tipo, lo lógico es suponer que puede repetirse, porque en ese paciente las condiciones son propicias. Por lo tanto es prudente cerrar la brecha lo mejor posible, sin esperar todo de un proceso plástico obliterante frecuente, pero no constante.

Nosotros creemos que los cirujanos que realizan la anastomosis precolónica invariablemente con buenos resultados, saben elegir bien los casos, descartando los que tienen un epiplón muy muy grasoso y pesado o un mesocolon muy alto y móvil.

Saben además proporcionar bien la longitud de las asas aferente y eferente evitando que el ojal retroanastomótico sea demasiado amplio o excesivamente estrecho, comprimiendo el colon transverso.

Personalmente preferimos la vía transmesocólica.

En un caso de mesocolon transverso muy corto que no se prestaba para hendirlo, recurrimos a la vía precolónica dificultada por un epiplón muy voluminoso y pesado. Para obviar este inconveniente seccionamos el epiplón frente al sitio de la anas-

tomosis, en el sentido de su eje, practicando ligaduras paso a paso y peritonizando los muñones de las ligaduras para evitar adherencias ulteriores.

Rodríguez Egaña, de Buenos Aires, aconseja esta técnica. Prat resolvió este problema en un caso similar elevando el yeyuno a través de un ojal practicado en el epiplón muy grasoso, bien contra el colon transverso. El enfermo hizo accidentes oclusivos y tuvo que ser reoperado.

La yeyunoyeyunostomía, haciendo un cortocircuito asa aferente asa eferente, bien junto al estómago, es una intervención sencilla, corta, que no hace correr gran riesgo a un enfermo a menudo exhausto. Piquinela tuvo pleno éxito aplicando esta derivación, hace doce años; del Campo cuenta con cinco casos que permanecen curados, algunos operados hace más de cinco años.

Hecha bien alta, junto a la boca anastomótica, es poco probable que la anastomosis favorezca la aparición de una úlcera péptica yeyunal, por falta de neutralización del jugo gástrico por el contenido duodenal alcalino (del Campo, Piquinela).

La anastomosis de Braun, al pie del asa, por crear un cortocircuito alejado de la neoboca gástrica, favorece más la aparición de una yeyunitis y de una úlcera yeyunal. Otero tiene un caso publicado donde siete meses después de una gastrectomía por úlcus aparecen trastornos obstructivos del asa aferente. Yeyunoyeyunostomía. Curación.

El estado intensamente inflamatorio del asa aferente y a menudo también del eferente no permiten realizar en general operaciones plásticas para corregir la estrechez, como la yeyunoplastia en pantalón.

La solución más radical y definitiva para estas yeyunitis gastroaferentes y gastroeferentes es la resección del asa yeyunal enferma, anastomosis términoterminal del yeyuno y nueva gastroyeyunostomía por debajo. La realización de esta operación es riesgosa en agudo, en plena oclusión del asa aferente o con una fístula duodenal, como en el caso de Chifflet, quien la realizó con pleno éxito en un tiempo. La fístula duodenal curó después de diez días de aspiración y luego de varios días de curación plana.

En resumen, en la oclusión aguda del asa aferente, con o sin fístula duodenal por dehiscencia, las soluciones serían, yendo de las más simples a las más complejas (Chifflet):

- 1º) Tratar directamente la obstrucción, seccionando bridas, reduciendo una hernia interna, etc. Completar por suturas fijadoras, cierres de orificios, etc., para evitar su recidiva.

- 2º) Si el defecto asienta en la boca aferente, practicar una yeyunoplastia.
- 3º) Si la obstrucción se debe a factores no tratables directamente (inflamación, edema, úlcera), resección de la neoboca y restauración de la anastomosis gastroyeyunal.
- 4º) Si la gravedad del enfermo no permite una operación prolongada y las condiciones locales del intestino son buenas, hacer una enteroanastomosis lo más próxima posible al estómago. Con esto se salva la vida del enfermo y después de recuperado, se verá si queda algún trastorno atribuible al quimismo perturbado.

Muchos cirujanos piensan que la yeyunoyeyunostomía yuxtatagástrica es por su simplicidad y sus buenos resultados, la operación de elección, en las oclusiones de la boca aferente o de su proximidad.

Se ha preconizado, para resolver casos complejos, especialmente con yeyunitis, la desgastroyeyunostomía seguida de gastroduodenostomía, o sea, transformar el Billroth II en Billroth I.

Oclusión del asa eferente.— El tratamiento variará según la causa:

- 1) *Boca gastroeferente ocluida o estrecha.* En lo posible hacer una plastia de la boca de salida o una anastomosis asa aferente-asa eferente lo más próxima posible al estómago. El estómago se evacuará a través de la boca aferente y los alimentos mezclados con el jugo duodenal pasarán por la anastomosis al yeyuno eferente.
- 2) *Compresión del asa eferente por la brecha transmesocólica.* Agrandar el ojal y suturar su borde al muñón gástrico o al asa eferente.
- 3) *Hernia retroaferente del asa eferente.* Reducir la hernia. Enterectomía si el intestino no es viable. Fijar el asa eferente al asa aferente. Cerrar la brecha retroaferente.
- 4) *Hernia de Petersen.* Reducir la hernia. Enterectomía si hay esfacelo intestinal. Cierre de la brecha retroanastomótica.
- 5) *Hernia yeyunal o yeyuno-ileal a través de la brecha transmesocólica, pregástrica o retrogástrica.* Reducir la hernia, que puede abarcar casi todo el intestino delgado. Explorar bien el delgado y su mesen-

terio y también el colon, que puede haber sido comprimido por la masa del delgado (Alba). Sutura del ojal mesocólico al muñón gástrico o al asa eferente.

- 6) *Oclusión de ambas bocas, aferente y eferente.* Desgastroenterostomía, yeyunectomía, yeyunoyeyunostomía y regastroyeyunostomía, o transformación en Billroth I.

Invaginaciones en la zona gástrica.—Entre las oclusiones postgastroenterostomía deben conocerse también las que son debidas a invaginaciones, como una complicación temprana o tardía. La invaginación postgastroenterostomía y postgastrectomía es en general una complicación tardía. Solamente el 12,5 % de los casos publicados acaecieron durante los primeros veinte días del postoperatorio (Gombkötö).

A veces sobreviene en gastroenterostomizados de tiempo atrás que marchaban bien y que fueron operados nuevamente por otra causa. La operación desencadenante de la invaginación puede haber sido hecha años después de la operación gástrica: al sexto día después de una herniotomía (Cameron y Mc. Farlane); inmediatamente después de una resección prostática (Grimes); al segundo día después de una laminectomía cervical, en el caso de Bansmer.

El primer caso de invaginación consecutiva a una gastroenterostomía fue publicado por Bozzi en 1914.

En 1958 habían sido publicados 170 casos de esta complicación típica de la gastroenterostomía. En nuestro país, Zerboni publicó el primer caso en 1933. En un principio se creyó que esta complicación era propia de la gastroenterostomía, pero a medida que se generalizó la gastrectomía también fue en aumento su frecuencia después de esta operación. Todo hace suponer que la gastroenteroanastomosis, crea una disposición favorable a la invaginación. Esta tiene la particularidad de ser casi siempre retrógrada.

El asa eferente, más móvil, es en general asiento de una invaginación ascendente (76 %). En el asa aferente donde la invaginación es descendente, su frecuencia es sólo 10,7 % (Aleman, Gombkötö).

La invaginación retrógrada es característica para las invaginaciones en la vecindad de anastomosis y se distingue en esto de las invaginaciones comunes. El espasmo localizado en el asa eferente coincidiendo con movimientos antiperistálticos crea las condiciones favorables para que se produzca la invaginación retrógrada. También influirían adherencias y el traumatismo operatorio. Todo pasa como si un segmento intestinal más móvil

se invagina en otro más fijo. El punto fijo es la neoboca. La invaginación descendente se hace por el peristaltismo normal del asa aferente.

La clasificación de Sten Aleman es la más aceptada. Distingue tres tipos:

- 1º) invaginación descendente,
- 2º) invaginación ascendente o retrógrada,
- 3º) invaginación combinada.

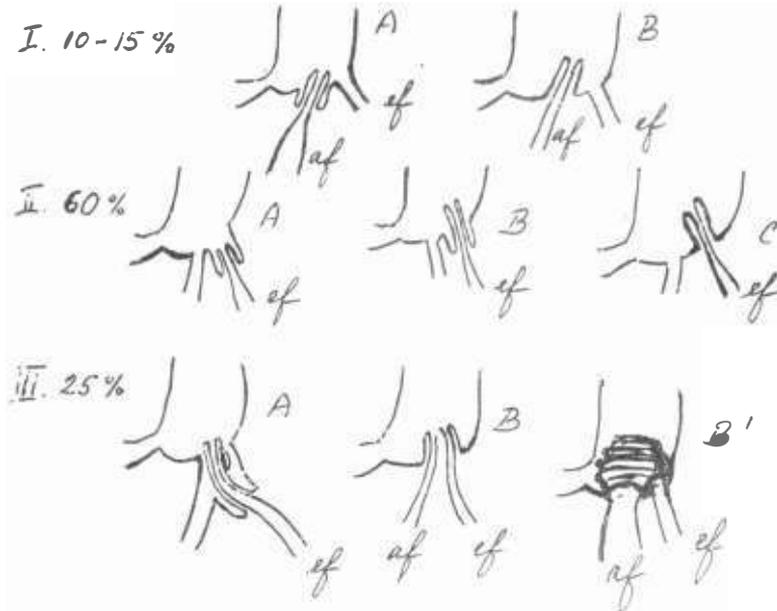


Fig. 18.—Invaginaciones en la zona gástrica (gastroenterostomía y gastrectomía) según clasificación de Sten Aleman. I, invaginación descendente, del asa aferente: A, incompleta; B, completa. II, invaginación ascendente o retrógrada: A, B, C, progresión hasta completarse. III, invaginación combinada: A, a través de una anastomosis al pie del asa, de Braun; B, de la anastomosis entera, configurando más bien un prolapso pasivo; B', aspecto de la mucosa con pliegues horizontales (Gutman y Jobin).

En el primer tipo, invaginación descendente, puede haber una forma mínima, el simple prolapso de la mucosa. La invaginación de todas las capas del asa aferente es más importante si el asa es larga. Si existe una enteroanastomosis al pie de las asas a la Braun, la invaginación puede hacerse a través de la anastomosis por el cabo eferente, llegando a veces hasta el estómago. Hasta 1958 se habían publicado 9 casos de este tipo (Gombkötö).

La invaginación ascendente del asa eferente es la forma más común, figurando 43 casos en la publicación de Aleman; en comunicaciones más recientes sigue predominando. Puede ser de grado variable, desde el simple prolapso de la mucosa hasta 1m.20 de yeyuno invaginado dentro del estómago (Bettman y Baldwin). En 12 casos con anastomosis de Braun, la invaginación ascendente pasó por la anastomosis y prosiguió por el cabo aferente.

La enteroanastomosis de Braun predispone a la invaginación, como lo prueban los 26 casos publicados.

La invaginación al interior del estómago de la anastomosis entera es más bien un prolapso pasivo, más frecuente en el postoperatorio inmediato. Puede causar una oclusión completa cerrando los dos orificios aferente y eferente de la neoboca.

Invaginaciones especiales.— Se han descrito invaginaciones ascendentes después de anastomosis en Y (Drummond); invaginación ascendente del cabo eferente después de gastrectomía total (Kunz).

Sintomatología.— La invaginación en la zona gástrica se manifiesta por los síntomas de una oclusión alta.

Vómitos repetidos sanguinolentos y biliosos.

Dolor intermitente como calambre, con fondo doloroso persistente en la zona gástrica y a izquierda, que recuerda el dolor perforativo.

Tumefacción cilíndrica palpable aproximadamente en 50 % de los casos.

Radiología contrastada: imagen típica sólo si la cabeza de la invaginación penetra en el estómago. Imagen lacunar convexa hacia el interior del estómago que por el aspecto de los pliegues mucosos parece una espiral de alambre (Lenarduzzi y Bonomini) o con pliegues horizontales u oblicuos (Gutman y Jobin). Esta imagen coincide con ausencia de evacuación de la sustancia opaca y no visibilidad del asa eferente, o una estenosis filiforme. Gombkötö observó la coincidencia de imagen lacunar con pliegues oblicuos, dilatación del asa aferente y ausencia de pasaje al eferente. Gastroscopia, si el estado general del operado lo permite (Coates, Richardson, Wisoff).

El diagnóstico se haría con mayor frecuencia si en un íleo alto de un estómago operado se procediera sistemáticamente al estudio radiológico contrastado. Es difícil por la clínica sola si la invaginación aparece durante los dos o tres primeros días del postoperatorio, cuando su cuadro se superpone a la inhibición postoperatoria.

