

LA DESCOMPRESION QUIRURGICA DEL INTESTINO DISTENDIDO *

Uso del tubo de Pool-Larghero

Dr. CARLOS ITUÑO

RESEÑA FISIOPATOLOGICA

Vamos a hacer algunas consideraciones fisiopatológicas muy someras del significado de la distensión en la oclusión intestinal.

La acumulación de gases y líquidos en el intestino ocluido crean un aumento paulatino de la presión intraluminal. Existe al comienzo colapso venoso, estasis capilar, congestión y edema de la mucosa, anoxia parietal. Aumenta la presión y se llega incluso al compromiso de la circulación arteriolar. Se crean entonces lesiones anatómicas que pueden llegar a la irreversibilidad, a la necrosis y al estallido del asa.

El incremento de gases y líquidos inicia el círculo vicioso de la distensión que si no es detenido a tiempo acaba por crear las condiciones antedichas: necrosis del asa distendida. De aquí nace el concepto de la necesidad de combatir la distensión intestinal y de emplear métodos rápidos y seguros de descompresión.

Consideraremos un método para romper ese círculo vicioso en un punto, es decir, en la distensión.

METODOS PARA COMBATIR LA DISTENSION

Existen varios métodos para combatir la distensión: intubación intestinal, punción y aspiración, y enterotomía para aspiración.

En lo que respecta a la intubación, diremos solamente que en nuestro medio se maneja habitualmente la sonda de Cantor. Logra el propósito requerido cuando salva el obstáculo pilórico y llega mismo hasta el lugar de la oclusión. Muy frecuente-

* Trabajo efectuado en la Clínica del Prof. P. Larghero Ibarz.

mente la sonda es inoperante para descomprimir el intestino, pues se arrolla en el estómago, o desciende inclusive hasta el sitio de la oclusión, pero sigue siendo inoperante para descomprimir las asas proximales.

Con respecto a la punción, generalmente con trocar, sólo diremos que es efectiva para evacuar a lo sumo una o dos asas, pero jamás evacúa todo el intestino.

La enterotomía para aspiración es un método eficaz y seguramente la falta de standarización de un instrumento aspirador adecuado para este fin ha impedido su difusión y su uso más frecuente.

Precisamente, un tubo aspirador adecuado es el que vamos a presentar. Se trata del tubo de Pool, modificado por Larghero.

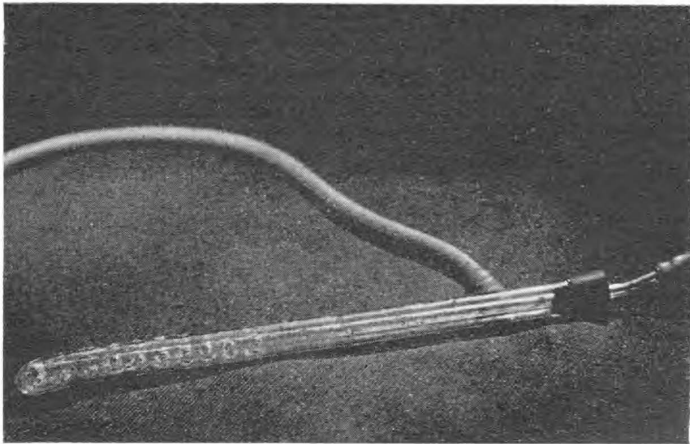


Fig. 1.

EL TUBO DE POOL-LARGHERO

Es un tubo de vidrio de 30 cm. de longitud, con perforaciones en su tercio distal (fig. 1). La extremidad es roma para evitar el traumatismo de la mucosa e incurvada para facilitar el "enhebrado" de las asas.

Tiene un tubo lateral que sirve como regulador de la presión de aspiración o también como tubo irrigador para lavar la luz intestinal.

Al tubo exterior se adapta, por medio de un tapón de goma perforado, otro tubo de vidrio de menor calibre, adaptado a su vez por medio de una cánula de goma a un aspirador standard.

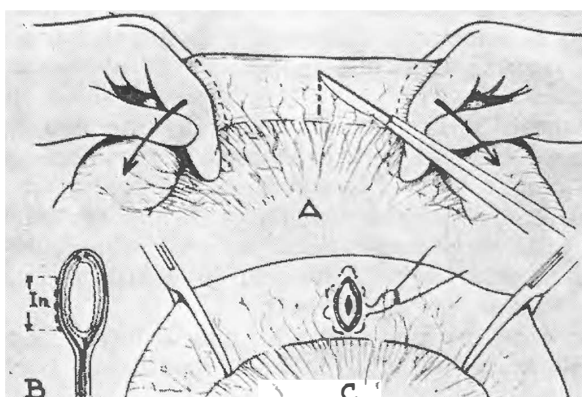


Fig. 2.