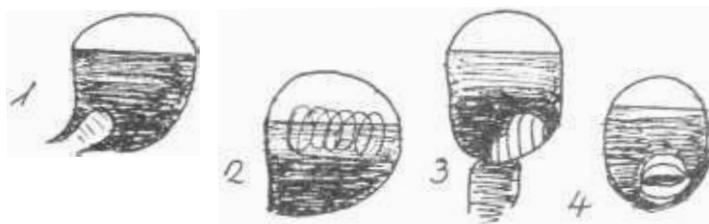


Fig. 19.— Aspectos radiográficos diversos de la oclusión gástrica por invaginación. 1, invaginación duodenogástrica después del Billroth I. 2, imagen lacunar con aspecto de espiral, postgastroenterostomía (Lenarduzzi y Bonomini). 3, invaginación ascendente después de gastrectomía Billroth II; imagen lacunar con pliegues oblicuos; dilatación del asa aferente; ausencia de pasaje al eferente (Gombkötö). 4, invaginación de las dos asas; imagen lacunar convexa hacia arriba; pliegues mucosos horizontales con eje central (Gutman y Jobin).

Cuando la oclusión aparece después que ya se había restablecido el tránsito gastroyeyunal, el diagnóstico es más fácil porque lógicamente se procederá al examen radiográfico contrastado.

En todos los casos, incluso los dudosos, se impone la urgente reintervención, que está gravada con una mortalidad del 10 %; en cambio, operando después de 48 horas de instalado el cuadro, sólo se podrán salvar el 50 % (Lindenschmidt).

Tratamiento de la invaginación en la zona gástrica.— Es sólo quirúrgico. La reintervención temprana tiene a su favor que aún no hay lesiones irreversibles y se puede practicar la desinvaginación sola o con fijación de las asas aferente y eferente al colon o al mesocolon transverso.

La resección será obligatoria si las lesiones lo exigen. El mal estado general limita la magnitud de la operación. En caso de lesiones irreversibles se plantea la desgastroenterostomía o desgastrectomía con resección de los segmentos no viables, seguida de gastroyeyunostomía a asa corta (Sten Aleman).

2) CIRUGIA BILIAR

La cirugía de las vías biliares —colecistectomía, coledocostomía, anastomosis biliodigestivas, plastias de las vías— se efectúa en la vecindad inmediata de dos segmentos del tubo digestivo: el duodeno y el colon transverso. De ahí que puede interferir a veces con la dinámica de estos sectores durante el postoperatorio.

Las vías biliares están frecuentemente ocultas bajo firmes capas de adherencias epiploicas y viscerales.

No debe extrañar entonces que la liberación de estas adherencias constituye, especialmente en reintervenciones, el tiempo más difícil y peligroso de la operación. Estas maniobras pueden lesionar el duodeno, especialmente al nivel del ángulo 1-2, el que a menudo adhiere íntimamente a la parte contigua de la vesícula. En este punto de contacto hemos visto todas las etapas de la perforación colecistoduodenal, en caliente y en frío, desde adherencias recientes fibrinosas hasta la unión fibrosa firme, imposible de clivar y la comunicación de distintos tamaños, por donde migraron los cálculos vesiculares al duodeno. La colecistectomía en estos casos significa la apertura inevitable del duodeno.

Otras veces el tratamiento del colédoco inferior requiere el abordaje transduodenal, debiéndose, para tal fin, practicar la duodenotomía.

La maniobra de Kocher, el despegamiento duodenopancreático, tan útil con fines de exploración y de movilización, implica también, por bien que se realice, una agresión a la integridad anatómica. La vecindad inmediata del colon y mesocolon transversos con la vesícula biliar da lugar en ciertos procesos plásticos a adherencias íntimas, que pueden ser motivo de laboriosos y peligrosos despegamientos.

Todas estas relaciones anatómicas, alteradas por la patología, explican porqué en el postoperatorio de la cirugía biliar pueden sobrevenir trastornos del tránsito duodenal y colónico.

Se instalan íleos altos por alteración de la motilidad duodenal. Este íleo duodenal lleva a la retención duodenogástrica con peligro de provocar la dehiscencia de la duodenotomía, si fue hecha para abordar la ampolla de Vater.

Las relaciones del colon transversos y su meso con la vesícula explican porqué en el íleo regional de las afecciones agudas de las vías biliares, en el sentido que le da del Campo, puede estar involucrada también esta parte del intestino grueso, en un proceso que afecta segmentos intestinales muy alejados en la continuidad, pero próximos por su vecindad topográfica. Son oclusiones bipolares, o multifocales, si además entra en contacto un segmento del intestino delgado. Si el proceso se prolonga, también las zonas intermediarias sufrirán las consecuencias de la estancación hidrogaseosa, distendiéndose progresivamente.

La radiología es indudablemente el mejor procedimiento diagnóstico porque permite visualizar lo que sucede en estos íleos de causa compleja. Radiografías tomadas en serie son particularmente ilustrativas, porque proporcionan informes evolutivos.

La forma más común de estos íleos es la funcional, debida a la inhibición postoperatoria por la agresión quirúrgica del sistema nervioso vegetativo y por lesiones directas de la pared in-



Fig. 20. Íleo regional en cirugía hepatobiliar. Oclusión funcional por hematomas (hemostasis imperfecta, traumatismo operatorio del hígado y mesos), por colecciones biliares o peritonitis (dehiscencias) o por cuerpo extraño (compresa). Íleo regional del estómago-duodeno (gran retención gástrica), primeras asas yeyunales y a veces otras asas delgadas de la proximidad. Íleo del colon transverso que si persiste y se hace intenso, puede ser en asa cerrada. El círculo indica la zona patológica que debe ser drenada, aspirada, etc.

testinal y de los mesos. La peritonitis es la causa de las formas paralíticas, ya sea por contaminación operatoria o dehiscencia de una sutura.

No hemos visto en cirugía biliar una causa mecánica de de oclusión. Creemos posible su existencia, especialmente después de la duodenotomía, en que una sutura duodenal en varios planos con preocupación de hermetismo podría ser estenosante.

En cambio hemos visto un íleo mixto que puso en peligro la vida de la enferma, debido al olvido de una compresa en la región subhepática.

La abundancia de los vómitos que son biliosos o su equivalente, el líquido extraído por aspiración gástrica, indicarán el grado de la oclusión.

Es importante observar lo que sale por el tubo de drenaje que dejamos sistemáticamente en la fosa subhepática. Personalmente preferimos aspirar con una sonda fina introducida a través del tubo de drenaje, para estar informados de la calidad y cantidad del líquido acumulado. A la menor sospecha de la existencia de una colección deben cortarse dos o tres puntos de la sutura parietal para indagar la causa, e instituir la aspiración continua. La cantidad y calidad del líquido aspirado, indicará en qué forma debe encararse el tratamiento definitivo.

3) CIRUGIA PANCREATICA

La cirugía del páncreas, ya sea por pancreatitis, por blastomas del órgano, o por lesiones canaliculares, tiene tendencia

a interferir con el tránsito intestinal, dando íleos funcionales cuya gravedad se superpone a la propia de la enfermedad y la de la operación efectuada. Su reconocimiento es clinicorradiológico y su tratamiento adaptado a las circunstancias de cada caso. La radiografía simple del abdomen muestra un íleo regional, con compromiso del tránsito gastroduodenal, yeyunal y del colon transverso, similar al que se observa en la pancreatitis.

4) CIRUGÍA ESPLÉNICA

Después de la esplenectomía, especialmente cuando había intensa periesplenitis, con adherencias a los órganos vecinos y al diafragma, suelen observarse trastornos a veces rebeldes de la dinámica intestinal.

La liberación del diafragma es frecuentemente laboriosa y sangrante: las adherencias al estómago y colon transverso y sus mesos son a veces tan firmes y extensas que requieren maniobras complejas. La equinococosis esplénica voluminosa y muy evolucionada puede crear grandes dificultades para su solución quirúrgica correcta. La posibilidad de hemorragias postoperatorias de la celda obliga a dejar un tubo de avenamiento en el punto declive.

En estas formas es casi inevitable la aparición de un íleo postoperatorio, en general funcional y a punto de partida del colon transverso. Para interpretar las radiografías debe individualizarse primero el ángulo izquierdo del colon, punto más fijo del colon (del Campo). A partir de allí los gases se acumulan por encima pudiendo rellenar todo el colon hasta el ciego. Recordamos un caso de ocho días de duración consecutivo a una esplenectomía por un gran quiste hidático calcificado del bazo. Retención gástrica rebelde que obligó a mantener la intubación durante cinco días. Estado subfebril. Escaso avenamiento serosanguinolento por el tubo de la celda esplénica. Íleo regional periesplénico, que comprometía el estómago y el colon transverso, lleno de gas hasta el ciego. Como había buen pasaje de gas hasta el colon, no hubo motivo de alarma, a pesar de haber varios niveles pequeños en el intestino delgado. Este es un caso típico de íleo funcional del colon, que puede llevar a una oclusión en asa cerrada del colon, cuya causa distal es dinámica. No debe insistirse en aclarar la situación por medio del enema contrastado porque podría ser peligroso. Con todo, salvo exploración peroperatoria negativa, la frecuencia de lesiones obstructivas orgánicas del colon izquierdo en el adulto y viejo, justifican los temores de una lesión asociada. Las radiografías simples en serie muestran, cuando cede el cuadro, el pasaje de gas al colon izquierdo.

5) CIRUGIA DEL INTESTINO DELGADO

La cirugía del intestino delgado, obvio es decirlo, maneja un segmento del tubo digestivo que cuanto más bajo es, tiene un contenido más séptico. Por bien que se prepare mediante antibióticos o agentes quimioterápicos, siempre existe la posibilidad de una contaminación operatoria, o postoperatoria, por dehiscencia de la sutura.

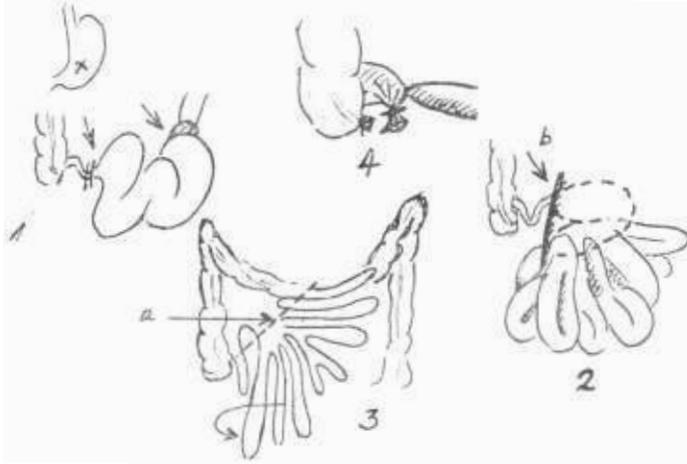


Fig. 21.— Oclusión mecánica postoperatoria del intestino delgado. 1, oclusión en asa cerrada del íleon terminal entre una brida distal y un vólvulo parcial proximal, después de cierre simple de una úlcera perforada del estómago (Cendán, Latonrette y Clark). 2, oclusión ileal mecánica entre la cuerda formada por el mesenterio ileal largo y la columna lumbar, cuatro días después de apendicectomía en agudo (Karlen). Las asas ileales pelvianas llenas de líquido habían sufrido una rotación de 180° ; su meso arrollado actuó de agente compresor del íleon terminal en b. 3, esquema de Oberlin que explica este accidente; también lo hemos observado en cirugía biliar: a, línea de inserción del mesenterio; b, cuerda mesentérica compresora. 4, muñón del mesoapéndice grueso que estrangula el íleon (Alexandre).

La dehiscencia es causa de salida de líquido más o menos irritante y séptico, que se colecta o difunde a distancia. Queda constituido un foco de peritonitis que se manifestará por dolor y por acentuar la paresia intestinal.

Según el tiempo transcurrido desde la operación, esta paresia se superpone a la inhibición postoperatoria común a toda intervención. Pero como la dehiscencia se produce en general cuatro a seis días después de la operación, en este lapso el tránsito intestinal ya se había restablecido más o menos completamente.

Por esto, la demora en la reiniciación del tránsito gaseoso, que es el que interesa, porque con él basta para estar informado de la evolución del caso, o la supresión de la expulsión de gases que ya se había iniciado, serán el aviso de lo que ocurre.

Todo lo dicho para la oclusión dinámica vale también para la oclusión mecánica, que se debe casi siempre a adherencias. Sólo debe recalcar que su sintomatología es más frustra aún. A menudo larvada bajo los síntomas propios de la enfermedad postoperatoria, con un dolor inicial menos marcado que en las oclusiones primarias. Los dolores tipo cólico pueden faltar. Depende de la sagacidad del cirujano descubrir que la evolución se aparta de la normal. Aspiración más abundante y prolongada por la sonda gástrica o intestinal; los datos de la auscultación del abdomen; ausencia de emisión de gases después del tercer día, o falta de expulsión después que ya lo había hecho.

Los síntomas generales que traducen la reacción del aparato circulatorio y urinario, son más tardíos. Aquí también podemos anticiparnos a su aparición, sabiendo valorar la información radiológica.

6) CIRUGIA APENDICULAR

La oclusión intestinal consecutiva a la apendicectomía es la más frecuente de las O.I.P. Yovanovitch le atribuye una frecuencia global de 0,7 %, que corresponde especialmente a operaciones en caliente.

Ormaechea y Aguiar presentaron al Quinto Congreso Uruguayo de Cirugía una interesante revista general de este problema.

En su correlato al Décimotercer Congreso Uruguayo de Cirugía, Mautone trató con precisión este tema. Recomendamos su lectura porque permite ubicar los problemas diagnósticos y terapéuticos que plantea, en sus justos términos.

Fundamentalmente estas oclusiones son funcionales, mixtas y mecánicas; el momento de su aparición permite sospechar la causa de su producción, pero las excepciones frecuentes a las reglas establecidas, obligan a efectuar en cada caso, un estudio clínico y radiológico completo.

Cuando después de la apendicectomía se instala un íleo, su causa puede depender del momento en que se practicó la intervención, del estado anatómico local del órgano y del foco periapendicular, de dificultades de abordaje y de liberación, o de la técnica aplicada. Sólo el cirujano que operó el caso puede apreciar todos los factores que pueden ser causantes de esta peligrosa complicación.

El problema que se le plantea es el siguiente: ¿trátase solamente de una perturbación dinámica del tránsito del tipo de una inhibición postoperatoria que se prolonga, o está instalándose una peritonitis o una oclusión mecánica?

En toda apendicitis aguda hay de hecho una peritonitis actual. El grado y la extensión dependen de varios factores, incluso del cronológico. Operada en las primeras 24 horas una apendicitis en general evoluciona sin complicaciones. Pasado este plazo, con lesiones más avanzadas, el postoperatorio puede complicarse. Una de las causas más comunes de postoperatorios accidentados es la exposición laboriosa del apéndice, ya sea por su situación anormal, o por bridas o adherencias que dificultan su exteriorización. El manoseo del ciego y del íleon, las maniobras de tracción, separación, exteriorización y reducción del intestino provocan lesiones que pueden no ser visibles, pero que demoran la reiniciación del funcionamiento normal del intestino.

La oclusión que sobreviene durante los primeros días hasta el quinto o décimo es en general de causa inflamatoria; después la causa tendrá cada vez más probabilidades de ser mecánica, en forma de bridas o adherencias.

Ella es más frecuente después de apendicitis graves, que dan dos a cuatro veces en cien esta complicación (Quénu). Son apendicitis evolucionadas, con foco periapendicular importante; otras veces apendicitis gangrenosas o perforadas; abscesos apendiculares, etc.

Predispone la localización mesoceliaca y la pelviana, y la existencia de adherencias.

Los hematomas o colecciones residuales en los casos que no han sido drenados o, por el contrario, los tubos de drenaje traumatizantes, duros, largos, las mechas, el Mickulicz, pueden compartir como causantes porque cuando se apela a estos recursos, se trata de casos complicados.

La oclusión después de una apendicectomía en frío es excepcional; debe atribuirse a una falta de técnica o a un incidente durante el acto operatorio, o a la localización anormal del apéndice que motivó maniobras exploratorias prolongadas y traumatizantes.

Una falta de técnica puede causar una oclusión mecánica inmediata: Alexandre cita el acodamiento de la última asa ileal por un meso espeso ligado en masa; la persistencia de una brida antigua puede actuar en la misma forma.

Se ha mencionado como causa de una peritonitis provocada por la intervención, la perforación cecal causada por puntos penetrantes al confeccionar la jareta de invaginación en el ciego distendido.

Si después de una apendicectomía aparentemente sin problemas, que inició un postoperatorio normal, aparecen síntomas de oclusión, ésta podrá presentarse bajo tres formas principales:

- 1) El dolor con signos de lucha intestinal a comienzo brusco, con poca sintomatología infecciosa, es más propio de una oclusión mecánica. Hemos tratado un caso típico de esta forma debida a la compresión extrínseca, intervertebromesentérica, al cuarto día.
- 2) En cambio, un estado febril que se prolonga; un dolorimiento permanente en la zona operatoria con refuerzos dolorosos tipo cólico; la leucocitosis en ascenso, con dolor a la palpación y defensa, sugiere la probabilidad de un íleo mixto.
- 3) Si asociado al estado infeccioso y oclusivo se observa distensión abdominal difusa, con neto componente peritonítico y con toque rápido del estado general, no cabe duda que se ha instalado un proceso peritoneal difuso.

En cualquiera de estos casos se completará el estudio del enfermo con la radiografía simple del abdomen y eventualmente el estudio contrastado, tal como ha sido expuesto en el capítulo de radiología.

Los datos de laboratorio y el estudio clínico completo del enfermo, unidos a los antecedentes de la intervención practicada y los hallazgos operatorios, nos indicarán a qué tipo de oclusión pertenece.

Se intubará el paciente y se le hará la terapéutica de restitución apropiada.

Tratamiento de la O.I. postapendicectomía.— El tratamiento no difiere del de las otras formas de oclusión consecutivas a operaciones abdominales.

La forma peritonítica, si se sospecha que hay un absceso colectado, requiere reintervención urgente, liberación de todas las adherencias y descompresión por uno de los procedimientos indicados en el capítulo correspondiente. El tubo debe quedar en el intestino para orientar las asas y para que éstas, si se adhieren de nuevo, lo hagan en una forma tal que no interfieran con el tránsito intestinal. Esta “refuncionalización” del intestino, como le llama Welch, persigue una finalidad similar a la operación de Noble.

Lo importante es liberar todas las adherencias, evacuar el intestino totalmente y facilitar, en caso de reaglutinación, que ésta se haga anatómicamente, sobre un tutor interno o mediante sutura a la Noble.

La antibioterapia será orientada por el estudio bacteriológico y el antibiograma. Del Campo practica desde hace muchos años en las peritonitis, el tratamiento local intraperitoneal mediante goteo permanente de soluciones de antibióticos.

Se levanta el estado general con aportes hidrominerales y de proteínas.

El ileo mixto, a veces responde al tratamiento general y a la intubación. La intubación eficaz que penetra profundamente en el intestino delgado, no sólo controla la distensión, sino que puede permitir la realimentación. Con estas medidas puede resolverse el foco de peritonitis plástica y obtenerse la curación, siempre lenta y con posibilidades de recaídas.

Noble hace tiempo puntualizó que en estos enfermos no es el elemento infeccioso el que prima, sino el proceso oclusivo. Eliminado éste, el enfermo puede mejorar. Son las adherencias con sus consecuencias las que matan. Su afirmación: "en presencia de peritonitis, el íleo es mecánico hasta prueba de lo contrario" fija bien este concepto. En el mismo sentido Welch pone énfasis en la importancia vital de reconocer el factor mecánico de estos casos y la necesidad de la intervención quirúrgica para salvar la vida del enfermo.

El control radiológico asociado a la vigilancia clínica estrecha y de la reiniciación del tránsito intestinal, informa sobre la marcha del proceso.

El íleo mecánico requiere, previo tratamiento del shock e intubación, la urgente relaparotomía para corregir la causa. Esta será una brida, una acodadura, una torsión o una compresión extrínseca. Hemos observado al cuarto día después de una apendicectomía, la compresión del ileon terminal por la pinza mesentéricovertebral. El mesenterio rotado 180° , tironeado por el íleon pelviano, hacía de agente compresor. Esta interesante causa de oclusión mecánica la hemos observado también después de una colecistostomía. Tenemos la impresión que la etiopatogenia que pone en marcha este tipo de oclusión es relativamente frecuente, pero en forma reversible. Las formas frustras se corrigen espontáneamente después de varios días. En cambio, la lesión constituida da un cuadro clinicoradiológico completo de oclusión mecánica irreversible, con gran distensión, que puede comprometer todo el intestino delgado.

Ya establecimos en el capítulo de tratamiento en general de las O. I. P. que cuando las lesiones intestinales son múltiples a veces debe recurrirse a derivaciones internas como solución de necesidad, a menudo temporaria. Cuando las lesiones abarcan un sector importante y comprometen la vitalidad del intestino la mejor solución es la enterectomía con restablecimiento de la continuidad.

Profilaxis de la O.I. postapendicectomía.— Antes de terminar este capítulo, deseamos anotar algunas normas de cirugía apendicular que hemos aprendido de nuestros maestros de cirugía de urgencia y que pueden servir de medidas profilácticas de la O.I. postapendicectomía.

La mala práctica de hacer incisiones abdominales pequeñas es frecuente causa de traumatismos operatorios viscerales que son evitables con abordajes apropiados.

Cuando existen barreras de protección que limitan y aíslan el foco de la gran cavidad, es importante respetarlas. Para hacer esto no se debe exteriorizar el apéndice y el ciego fuera del abdomen, sino que las maniobras de exéresis se harán en la profundidad, "in situ" (Prat). Es de buena práctica en estos casos extirpar la mucosa del muñón apendicular raspándola a filo de bisturí, desinfectar con yodo y secar bien. En las formas perforadas y gangrenosas se extremarán las precauciones y se dejará un drenaje apropiado que no debe ser traumatizante.

Personalmente preferimos un tubo de goma blando incindido a lo largo, en espiral, cuya luz sea suficiente para poder aspirar a través de él con una sonda fina el líquido colectado frente al muñón. Esta práctica no sólo informa sobre la marcha del foco, sino que permite hacer su limpieza repetida e introducir antibióticos en el sitio donde realmente hacen falta. Bajo vigilancia estricta se retira el tubo progresivamente, a medida que las circunstancias lo permiten.

El cierre parietal se hará de acuerdo con el caso clínico.

Cuando drenamos el foco apendicular por tratarse de una apendicitis gangrenosa o de un absceso apendicular, suturamos la pared abdominal, dejando además una o dos láminas de caucho en el tejido celular. Con la terapéutica antibiótica controlada y la vigilancia personal estricta de la herida, no hemos tenido necesidad de dejar los planos parietales abiertos, como lo preconizaba Larghero.

7) CIRUGIA DEL INTESTINO GRUESO

Entre las complicaciones de la cirugía colorrectal ocupan un lugar importante las oclusiones postoperatorias.

Esta causa es responsable del 75 % de la mortalidad operatoria según Clavel. En la estadística de Charrier, de 257 intervenciones figuran 11 oclusiones que provocaron 6 muertes.

Son mucho más frecuentes en la cirugía del colon izquierdo; afectan al intestino delgado y son, como en el resto de la cirugía abdominal, de causa inflamatoria o mecánica.

Adson y Waugh después de historiar las etapas del progreso en la cirugía del intestino grueso, hacen notar la importancia

capital que tiene para la profilaxis de las complicaciones sépticas la preparación mecánica del intestino, mediante una dieta de pocos residuos, catárticos salinos, irrigaciones colónicas, etc. Hacen notar que la liquefacción de las heces intensifica la efectividad de los agentes antibióticos suministrados por vía oral. Un estudio radiológico simple previo debe informar si todo el bario de exámenes anteriores ha sido eliminado. Una masa fecal o de barita endurecida puede impactarse en la anastomosis o crear una obstrucción por debajo de ella provocando luego la dehiscencia.

Recordar que los antibióticos crean resistencia de las bacterias y que es preferible usar agentes nuevos, administrados a la dosis óptima durante el tiempo necesario. La enteritis estafilocócica se instala favorecida por la alteración de la flora bacteriana intestinal. Es mejor usar para la profilaxis agentes antiestafilocócicos de reabsorción escasa por el intestino, como la bacitracina. Cuando hay infección, hacer antibiogramas estudiando la eficacia de distintos productos frente al agente causante. Hemos asistido un enfermo en el que el resultado "in vivo" contradecía el informe del laboratorio.

Cohn recalcó en excelentes trabajos la importancia de la medicación antibiótica; dice que abandonaría sin embargo estos agentes antes que las medidas mecánicas, para la preparación preoperatoria del colon.

En nuestro país, Marella trató la oclusión postoperatoria del delgado en las colectomías por cáncer, en su correlato sobre cirugía del cáncer del colon, en el Séptimo Congreso Uruguayo de Cirugía de 1956.

Marella puntualizó que en 1952 y 1953 la mortalidad por cáncer del colon y del recto ocupaba, con aproximadamente 350 casos anuales, el segundo lugar como causa de mortalidad por cáncer en el Uruguay, siendo sólo precedida por el carcinoma del estómago. No se dispone de estadísticas sobre el número de cánceres del colon y recto operados anualmente en nuestro país, y por lo tanto, de la incidencia de la oclusión consecutiva a ellos.

Clavel opina que los que fallecen después de operaciones del intestino grueso lo hacen por oclusión del intestino delgado pinzado mecánicamente o paralizado por inflamación. Roux y Carcassonne afirman que la oclusión es el riesgo más grande de la cirugía colónica por cáncer. En realidad nada permite suponer que esto no sea aplicable a toda la cirugía rectocolónica.

Como en toda la cirugía intestinal, en el intestino grueso, también la oclusión postoperatoria tiene dos causas: mecánicas y dinámicas. Ya vimos, al hablar de generalidades, que las segundas obedecen en su inmensa mayoría a la infección.

Oclusiones mecánicas.—La cirugía del colon, en la gran mayoría de los casos se efectúa para extirpar un cáncer. Para cumplir con las exigencias de una operación radical, será siempre una operación amplia, comprendiendo los mesos con sus pedículos vasculares y linfáticos, yendo lo más lejos posible en la exéresis de las vías de difusión. Junto con el tejido celulo-linfoganglionar se extirpan también importantes ramas y plexos de los nervios de la vida vegetativa. Practicando el vaciamiento lumboaórtico de del Campo, la inhibición intestinal postoperatoria no adquiere, sin embargo, la intensidad que sería de esperar.

La cirugía oncológica del colon, cuanto mejor se realiza, mayor sacrificio de peritoneo exige. Sirvan de ejemplo el descenso del ángulo izquierdo, la hemicolectomía derecha, etc.

Para cubrir las pérdidas de peritoneo se realizan plastias con el peritoneo vecino, y se emplean mesos, para restablecer en lo posible la integridad de la serosa. Quenú cubre la pérdida de peritoneo en la hemicolectomía derecha con la última porción del íleon y su meso. De un modo similar emplea las primeras asas yeyunales en las colectomías izquierdas.

Es de buena cirugía intentar siempre un cierre lo más perfecto posible del peritoneo parietal posterior, pelviano, visceral y parietal anterior. La falta de revestimiento de uno de estos sectores crea un estado propicio para formar adherencias. El peritoneo parietal y visceral traumatizado, equimótico, desecado, los capilares y linfáticos lesionados que dejan salir su contenido, constituyen un ambiente propicio para provocar adherencias.

A esto debe agregarse que el intestino inhibido en su motilidad por el traumatismo operatorio y distendido, permanece quieto en un mismo sitio, quedando luego adherido por la fibrina coagulada.

Esta aglutinación es un proceso natural de reparación de las heridas y, sin ella, la cirugía sería imposible. Pero cuando es excesiva o demasiado persistente, puede crear adherencias y bridas, puede angular o torcer asas intestinales. Al sumarse los efectos, puede ser causa de oclusión.

El sector del intestino más expuesto a adherirse es, por la longitud de su mesenterio y por su movilidad, el íleon.

Cuando el peritoneo ha sido suturado a tensión, los hilos cortarían los bordes de la serosa, que luego se retraen dejando grandes superficies desperitonizadas. Otras veces son los puntos muy separados que dejan intersticios, pequeños orificios propicios para insinuarse en una asa, o para pinzarse simplemente.

Otra causa frecuente de adherencias son los muñones de las ligaduras, muy amplios y succulentos, muñones del epiplón y de

los mesos. Con la orientación de realizar cirugía limpia, es posible disminuir mucho las posibilidades de crear adherencias por esta causa.

Todas las brechas de los mesos deben ser cerradas. En la hemicolectomía derecha se unirán con puntos separados de lino los muñones de las ligaduras del mesocolon transversal y del mesenterio. De este modo se evitan los puntos perforantes de los mesos que pueden provocar hematomas o ser isquemiantes. Además, al ligar entre sí dos muñones de ligaduras que se enfrentan, se realiza la peritonización de éstos.

Al practicar un ano ilíaco, conviene lateralizarlo para disminuir el ancho de la brecha coloparietal. Gabriel insiste mucho en este punto, recomendando una sutura continua del mesocolon a la pared abdominal que va desde el surco parietocólico hasta el orificio de salida. También es recomendable suturar con una corona de puntos el peritoneo parietal al colon exteriorizado.

En la colectomía transversal o en la colectomía total, con el fin de evitar la hernia del intestino delgado en la retrocavidad de los epíplones, Charrier y Masse recomiendan suturar la cara posterior de la gran curvatura gástrica al peritoneo pancreático.

Las oclusiones mecánicas consignadas en el correlato de Marelle, son por adherencias a la sutura peritoneal del piso pelviano (2 casos), por adherencia al peritoneo de la fosa ilíaca derecha y un estrangulamiento ileal por falla de los planos profundos de la sutura de la pared abdominal.

En la literatura médica figuran casos de vólvulos del delgado por brida o adherencia precoz, encarcelaciones en brechas epíloicas, mesentéricas y parietales, hernias internas en la retrocavidad después de colectomías totales.

El ano ilíaco izquierdo puede complicarse de estrangulamiento de un asa intestinal que penetra en la herida parietal, por mala sutura del peritoneo periostial (Lichtenstein). Otras veces el estrangulamiento se hace en la brecha coloparietal (Gabriel). Se han descrito oclusiones al nivel del ano transversal hecho con el fin de derivar el tránsito por encima de una enteroanastomosis. Cuando la brecha es estrecha se esfaca el colon, y no descubierto a tiempo lleva a la perforación y peritonitis.

Oclusiones inflamatorias.—Aquí se puede repetir todo lo dicho en generalidades. A pesar de todos los progresos, la cirugía colónica sigue siendo una cirugía séptica. En cierto sentido, se ha retrocedido, porque muchos cirujanos han perdido el temor a la infección, basados en la falsa seguridad que proporciona a menudo la preparación con los antibióticos. Lo mismo sucede durante el postoperatorio. La alarma peritoneal es atenuada, los focos sépticos poco activos se encapsulan y quedan localizados.

A menudo el tránsito intestinal se restablece parcialmente al tercer o cuarto día del postoperatorio. Pero algo "marcha mal". Escalofríos, taquicardia, dolores abdominales vagos, hiperleucocitosis, oliguria, balonamiento, reinstalación de la constipación.

En cirugía colorrectal, sólo en casos sin preparación se observan todavía las peritonitis agudas difusas, o las celulitis mortales de antaño.

Los casos habituales, hoy en día son casos atenuados, con infecciones larvadas, en los que se constituye un foco séptico, a veces muy limitado.

Si no se trata de una infección exógena, imputable al acto operatorio, al material quirúrgico, hilos de sutura, etc., debe buscarse la causa en una infección de origen intestinal.

La primera, es evitable con buena técnica; la segunda, casi siempre, también. La sutura intestinal debe ser hermética, pero no isquemizante. La pobreza de la irrigación de una sutura por esqueletización excesiva tiene el mismo efecto deletéreo que si es por un shock prolongado.

Otras veces la infección se debe al esfacelo de un segmento intestinal comprimido o estrangulado, como ya lo vimos en las oclusiones de causa mecánica. La isquemia lleva a la necrosis con perforación y salida del contenido intestinal.

Si de esto ha de resultar un foco de peritonitis localizada o una peritonitis generalizada, depende de las condiciones locales y del estado general del enfermo, del momento en que se descubre el accidente y de las medidas que se toman para conjurar el peligro.

Es bien sabido lo inconvenientes que son los tubos de drenaje duros y traumatizantes que permanecen demasiado tiempo inmóviles e inútiles.

Para drenar las extensas zonas de decolamiento lumbar y pelviano, es mejor colocar los tubos de avenamiento por fuera del peritoneo, en posición bien declive. La cantidad de serosidad sanguinolenta que sale, indica claramente la magnitud que podrían adquirir hematomas en estos lugares. La evacuación de esta serosidad por el declive o aun por la aspiración continua, favorece la fijación del peritoneo movilizado.

Diagnóstico.— La O. I. P. es difícil de reconocer durante los tres primeros días porque sus síntomas se superponen a los de la inhibición postoperatoria. Es en el postoperatorio inmediato en el que normalmente no hay expulsión de gases, cuando el aumento del dolor, la ausencia o el exceso de ruidos intestinales, el balonamiento, la taquicardia, la abundante retención gástrica, la oliguria y el ascenso de la fiebre provocan la alarma del cirujano. A menudo es un solo síntoma o dos, o el aspecto general

del enfermo que “no nos gusta”. El cirujano experimentado sabe que éste es el momento útil en que debe aclararse la situación.

Sin pérdida de tiempo se debe recurrir al estudio radiológico. En el capítulo respectivo hemos apuntado lo que la radiología puede dar. Permite resolver casi todos los casos y realizado en serie, mediante placas simples y contrastadas, examinando el enfermo cada hora, nos informará si el proceso evoluciona hacia la resolución o no.



Fig. 22. Oclusión mecánica del intestino delgado en cirugía colónica. 1, adherencias de asas ileales a la línea de peritonización del piso pelviano bien consolidado, después de amputación abdominoperineal (Marella, 2 casos). 2, adherencia ileal al peritoneo posterior, a 20 cms. del ciego, después de amputación abdominoperineal del recto y sigmoide (Marella). 3, colosigmoidectomía por nudo de sigmoide. Dehiscencia de los planos profundos de la sutura parietal. Estrangulación ileal en la eventración. 4, sigmoidectomía por sigmoiditis diverticular. Dehiscencia parcial de la sutura. Oclusión de delgado. Absceso fistulizado. Ano transverso. Resección de íleon seguido de anastomosis término-terminal. Cierre de la colostomía, curación (Asiner, Karlen).

La gran ventaja que ofrece la radiología es que sus informes preceden a los de la clínica, permitiendo un tratamiento más temprano. Indican si se puede o se debe esperar, o si por el contrario, se debe reintervenir de urgencia. Mientras se realiza el estudio radiológico, se piden los exámenes de laboratorio que exigen las circunstancias y se pone en marcha la terapéutica de soporte apropiada.

De acuerdo con la sintomatología, el diagnóstico se inclinará hacia la peritonitis, causa más común de la O. I. P. Esta será, según el caso, por contaminación operatoria, poco frecuente actualmente o, por el contrario, debido a la dehiscencia de la sutura intestinal. Depende de la premura del diagnóstico, del terreno y de la preparación preoperatoria, sorprender la lesión en su estado de pequeña dehiscencia, con un pequeño foco constituido en la vecindad de la sutura. Otras veces se trata de un absceso

con tendencia a la fistulización o de una peritonitis regional, pelviana, o de una peritonitis generalizada.

Raras veces la causa de la infección radica en los órganos vecinos, lesionados durante la operación: uréter, vejiga, vías biliares.

La peritonitis urinosa se instala de inmediato con síntomas de peritonitis difusa: defensa generalizada, vómitos, taquicardia, fiebre. La urografía descendente y la cistoscopia aclaran su origen.

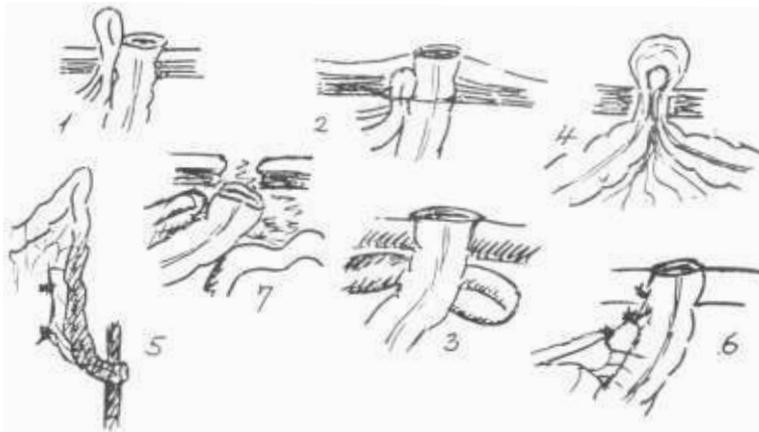


Fig. 23. Complicaciones oclusivas de las colostomías. 1, estrangulación de un asa delgada en la brecha del ano ilíaco. 2, estrangulación en el ojal peritoneal. 3, hernia del intestino delgado en el hiato coloparietal, por defecto de sutura del mesocolon al peritoneo parietal (Gabriel). 4, estrangulación sobre el tubo para mantener la exteriorización. 5, colon izquierdo esqueletizado, excesivamente largo: esfacelo, peritonitis. En casos dudosos debe recortarse el intestino hasta donde sangra francamente. Lo mismo sucede si el colon queda muy tirante. 6, segmento distal sin irrigación; peligro de necrosis y peritonitis. 7, retracción del ano por mala fijación: peritonitis. (Según Lichtenstein, Stich y Makkas, y Gabriel.)

La peritonitis biliar se manifiesta con síntomas vagos de peritonitis, acompañada de ictericia. La exploración inmediata mostrará el sitio de la lesión. Perdomo acaba de puntualizar el valor de la paracentesis para asegurar el diagnóstico, siempre difícil, de la peritonitis biliar.

Cuando persisten los trastornos del tránsito intestinal más allá del tercer día, la radiología nos informará si se trata de una oclusión de causa mecánica. El síndrome oclusivo postoperatorio es en general menos claro clínicamente que el íleo primario; el dolor es poco neto. Lo que predomina es la retención gástrica.

Cuando hay cierto grado de infección que lleva a la producción de adherencias, tenemos el cuadro del íleo mixto.

La radiología informará lo que pasa: retención gaseosa por encima del obstáculo o de los obstáculos múltiples, ausencia de gas por debajo.

El estrangulamiento presenta un cuadro clínico más ruidoso y con el auxilio de la radiología, en especial la contrastada con un producto hidrosoluble (Vest), creará la convicción que se debe emprender urgentemente la relaparotomía.

Tratamiento.— La exposición del tratamiento fue hecha en el capítulo general dedicado a la terapéutica.

Aquí mencionaremos solamente algunos puntos propios a las oclusiones consecutivas a la cirugía colorrectal.

Diagnosticada la O. I. P., se impone la relaparotomía.

Atacar la causa: seccionar una brida, destorcer un asa volvulada, extraer un segmento intestinal encarcelado.

En caso de una colección localizada, hacer la limpieza por aspiración y buscar la causa, que será casi siempre la dehiscencia más o menos amplia de la sutura. No se debe intentar resuturar, porque en agudo los puntos vuelven a fallar.

Hay que contentarse con el acercamiento de la anastomosis a la pared abdominal, si es factible, y el tapconamiento protector de la gran cavidad peritoneal. Una derivación total del tránsito intestinal por encima, es una gran medida de seguridad.

Si consecutivamente a la dehiscencia de la sutura se organiza una fistula intestinal, se puede esperar confiadamente su curación espontánea (Wangensteen).

8) CIRUGIA GINECOTOCOLOGICA

Las oclusiones intestinales postoperatorias en cirugía ginecotológica eran relativamente frecuentes, pero su número se hace cada vez menor porque los casos inflamatorios se operan más tardíamente y se preparan mejor las enfermas. Hoy en día se puede esperar el momento oportuno para intervenir, habiendo enfriado los procesos inflamatorios mediante la quimio y anti-bioterapia.

En nuestro medio, Rodríguez López y Barthe se han ocupado de este interesante aspecto de la cirugía del aparato genital femenino. El resultado de sus investigaciones interesa por supuesto, también al cirujano general.

En el Servicio del Prof. M. Rodríguez López, durante quince años, en que se realizaron un total de 13.607 operaciones, hubo una incidencia de sólo 16 casos, o sea el 1,17 por mil. La mortalidad de un cuarto por mil por oclusión postoperatoria en un número tan grande de operados, es un nivel difícil de mejorar.

Las operaciones que fueron seguidas de oclusión, fueron en el Servicio del Prof. Rodríguez López:

Salpingectomía, 3 casos; histerectomía subtotal, miomectomía y cesárea, 2 casos; e histerectomía fúndica, histerectomía total, miomectomía-quistectomía-Doleris, quistectomía de ovario, operación de Wertheim y eventración, 1 caso de cada una.

En esta estadística no figuran las oclusiones funcionales o dinámicas fácilmente reversibles, porque por su benignidad no fueron documentadas en forma clara y continuada. Por lo tanto, estos 16 casos corresponden a oclusiones mecánicas.

De los 16 casos, 6 son tardíos, habiendo aparecido meses o años después de la intervención.

Por lo tanto los casos postoperatorios propiamente dichos, que aparecieron antes del alta, son 10: 2 casos se manifestaron antes de los cuatro días, 4 casos, el sexto y 4 durante la segunda semana.

De estos 10 casos, 9 fueron de causa mecánica y 1 de tipo mixto. Los síntomas principales fueron por orden decreciente, en el grupo total de 16 casos: vómitos, en 15 casos; dolores cólicos, en 14; distensión, en 9; ruidos hidroaéreos, en 8; mal estado general, en 8; reptación, en 5; defensa (asa necrosada), en 1 caso.

Las lesiones eran debidas a adherencias del intestino delgado en 14 casos, ya sea de asas delgadas entre sí (7 casos) o a la pared abdominal anterior; al ciego, al muñón de histerectomía, a la cicatriz de miomectomía, y al cuerno uterino. Un hematoma pericólico había provocado en un caso la adherencia del sigmoide al útero.

En 2 casos se trataba de bridas del epiplón al ciego y del epiplón a la pared abdominal anterior.

Las operaciones efectuadas fueron: liberación de adherencias, en 14 casos; sección de brida, en 2; cecostomía, en 2; resección de delgado y anastomosis, en 2; ileostomía, en 1; salpingectomía, extracción de cuerpo extraño, en 1 caso.

Resultado operatorio: Curación: 12 casos. Muerte: 4 casos, o sea 25 %.

En ginecotología, lo mismo que en cirugía general, se dividen las oclusiones por su fecha de aparición: en inmediatas, retardadas y tardías.

Aquí también se observa que al principio predomina la forma dinámica y a medida que pasan los días la causa es mixta o mecánica.

La inhibición postoperatoria, mal llamada íleo paralítico postoperatorio, corresponde a los dos o tres primeros días y cede espontáneamente. Ya demostró Hoyer que las operaciones ginecológicas son las que causan con mayor frecuencia trastornos de la dinámica intestinal, que se manifiesta por trastornos del tránsito gaseoso, dolores de gases, etc.

La distensión abdominal postoperatoria se observa en el 100 % después de operaciones ginecológicas y su grado es también mayor en estas intervenciones que en otras. Hoyer estableció en series grandes de operadas, estudiadas bajo el más riguroso control pre y postoperatorio, que la demostración clínica de la distensión abdominal postoperatoria es menos fiel que la radiológica. Puede haber aumento considerable de gases en el intestino sin que se pueda demostrar clínicamente.

Es interesante destacar que el trauma operatorio tiene una influencia neta sobre el tránsito intestinal. La incisión operatoria por sí sola es capaz de provocar distensión abdominal. De todas ellas es la incisión de Pfannenstiel la que la provoca en mayor grado, en operaciones similares.

Es probable que la incisión abdominal tenga igual importancia como causa de la distensión abdominal que las maniobras viscerales.

Las oclusiones inflamatorias sobrevienen después de operaciones en caliente o en procesos mal enfriados: celulitis y abscesos pelvianos, pelviperitonitis plásticas, drenajes prolongados. La oclusión, del tipo bajo, responde en general bien al drenaje aspirativo con sondas largas que llegan a la vecindad de la zona ocluida y al tratamiento médico asociado.

El íleo mixto corre el riesgo de ser confundido con el mecánico cuando el cuadro inflamatorio-infeccioso es atenuado por la terapéutica instituida.

Pero en tal caso el reconocimiento exacto no tiene tanta urgencia, salvo que se trate de enfermas desnutridas, caquéticas. El estudio completo de la enferma, la curva térmica y el estado del pulso y de la presión arterial, la curva de la leucocitosis, etc., disipará las dudas.

Las oclusiones mecánicas son debidas a adherencias del íleon, del epiplón o del sigmoide, a muñones o pedículos mal peritonizados o cuya peritonización falla. El muñón de la trompa uterina, mal peritonizado después de la salpingectomía por embarazo extrauterino, es una causa frecuente de adherencias, lo mismo que la fijación al cuerpo uterino después de una cesárea corporal.

Las cicatrices de miomectomías son una causa frecuente. Se previene practicando una peritonización a la Pestalozza con peritoneo vesical.

La sutura peritoneal puede provocar acodaduras obstructivas del sigmoide.

A veces la causa mecánica es más grave, porque perturba la circulación intestinal. Tal un asa que penetra en un ojal de peritonización defectuosa, visceral o de la pared abdominal, o en la hendidura histeroparietal en las ligamentopexias.

Estas son verdaderas encarcelaciones con peligro inminente de esfacelo, perforación y peritonitis.

Como es muy común practicar la apendicectomía en el mismo acto operatorio con las operaciones ginecológicas, ella grava la cirugía ginecológica con su cuota propia de oclusiones postoperatorias.

Por su carácter profiláctico, la apendicectomía hecha en el curso de una operación ginecológica es casi siempre una operación en frío, que raras veces da complicaciones postoperatorias.

El problema es diferente cuando se trata de apendicitis auténticas, en caso de localización pelviana confundida con una afección ginecológica.

En este caso especial de apendicitis pelviana o mesoceliaca, de por sí a menudo de marcha grave, por no haber sido reconocidas a tiempo, pueden aparecer complicaciones postoperatorias importantes.

Diagnóstico.—Difícil en la forma inflamatoria, funcional, porque habitualmente sigue de cerca al acto operatorio y sus manifestaciones se superponen a las de la enfermedad postoperatoria común de todo operado.

El íleo mixto se diagnostica mejor desde que se conoce y se piensa en la posibilidad de su instalación, aunque sus síntomas sean atenuados al principio.

El íleo mecánico es de diagnóstico más fácil porque no es en general de los primeros días. Es precedido del retorno parcial o total del tránsito intestinal. Cuando se debe a una causa operatoria propiamente dicha, a menudo por defecto de técnica, se instala en los primeros días y su diagnóstico es más difícil.

El cirujano que realizó la operación está en mejores condiciones para juzgar el caso.

Para todas las formas el auxilio de la radiología es fundamental, especialmente para las formas poco netas.

Hoy en día no se concibe el diagnóstico de oclusión intestinal sin contar con la documentación radiológica seriada.

Tratamiento.—Como en toda oclusión intestinal se debe combatir la distensión, suprimir la causa y restablecer el equilibrio humoral, es decir, hidromineral, proteico y hemático.

Suprimida la causa (infecciosa, mecánica o mixta) y la distensión, se recupera automáticamente la motilidad intestinal.

Para actuar sobre la causa, es necesario eliminar previamente la distensión. Esto se logra por aspiración intestinal con sondas largas, tipo Miller-Abbott o Kantor, o por aspiración durante la reintervención, como se expuso en el capítulo correspondiente.

Hecho esto, se domina todo el intestino evacuado, lo que permite explorarlo y buscar la causa única o múltiple.

La corrección o eliminación de la causa mecánica es a veces sorprendentemente fácil: seccionar una brida, liberar una adherencia y reperitonizar, enderezar el intestino volvulado, etc.

Cuando se trata de una causa inflamatoria, se evacúa el absceso por aspiración, y se coloca un tubo de drenaje apropiado que no debe permanecer más que el tiempo necesario.

Cavidades de abscesos voluminosos con formación purulenta abundante, benefician de la aspiración continua o intermitente. La limpieza de estos focos se acelera a veces notablemente con el auxilio de agentes como la estreptoquinasa y la estreptodornasa (Varidasa).

Al evacuarse el pus, examen bacteriológico y antibiograma.

El restablecimiento del equilibrio hidroelectrolítico, sanguíneo y proteico, que ya se ha iniciado antes del acto operatorio, debe continuar paralelamente durante y después de éste hasta normalizarse.

9) CIRUGIA DE HERNIAS EXTERNAS

Cameron y McFarlane publicaron un caso de oclusión alta después de una herniotomía. Se trataba de un antiguo gastroenterostomizado que hizo una invaginación yeyunogástrica seis días después de una operación por hernia. El enfermo de Valls hizo al quinto día del postoperatorio de una herniotomía una oclusión ileal baja por brida. La sección de la brida de Lane restableció el tránsito inmediatamente.

10) CIRUGIA EXTRAABDOMINAL

La cirugía extraabdominal: urológica, cardiovascular, torácica y la neurocirugía pueden provocar también cuadros de O. I. P., en general por inhibición. La experiencia hecha en esas disciplinas será presentada a este Congreso en comunicaciones independientes.

TERCERA PARTE

CONCLUSIONES

El problema de la O. I. P., es un problema de cirugía de urgencia. Por lo tanto, todos los problemas de la cirugía de urgencia existen en la O. I. P., pero agravados por el estado especial en que se encuentra el operado. Para mejorar los resultados actuales inaceptables, es menester centrar el esfuerzo en los siguientes puntos:

- 1º) Vigilancia clínica estricta de los operados por el cirujano y personal capacitado.
- 2º) Al menor síntoma de alarma, redoblar el control atento del postoperatorio mediante la radiología, la clínica y el laboratorio. Insistir con estudios repetidos, efectuados en caso necesario cada hora, hasta desechar o confirmar el diagnóstico de O. I. P.

Saber que el elemento de diagnóstico más importante es la radiología, que es más fiel y se adelanta en varias horas a la clínica. Mientras se realiza el estudio del enfermo, intubación y tratamiento del estado general adecuado al caso.

- 3º) Con diagnóstico temprano, reintervención urgente. Reoperando el primer día de instalada la O. I. P. la mortalidad es 6,1 % (Reifferscheid).

Reoperando entre el primer y tercer día la mortalidad es 45,5 % (Colombo).

Estos datos, por lo demostrativos, no necesitan comentario. Principio máximo: diagnóstico radiológico y clínico rápido, seguido de tratamiento quirúrgico inmediato.

BIBLIOGRAFIA *

- ADSON, M. A. and WAUGH, J. M.—“Complications of Surgery of the large intestine including Ileostomy”. In: Artz and Hardy, p. 764. Saunders, Phil. and London, 1961.
- AGUIAR, A. R. y ORMAECHEA, C.—Oclusión intestinal postapendicectomía. “5º Congr. Urug. Cir.”, 1954.
- ALBA, E. Comunicación verbal. Clínica del Dr. del Campo, julio 1963.
- ALEMAN, Sten.—Yeyuno-Gástric Intussuseption. “Acta Radiol.”, 29: 383; 1948
- ALEXANDRE, P.—“Oclusion intestineale”. Ed. Doin et Cie., Paris, 279; 1953.
- ANDERSEN, J. and RINGSTEDT, A.—Clinical and Experimental Investigation on Ileus... “Acta Chir.”, 88: 475; 1943.
- ANDRADE, M. A. and ANDRADE, C. A.—“Surgery”, 37: 653; 1955.
- ANGLEM, T. J.—Postoperative intestinal obstruction. “The Surg. Clin. of North Am.”, 43: 839; 1963.
- ARIAS BELLINI, M. Ileo. Su estudio radiológico. “Gac. Méd. del Uruguay”, 87: 11; 1949.
- ARMAND-UGON, V.—Oclusión postoperatoria por peritonitis adhesiva en el curso de la apendicitis aguda. “An. Fac. Med. Montevideo”, 14: 272; 1929.

* Agradecemos la búsqueda de la Bibliografía Nacional y Argentina a la diligente atención de la Srta. Elvira R. Rodríguez, funcionaria de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Montevideo.

- ATIK et al.—“Surg. Gyn. and Obst.”, 110: 697; 1960.
- ARNOLD, H.—“Chirurg.”, 31: 366; 1960.
- ASCROFT, P. B. and SAMUEL, E.—Radiography in Postoperative Ileus. “Lancet”, 239: 445; 1940.
- ASCROFT, P. B. and SAMUEL, E.—The X-Ray Diagnosis on Acute Intestinal Obstruction. “Brit. J. Radiol.”, 14: 11; 1941.
- BAKER, J. W.—A long intestinal tube for decompressing intestinal obstruction. “Surg. Gyn. and Obst.”, 109: 519; 1959.
- BARNETT, W. O. and HARDY, J. D.—“Surgery”, 43: 440; 1958.
- BARNETT, W. O. and TURNER, M. D.—“Surgery”, 43: 595; 1958.
- BARNETT, W. O.—Lethal factors in intestinal obstructions. “Surg. Gyn. and Obst.”, 109: 769; 1959.
- BARRET, P. y BARATA, R.—Complicaciones de la anastomosis antecólica en las gastrotenostomías. “Rev. Med. y Cir.”, La Habana, 51: 243; 1946.
- BARTHE, E. y NEGRIN, G.—“Intubación intestinal y oclusión”. Ed. Inter-Médica, Buenos Aires, 1958.
- BASILICO, M.—Obstrucción tardía por torsión del asa aferente postgastroenteroanastomosis. Operación. Curación. “Bol. Trab. Soc. Cir.”, Buenos Aires, 37: 15; 1953.
- BECKER, W.—Acute adhesive ileus: A study of 412 cases with particular reference to the abuse of tube decompression in treatment. “Surg. Gyn. and Obst.”, 95: 472; 1952.
- BLAIN, A.—Penicillin in experimental intestinal obstruction. “Surg. Gyn. and Obst.”, 84: 753; 1947.
- BLONDIN, S.—“Mém. Acad. Chir.”, 82: 216; 1956.
- BERMUDEZ, O.—Discusión del trabajo de Catalano. “Bol. Soc. Cir. Urug.”, 2: 227; 1957.
- BERMUDEZ, O.—Fistulas duodenocutáneas laterales. “Rev. Arg. Cir.”, 3: 1: 1961.
- BERRY, R. E. L.—Obstruction of the small and large intestine. “Surg. Clin. North Am.”, 39: 1267; 1959.
- BOYDEN, A. M.—“Am. J. Surg.”, 88: 191; 1954.
- BRAUN, W. und WORTMANN, W.—“Der Darmverschluss”. Springer, Berlin, 1924.
- BUENO DE LOS RIOS, A. R.—“Algunos conceptos para el planteamiento terapéutico del íleo paralítico del postoperatorio. “5º Congr. Urug. Cir.”, 1: 406; 1954.
- CALLERI, E.—Algunas precisiones sobre oclusión intestinal. “Bol. Soc. Méd.-Quir. Centro República”, 54; 1955.
- CAME, O.—La estrangulación interna de los operados del estómago. “Rev. Arg. Cir.”, 13: 564; 1934.
- CARLSON, E. and ORTIZ, C.—“Surgery”, 47: 177; 1960.
- CARPANELLI, B.—Obstr. intest. aguda. “Sem. Méd.”, Buenos Aires, 119: 643; 1961.
- CASE, J. T.—“Am. J. Roentg. and R. Ther.”, 19: 413; 1928.
- CASE, J. T.—“Am. J. Roentg. and R. Ther.”, 58: 422; 1947.

- CARTER, J.; COVERT, V. S. and ECKERT, Ch.—“Am. Med. Ass. Arch. Surg.”, 80: 541; 1960.
- CATALANO, F. E.—Estrangulación del asa aferente después de una gastrectomía antecólica. “Bol. Soc. Cir. Urug.”, 28: 212; 1957.
- CENDAN, J. E.—Dehiscencia del muñón duodenal. “Bol. Soc. Cir. Urug.”, 24: 495; 1953.
- CENDAN, J. E.; LATOURRETTE, F. y CLARK, O.—Obstrucción cerrada bipolar en asa omega del intestino delgado. “5º Congr. Urug. Cir.”, 1: 473; 1954.
- CENDAN, J. E.—Patología aguda del muñón duodenal. “Bol. Trab. Soc. Cir.”, Buenos Aires, 24: 814; 1961.
- CERRUTI, N.—Apendicectomías difíciles. “1er. Congr. Urug. Cir.”, 111; 1950.
- CHARLIER, J. et MASSE, Ph.—De la prophylaxie des occlusions postopératoires en chirurgie colique. “Sém. Hop. Paris”, 27: 3371; 1951.
- CHESTERMAN, J. T.—“The treatment of acute intestinal obstruction”. Ed. Churchill, London, 1945.
- CHIFFLET, A.—Vólvulo del sigmoides. “Bol. Soc. Cir. Urug.”, 1933.
- CHIFFLET, A.—La patología inmediata del operado gástrico. “Segundo Congreso Argentino de Gastroenterología”, 1953. Ed. Universitaria, Buenos Aires, pág. 255.
- CHIFFLET, A.—Gastrectomía. Obstrucción del sistema diverticular. Fístula duodenal. Úlcus yeyunal. “Bol. Soc. Cir. Urug.”, 25: 289; 1954.
- CHILDS, W. A. and PHILLIPS, R. B.—“Ann. Surg.”, 152: 258; 1960.
- CHRISTMANN, F.—Comentario al trabajo de Trinca. “Bol. Trab. Soc. Cir.”, Buenos Aires, 42: 235; 1958.
- CHRISTMANN, F.—Ileo. En: “Clínica Quirúrgica”, 3ª ed. Vallardi, Buenos Aires, 415; 1961.
- CHUTRO.—“Compl. postop. de la apendicectomía”. Relato al Congr. Arg. de Cir., 1930.
- CLAVEL, Ch.—Complications iléales de la chirurgie du gros intestin. “Lyon Chir.”, 44: 243; 1949.
- COHN, I. (Jr.) et al.—Studies in strangulation obstruction. “A. M. A. Arch. Surg.”, 66: 126; 1953.
- COHN, I. (Jr.)—Strangulation obstruction. Intern. Abstr. Surg. in “Surg. Gyn. and Obst.”, 103: 105; 1956.
- COHN, I. (Jr.)—Antibiotics for colon surgery. “Gastroenterology”, 35: 583; 1958.
- COLE, W. H. and ROBERTS, S.—Intestinal obstruct. in adults. “Am. J. Surg.”, 28: 133; 1962.
- COLETTI, L.; EDMUNDS, R.; TOGUT, A. J. and ZINTEL, H. A.—Mechanical small bowel obstruction. “Am. J. Surg.”, 104: 370; 1962.
- COLOMBO, O.—Zur Frage des postoperativen Ileus. “Der Chirurg.”, 34: 215; 1963.
- COSTELLANETA, C. and MACGREGOR, K. H.—Complete sigmoidal obstruction following cesarean section. “Am. J. Surg.”, 103: 448; 1962.
- COTTINI, G. F.—Trastornos del tránsito gastroyeyunal en los operados de estómago. “Prensa Méd. Arg.”, 37: 1623; 1950.

- CRAWFORD, J. J. and NEMIR, P. F. (Jr.).—Clinical application of recent experimental conclusions in the treatment of intestinal obstruction. "Surg. Clin. North Am.", 40: 12; 1960.
- DARLING, H.—"Brit. J. Surg.", 14: 53; 1926.
- DARMAILLAC, R. y GOURDON, A.—"Vólvulos múltiples del intestino delgado consecutivo a anastomosis cecocolica después de colectomía total. "Bordeaux Chir.", 1: 30; 1962.
- DAVEY.—"Brit. J. Surg.", 42: 102; 1954.
- DAVIS, H. H. and HANSEN, M.—Gas Pains Following Abdominal Operations. "Surgery", 17: 492; 1945.
- DAVIS, J.—Water soluble, nonabsorbable radiopaque mediums in gastrointestinal examinations. "J. A. M. A.", 160: 373; 1956.
- DEARING, W. H.—Current status of preparation of the intestine for operation. "Surg. Clin. North Am.", 39: 1223; 1959.
- DEL CAMPO, J. C.—Circulación del duodeno. "An. Fac. Med. Montevideo", 12: 404; 1927 y 16: 1; 1931.
- DEL CAMPO, J. C.—Diagnóstico precoz de la oclusión intestinal. "El Día Méd.", 5, Nº 11; 1932.
- DEL CAMPO, J. C.—"Arch. Urug. Med. Cir.", 15: 517; 1936.
- DEL CAMPO, J. C.—"An. Fac. Med. Montevideo", 24: 1; 1939.
- DEL CAMPO, J. C.—"Abdomen agudo". Ed. Sind. Médico del Uruguay, 1939.
- DEL CAMPO, J. C.—Diagnóstico radiológico de la oclusión intestinal. "Rev. Univ. Nal. de Córdoba". Arg., 1940.
- DEL CAMPO, J. C.—Oclusión del colon. "3er. Congr. Chileno y Amer. de Cir.", 484; 1941.
- DEL CAMPO, J. C.—Vólvulo del ciego. Su expresión radiológica. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 14: 480; 1943.
- DEL CAMPO, J. C.—Obstrucción en asa cerrada del colon. Táctica operatoria. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 15: 244; 1944.
- DEL CAMPO, J. C.—El duodeno de los gastrectomizados. "Anales Clín. Méd. «A»", 5: 31; 1950.
- DEL CAMPO, J. C.; COMAS, E. J. y OUTFEDA, E.—El síndrome de Dumping. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 21: 449; 1950.
- DEL CAMPO, J. C.—Cirugía del cáncer del colon. Relato. "7º Congr. Urug. Cir.", 1956.
- DEL CAMPO, R. y SCIFFET, W.—Apendicitis aguda y oclusión intestinal simultáneas. "Arch. Urug. Med. Cir.", 21: 41; 1942.
- DEVINE, J.—A Concept of Paralytic Ileus. "Brit. J. Surg.", 34: 158; 1946.
- DUMMER, G. M.—"Chirurg.", 28: 54; 1957.
- ELLISON, E. H.—"Current Surgical Management". W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1961.
- EPSTEIN, B. S.—Simple distal ileal obstruction. "Radiology", 74: 581; 1960.
- FALLON, R. H.—Obstruction of the small intestine after pelvic eventration: a preliminary avaluation of its prevention by small intestinal intubation. "Surgery", 51: 423; 1962.
- FERRARI, R.; PIERINI, A. y otros.—La obstrucción aguda del asa aferente en la gastrectomía parcial con anastomosis precólica. "Bol. Trab. Soc. Cir.", Buenos Aires, 38: 261; 1954.

- FERREIRA, J. A. y CARPANELLI, J.—Abdomen agudo. "Clínica Radiológica". Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1950.
- FICK, W.—"Zbl. Chir.", 81: 1562; 1956.
- FIGIEL, L. S. and FIGIEL, S. J.—Coiling of the long tube in the small intestine. A sign of intestinal obstruction. "Am. J. Roentg.", 87: 721; 1962.
- FINE, J.; HERMANSON, L. and FREHLING, S.—"Ann. Surg.", 107: 1; 1938.
- FINE, J.; BANKS, B. and HERMANSON, L.—"Ann. Surg.", 112: 520; 1940.
- FOLLE, J. A. y VENTURINI, W.—Vólvulo intestinal precoz, postgastrectomía. "Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.", 51: 151; 1958.
- FRIMANN-DAHL, J.—Postoperative Roentgenuntersuchungen. "Act. Chir. Scand.", Suppl. 36; Oslo, 1935.
- FRIMANN-DAHL, J.—Roentgenologic Examination of Acute Abdominal Lesions. "Acta Radiol.", 20: 438; 1939.
- FRIMANN-DAHL, J.—Roentgenuntersuchung bei Volvulus des Sigmoids. "Nord. Med.", 8: 2194; 1940.
- FRIMANN-DAHL, J.—On Strangulating Obstruction of the Small Bowel with Special Reference to Cases with Poor Roentgen Findings. "Acta Radiol.", 25: 480; 1944.
- FRIMANN-DAHL, J.—Roentgenological Examinations of Ileus. "Acta Radiol.", 28: 331; 1947.
- FRIMANN-DAHL, J.—"Roentgen Examination in Acute Abdominal Diseases". Springfield Ill., Thomas, 1951.
- FUSS, A. und LEURS, F.—"Bruns' Beitr. Klin. Chir.", 161: 117; 1935.
- GABRIEL, W. B.—"The Principles and Practice of Rectal Surgery". Lewis and Co., London, 1949.
- GARCIA CAPURRO, R.—Tratamiento de las fistulas altas del tubo digestivo por aspiración continua. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 10: 388; 1940.
- GATCH, W. D.; TRUSLER, H. M. and AYERS, K. D.—Causes of death in acute intestinal obstruction. "Surg. Gyn. and Obst.", 46: 332; 1928.
- GAUSSEN et BONYSSON.—"Presse Méd.", 10: 4; 1950.
- GERBER, A. et al.—Tratamiento del íleo paralítico sin aspiración gastrointestinal. "Surg. Gyn. and Obst.", 107: 247; 1958.
- GERHART, A. und SCIOR, H.—"Zbl. Chir.", 83: 730; 1958.
- GERMAIN; THOMERET et BAY.—"Mém. Acad. Chir.", 495; Mai 1951.
- GIL MARIÑO, J.; DE LELLIS, J. y GIL MARIÑO, A.—Accidentes obstructivos mecánicos en gastrectomizados. Billroth II. "Prensa Méd. Arg.", 49: 500; 1962.
- GLENN, F. and MOORE, S. W.—"Surg. Gyn. and Obst.", 72: 1041; 1941.
- GLENN, F.—The causes of right upper quadrant pain after cholecistectomy. "Chicago Med. Soc. Bull.", 60: 244; 1957.
- GLENN, F.—"Complications following surgical operations upon the biliary tract". In: Artz and Hardy. Saunders Co., Phil. and London, 670; 1961.
- GOLIGHER, J. C.; LLOYD DAVIES, O. V. and ROBERTSON, C. T.—Small-gut obstructions following combined excision of the rectum. "Brit. J. Surg.", 38: 467; 1951.
- GOMBKOTO, B.—Invaginaciones en la vecindad de la gastroenterostomía. "Bruns' Beitr. Klin. Chir.", 196: 61; 1958.

- GOÑI MORENO, I.—Progresos en la técnica de la g. t. "Prensa Méd. Arg.", 45: 2137; 1947.
- GOÑI MORENO, I.—Obstrucción aguda del asa aferente. "Bol. Trab. Soc. Cir.", Buenos Aires, 38: 217; 1954.
- GOÑI MORENO, I. y MAINETTI, J.—A propósito de la obstrucción aguda del asa aferente en la gastrectomía parcial. "Bol. Trab. Soc. Cir.", Buenos Aires, 38: 238; 1954.
- GRAFF, U.—Dickdarmanastomosen als Krankheit. "Bruns'Beitr. Klin. Chir.", 186: 54; 1953.
- GRAFTON, Smith.—Sonda para intubar rápidamente, aconsejada por Wangensteen. "Surgery", 27: 817; 1950.
- GRIMES.—"Ann. Surg.", 129: 404; 1949.
- GUTMAN et JOBIN.—"Presse Méd.", 923; 1937.
- HABERER, v., H.—Über das Krankheitsbild des gemischten Ileus und seine Behandlung. "Med. Klin.", 34: 1218; 1938.
- HENNE, H. F.—Postoperativer Ileus aus dritter Ursache. "Der Chirurg", 33: 33; 1962.
- HESLOP, J. H.—Obstruction of the bowel following partial gastrectomy. "Brit. J. Surg.", 49: 342; 1961.
- HEYDINGER, D. K.; TAYLOR, P. H. and ROETTIG, I. C.—Recurrent intestinal obstruction. "A. M. A. Arch. Surg.", 80: 671; 1960.
- HIBBARD, J. S.; SWENSON, P. C. and LEVIN, A. G.—Roentgenology of experimental mesenteric vascular occlusions. "Arch. Surg.", 26: 20; 1933.
- HINRICHS, K.—Ileus nach Appendektomie. "Bruns'Beitr. Klin. Chir.", 201: 44; 1960.
- HOFSTÄTTER, R.—"Das Aufplatzen frischer Laparotomiewunden". Maudrich, Wien, 1952.
- HOJMAN, I.—Complicaciones de las apendicectomías. Relato. "13er. Congr. Urug. Cir.", 1: 205; 1962.
- HOLLE, F.; SCHANTZ, R. and BECKER, F.—"Arch. Klin. Chir.", 288: 219; 1958.
- HCRANYI, J. and NAGY, T.—Duodenal obstruction after colecistectomy. "Chirurg", 33: 27; 1962.
- HOYER, A.—Abdominal distension and intestinal activity following laparotomy. "Acta Radiol.", Suppl. 83; Oslo, 1950.
- HOYER, A.—The Roentgen Diagnosis of Intestinal Obstruction. "Acta Radiol.", 19: 409; 1938.
- HUBLIN.—"Acta Chir. Scand.", 101: 228; 1951.
- HUGHSON, W.—Postoperative treatment. "Practice of Surgery". Dean Lewis. Vol. I. Chap. 13-15; Maryland, 1937.
- HULSKAMP, P.—La obstrucción intestinal postoperatoria. "Bol. Trab. Soc. Cir.", Buenos Aires, 44: 649; 1960.
- HUNSPERGER.—"Bruns'Beitr. Klin. Chir.", 185: 410; 1952.
- INTROZZI, A.; MANRIQUE, J. y GIMBATTI, J.—"Obstrucción del intestino delgado. "Bol. Trab. Soc. Cir.", Buenos Aires, 45: 580; 1961.
- IRONS and LIPIN.—"Ann. Surg.", 141: 541; 1955.
- KANTOR, John L. A.—Study of Atmospheric Air in Upper Digestive Tract. "Am. J. Med. Sc.", 155: 829; 1918.

- KARLEN, M. A.—Las adherencias postoperatorias. “3er. Congr. Interamericano de Cir.”, Montevideo, 1946.
- KARLEN, M. A.—Oclusión aguda del intestino delgado por compresión intervertebromesentérica. “Bol. Soc. Cir. Urug.”, 26: 305; 1955.
- KARLEN, M. A.—“El problema de las adherencias postoperatorias”. Curso de graduados de la Clínica del Prof. del Campo, 1958.
- KIRSCHNER, M.—“Arch. Klin. Chir.”, 142: 253; 1926.
- KOHNLEIN, H. E. and WELLER, S.—“Langenbecks Arch. Klin. Chir.”, 297: 179; 1961.
- KOTHE, W.—Die Aetiologie der Nahtdehiszenz nach Laparotomie. “Arch. Klin. Chir.”, 287: 687; 1958.
- LARGHERO, P.—Sobre el íleo paralítico. Planteamiento preliminar. “El Día Médico Urug.”, 29, 351; 4173; julio 1962.
- LARGHERO, P.—Precisiones de la técnica de la enterotomía. “El Día Médico Urug.”, 29, 357: 4401; enero 1963.
- LAUFMAN, H. and NORA, P. F.—Physiological problems underlying intestinal obstruction. “Surg. Clin. North Am.”, 42: 219; 1962.
- LERICHE, R.—“J. Int. Chir.”, 77; 1937.
- LINDER, F.—“Arch. Klin. Chir.”, 287: 74; 1957.
- LULENSKI, C. R.—Primary and secondary volvulus of the small bowel. “Am. J. Surg.”, 102: 453; 1961.
- LUND and SANDERUD.—“Acta Chir. Scand.”, 108: 213; 1954.
- MAINETTI, J. M.—Obstrucción aguda del asa aferente. “Bol. Trab. Soc. Cir.”, Buenos Aires, 38: 240; 1954.
- MANRIQUE, J. y GIAMBATTI, J. F. M.—La obstrucción intestinal postoperatoria precoz y tardía. Estudio comparativo. “32º Congr. Arg. Cir.”, 2: 656; 1961.
- MARELLA, M.—La oclusión postoperatoria del delgado en las colectemias por cáncer. Correlato. “7º Congr. Urug. Cir.”, 1956.
- MARELLA, M.—La oclusión intestinal en el postoperatorio de la cirugía abdominal. “Congr. Méd. Quirúrg. del Centro de la República”, Rivera, 1957.
- MARELLA, M.—El muñón duodenal en las gastrectomías por úlcera del duodeno. Técnicas de cierre. Correlato. “13º Congr. Urug. Cir.”, 1: 131; 1962.
- MARELLA, M.—“Las úlceras duodenales difícilmente reseables”. Tesis de Agregación, 1959.
- MARELLA, M.—“Algunos problemas del asa aferente en los gastrectomizados por el Billroth II”. Tesis de Adscripción, 1956.
- MARGOLIS, E.—Potasio y oclusión intestinal. “5º Congr. Urug. Cir.”, 1: 399; 1954.
- MAUTONE, D.—Oclusión intestinal postapendicectomía. Correlato. “13º Congr. Urug. Cir.”, 1: 263; 1962.
- Mc ALLISTER, F.—Hernia interna situada por detrás del asa yeyunal de una gastroenteroanastomosis posterior. “Ann. Surg.”, 128: 1194; 1948.
- Mc IVER, M. A.; BENEDICT, E. B. and CLINE, J. W.—Postoperative Gaseous Distention in Mechanical Obstruction of the Small Intestine. “Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.”, 31: 1063; 1934.

- Me LEAN, D. W.—Postoperative Haemorrhage. "Diseases Colon Rectum", 3: 25; 1960.
- MERNIES, G.—Oclusión intestinal. Relato. "5º Congr. Urug. Cir.", 1954.
- MIALARET, J.—Orientations actuelles du trait. de ocl. int. aigue de l'int. grêle. "Act. Hepat. Gast. Enter. de L'Hotel Dieu", 1955.
- MIALARET, J. et MICHAUD, P.—Traitement pré et postoperatoire de l'occl. int. aigue. Rapport. "55 Congr. Franç. de Chir.", Paris, 1953.
- MICHANS, J. R.—Algunas complicaciones y secuelas de la gastrectomía subtotal por úlcera. "Prensa Méd. Arg.", 48: 2076; 1961.
- MILLER, T. G. and ABBOTT, W. O.—Intestinal intubation: a practical technique. "Am. J. Med. Sc.", 187: 595; 1934.
- MILLERET, H.—Les occlusions post-operatoires de l'appendicite aigue. "J. Med. Lyon", 39: 1059; 1951.
- MIQUEO, M.—Drenaje del muñón duodenal. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 25: 329; 1954.
- MORTON, J. J.—The differences between high and low intestinal obstruction in the dog. "Arch. Surg.", 18: 1119; 1929.
- MOURIGAN, E.—El suero bicarbonatado en la oclusión intestinal. "2º Congr. Urug. Cir.", Montevideo, 297; 1951.
- MUSSGNUG, G.—Verhütung von intraabdominellen Verwachsungen mit Periston N (Kollidon). "Chirurg.", 27: 543; 1956.
- NARIO, C.—Fistulas gástricas y duodenales externas. "An. Fac. Med. Montevideo", 10: 949; 1925.
- NASIO, J.—Obstrucción intestinal. "Medicina". México, 42: 214; 1962.
- NEMIR, P.—Intestinal obstruction: A ten year survey at the Hospital of the University of Penn. "Ann. Surg.", 135: 367; 1952.
- NGUYEN TRINH, C.; SCHIMMUS, A. K.; PHAM VAN PHUE and HOANG KIM TINH.—Experiences with folding the small intestine in adhesion ileus. "Chirurg.", 33: 66; 1962.
- NISSEN, R.—Surgical treatment of insufficiency and stenosis of the gastro-oesophageal anastomosis after resection. "Bruns'Beitr. Klin. Chir.", 204: 4; 1962.
- NOBLE, T. B.—Plication of small intestine as prophylaxis against adhesions. "Am. J. Surg.", 35: 41; 1937.
- NOBLE, T. B.—Paralytic ileus from peritonitis after apendicitis. "Am. J. Surg.", 84: 419; 1952.
- NOBLE, T. B.—"J. Int. Coll. Surg.", 14: 66, 1950; 22: 174, 1954; 30: 286, 1959.
- NOER, R. J.—Complications of small intestinal surgery, including obstruction. In: "Complications in Surgery", Artz and Hardy. W. B. Saunders Co. Philadelphia and London, 1960.
- OCHSNER, A.—Acute intestinal obstruction. "Surg. Gyn. and Obst.", 52: 702; 1931.
- OGILVIE, H.—Gastrectomy. A human experiment. "The Lancet", 253: 377; 1947.
- ORMAECHEA, C. y AGUIAR, A.—Oclusión intestinal postapendicectomia. "5º Congr. Urug. Cir.", 1954.

- ORRINGER, O.—Obstruction of excluded ileum following surgery for regional enteritis. "Am. J. Surg.", 103: 719; 1962.
- OTERO, J. P.—Oclusión postgastrectomía. "Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.", 37, Nº 2; 1950 y "Bol. Soc. Cir. Urug.", 21: 20; 1950.
- OTERO, J. P.—Invaginación del asa aferente de gastroenterostomía. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 7: 42; 1936.
- PALMA, E. C.—Consideraciones sobre el problema terapéutico de la oclusión intestinal. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 12: 2; 1941.
- PAPPER, E. M.; BROUDIE, B. and ROVENSTINE, E. A. Postoperative pain. "Surgery", 32: 107; 1952.
- PASMAN, R.—Diagnóstico radiológico de la peritonitis aguda. "Prensa Méd. Arg.", 28: 587; 1941.
- PASMAN, R.—Lo que he visto en el tratamiento de la oclusión mecánica del yeyuno ileon. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 13: 15; 1952.
- PASMAN, R.—Comentario al relato del Dr. Hälskamp sobre O.I.P. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 44: 658; 1960.
- PEDRAGLIO, C.—Obstrucción intestinal recidivante: tratamiento mediante la operación de Noble. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 20: 616; 1959.
- PENIN, R. P.—Estrangulación intestinal a través del anillo de la gastroenterostomía. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 17: 324; 1956.
- PERDOMO.—"La operación de Noble". Premio Ministerio Instr. Pública, 1961.
- PETERSEN.—Sobre el vólvulo del intestino delgado después de una gastroenterostomía. "Arch. F. Klin. Chir.", 1900.
- PHILIPOWICZ.—Efecto de la anestesia en el íleo postoperatorio. En: Henne, "Der. Chirurg.", 33: 33; 1962.
- PIÑEYRA SAAVEDRA, J.—Trat. de las peritonitis agudas. Relato. "12º Congr. Urug. Cir.", 1: 241; 1960.
- PIQUINELA, J. A.—Vólvulo del ciego. Los vólvulos del colon derecho. "An. Fac. Med. Montevideo", 37: 3; 1952.
- PIQUINELA, J. A.—Gastrectomía. Obstrucción cerrada del asa aferente. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 24: 402; 1953.
- PIQUINELA, J. A.—Vólvulo del sigmoide. "An. Fac. Med. Montevideo", 39: 21; 1954.
- PIQUINELA, J. A.—"5º Congr. Urug. Cir.", Montevideo, 355; 1954.
- PIQUINELA, J. A.—Oclusión intestinal por adherencias. Operación de Noble. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 26: 2; 1955.
- PIQUINELA, J. A.—Oclusión intestinal por adherencias. Operación de Noble. "Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.", 49: 388; 1956.
- PIQUINELA, J. A.—Estenosis múltiples de naturaleza tuberculosa. Resección y operación de Noble. "Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.", 50: 10; 1957.
- PIQUINELA, J. A.—"Operación de Noble. Indicaciones, técnicas, resultados", 1961.
- PIQUINELA, J. A.—Cirugía del duodeno. Relato. "13º Congr. Urug. Cir.", 1: 7; 1962.
- PINO, M.—Peritonitis biliares. Correlato. "12º Congr. Urug. Cir.", 271; 1960.
- POLACEK, M. A.; CLASE, A. S. and ELLISON, E. H.—Postoperative adynamic ileus: an experimental evaluation of the role of D-pantothenyl alcohol. "J. Surg. Res.", 1: 228; 1961.

- POTH, E. J.; WOLMA, F. J. and LYNCH, J. B.—Treatment of recurring intest. obstr. "Surg. Gyn. and Obst.", 112: 343; 1961.
- PRAT, D. "El íleo". Ed. Palacio del Libro, Buenos Aires y Montevideo, 1931.
- PRAT, D.—Oclusión intestinal. Relato. "5º Congr. Arg. Cir.", Buenos Aires, 1933.
- PRAT, D.—Hernia interna y oclusión del asa aferente postgastroenterostomía. Relato del trabajo del Dr. Suiffet. "Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.", 20: 382; 1942.
- PRAT, D.—Reconstitución de la circulación gastroduodenal, después de la gastrectomía. "Bol. Inst. Clía. Quir.", 7: Nº 1; 1948.
- PRAT, D.—Ileo del intestino delgado. Relato a la 2ª Jorn. de Gastroent. del Brasil, 1950. "An. Fac. Med. Montevideo", 35 (suplemento): 1; 1950.
- PRAT, D.—El síndrome del asa aferente después de la gastrectomía. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 26: 187; 1955.
- PRIARIO, J. C.—Hernia interna postgastrectomía. Estallido duodenal. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 1953.
- PRIARIO, J. C.; D'AURIA, A. E. y GILARDONI, F. H.—Fístulas duodenales externas. Correlato. "13º Congr. Urug. Cir.", 1: 171; 1962.
- PUESTOW, Ch. B.—Intestinal Motility and Post-Operative Distention; Experimental and Clinical Studies. "J. A. M. A.", 120: 903; 1942.
- QUAN, S. H. and STEARNS, M. W. (Jr.). Early postoperative intestinal obstruction. "Dis. Colon Rectum", 4: 307; 1961.
- QUENU, J. "Occlusion intestinale". G. Doin et Co. Ed., Paris, 1953.
- RANDALL, H. T.—Water and electrolyte balance in surgery. "Surg. Clin. North Am.", 32: 445; 1952.
- REIFFERSCHIED, M.—Die heutige Kenntnis der Ileuspathologie. "Bruns-Beitr. Klin. Chir.", 189: 371; 1954.
- REIFFERSCHIED, M.—"Darmchirurgie". Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1962.
- REIFFERSCHIED, M.—"Med. Klin.", 57: 672; 1962.
- REV, A. M. Relato del trabajo sobre O.I.P. por el Dr. Hülskamp. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 44: 649; 1960.
- RIECKERT, P.—Die Entstehung frischer nekrotisierender Kolididen während einer antibiotischen Behandlung. "Dtsch. Med. Wschr.", 80: 855; 1955.
- RODRIGUEZ LOPEZ, M. y BARTHE, E.—Las oclusiones intestinales postoperatorias en ginecología. "Anais Bras. de Ginecología", 50: 205; 1960.
- ROSSLE. "Dtsch. Med. Wschr.", 76: 394; 1951.
- ROUX, M. et CARCASSONNE, F.—"Les cancers du colon". Ed. Masson, Paris, 1955.
- SANDSTRÖM, C.—"Acta Radiol.", 25: 21; 1944.
- SAPISOCHIN, E. y SRULIJES, S.—Ocl. int. prec. en el postop. de ap. ag. graves. "Prensa Méd. Arg.", 46: 2195; 1959.
- SAPISOCHIN, E.—Disquinesia intestinal postobstructiva e hipoproteinemia. "Prensa Méd. Arg.", 47: 347; 1960.
- SATINSKY, V. P. and KRON, S. D.—"Connecticut M. J.", 18: 955; 1954.
- SAVAGE, P.—Intubación en el íleo mecánico. "Brit. I. Surg.", 47: 643; 1960.
- SCHENA, A.—Obstrucción aguda del asa aferente. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 38: 217; 1954.

- SCHENA, A.—La obstrucción aguda del asa aferente en la gastrectomía con anastomosis antecólica. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 38: 348; 1954.
- SCHULTZE, W.—Verhütung neuer Bauchfellverwachsungen nach Operation von Verwachsungsbäuchen. "Zbl. Chir.", 84: 1159; 1959.
- SENEQUE, J. y CATHELIN, C. L.—Complicación oclusiva después de la gastrectomía subtotal. "Minerva Médica", 52: 3075; 1961.
- SMITH, G. A.—A study of intestinal intubation using a flexible stylet with a controllable tip. "Surg. Gyn. and Obst.", 109: 639; 1959.
- SMITH, Rodney.—"Acute intestinal obstruction". Ed. Arnold, London, 1948.
- SMITH, R.—"Brit. J. Surg.", 42: 654; 1955.
- SOUPAULT, R.—Conditions de principe de la colectomie ideale. "Arch. Mal. App. Digest.", 42: 741; 1953.
- STAMMERS, F.—Oclusión intestinal en una gastrectomía subtotal antecólica. "Brit. J. Surg.", 40: 58; 1952.
- STRAEHLI, O. J. (Jr.) and GULLICH, H. D.—Operative decompression of intestinal obstruction by long tube jejunostomy. "Surgery", 43: 774; 1958.
- STICH, R. und BAUER, K. H.—"Fehler und Gefahren bei chirug. Operationen, I u. II". V. E. B. G. Fischer, Jena, 1958.
- SUAREZ MELENDEZ, J.—Sección posterior del esfínter anal (2ª comunicación). "Bol. Soc. Cir. Urug.", 15: 132; 1944.
- SUIFFET, W.—Hernia interna postgastroenterostomía. "Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.", 20: 371; 1942.
- TANTURI, C. A. and ANDERSON, R. E. "Surg. Gyn. and Obst.", 90: 171; 1950.
- TAYLOR, F. W.—Postoperative nasal-gastric suction. "Arch. Surg.", 66: 538; 1953.
- THOMERET, G.—"Operation de Noble. Nouvelle Pratique Chirurgicale Illustrée". G. Doin, Paris, 237; 1952.
- THOMERET, G. et DUBOST, C.—"Mém. Acad. Chir.", 82: 221; 1956.
- TRIGO, E. y BARRIONUEVO, M.—Oclusión aguda en hiatos artificiales creados por colostomías izquierdas. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 20: 612; 1959.
- TRINCA, S. E.—Fístulas duodenocutáneas laterales postquirúrgicas. Ensayos con gastrectomía subtotal en su tratamiento. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 42: 235; 1958.
- TROELI, L.—Studies on experimentally provoked ileus with reference to Inhalational Therapy. "Acta Chir. Scand.", 45: Suppl. 122; 1947.
- UPPLEGGER, H.—Citado por Hasselbach: Die Verhütung von Bauchfelladhäsionen durch Kollidon. "Chirurg.", 27: 365; 1956.
- URIBURU, J. V.—"Oclusión intestinal". Ed. El Atenco, Buenos Aires, 1945.
- URIBURU, J. V.—Estrangulación intestinal interna por bridas postoperatorias. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 36: 310; 1952.
- URIBURU, J. V.—Obstrucción intestinal aguda. Relato. "31º Congr. Arg. Cir.", 485; 1960.
- VANDRA, J. E. y FERREIRA, J. A.—Fisiopatología de la obstrucción intestinal. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 45: 342; 1961.
- VALLS, A.—Comunicación verbal, 1963.

- VEST, Bruce.—Roentgenographic diagnosis of strangulating closed loop obstruction of the small intestine. "Surg. Gyn. and Obst.", 115: 561; 1962.
- VEST, B. and MARGULIS.—"Roentgen diagnosis of postoperative ileus-obstruction." "Surg. Gyn. and Obst.", 115: 421; 1962.
- VIGIL SOÑORA, E.—Apendicitis y oclusión intestinal. "An. Ateneo Clin. Quir.", 12: 171; 1946.
- VULLIET.—"Schweiz. Med. Wschr.", 54: 669; 1924.
- WALTERSKIRCHEN, M.—Comentario al trabajo de Catalano. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 28: 228; 1957.
- WANGENSTEEN, O. H. and REA, C. E.—Distention factor in simple Intestinal obstruction. 5: 327; 1939.
- WANGENSTEEN, O. H.—"Intestinal obstructions", 3rd. Ed. Springfield Ill., Charles C. Thomas, 1955.
- WANGENSTEEN, O. H.—New operative techniques in intestinal obstructions. "Wisconsin Med. J.", 61: 159; 1962.
- WARREN, R. P.—Oclusión del asa aferente o eferente después de gastrectomía antecólica. "Ann. Surg.", 139: 202; 1954.
- WAUGH, J. M. and TURNER, J. C.—A study of 268 patients with carcinoma of the midrectum treated by abdominoperineal resection with sphincter preservation. "Surg. Gyn. and Obst.", 107: 777; 1958.
- WEESE.—"Zbl. Chir.", 80: 17; 1955.
- WELCH, C. E.—Treatment of combined intestinal obstruction and peritonitis by refunctionalization of the intestine. "Ann. Surg.", 142: 739; 1955.
- WELCH, C. E.—Intestinal Obstruction. Chicago, Year Book Technique. "Am. J. Med. Sc.", 187: 595; 1934.
- WELLS, C.; RAWLINSON, K., TINKLER, L.; JONES, H. and SAUNDERS, J.—"Lancet", 2: 136; 1961.
- WESTHUES, H.—"Einfachheit und Sicherheit bei Magen-Darm-Operationen". Stuttgart, 1961.
- YOVANOVITCH, B. Y.; KANGRGA; TOCHITCH, V. et ROSSITCH, V.—Les oclusions intestinales post-operatoires. "Journ. de Chir.", 82: 349; 1961.
- ZANDER, R.—"Chirurg.", 32: 361; 1961.
- ZASLOW, J.—Postoperative mechanical obstruction following removal of ruptured gangrenous appendix. "Am. J. Surg.", 65: 276; 1944.
- ZAVALETA, D.—A propósito de obstrucción del asa aferente en la gastrectomía con anastomosis antecólica. "Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.", 38: 286; 1954.
- ZAVALETA, D. E.—Oclusión aguda de colon. Relato. "4º Congr. Arg. Gastroent.", Salta, 1957.
- ZARBONI, E. R.—Invaginación yeyunogástrica. "Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.", 14: 615; 1939.
- ZARBONI, E. R.—Estudio radiol. estóm. operados. "Au. Fac. Med. Montevideo", 34: 21; 1949.
- ZUBIAURRE, L. y CAPANDEGUY, E.—Estudio radiológico del asa aferente. "8º Congr. Urug. Cir.", 1: 201; 1957.

RELATO :

**Tratamiento quirúrgico de las hernias
inguinales voluminosas.**

Dr. Hugo Méndez Aserito.

CORRELATOS :

**Nuevo procedimiento para la cura qui-
rúrgica de las hernias inguinocrurales.
Nuestra experiencia.**

Dr. Romeo Musso.

Dr. Ariel Quintero.

Colaborador: Dr. Dante Francescoli.

Anatomía: Prof. Dr. Alfredo Ruiz Liard.

**Hernia inguinal por deslizamiento del
colon. Operación de Morestin-La Roque.**

Dr. Federico Gilardoni.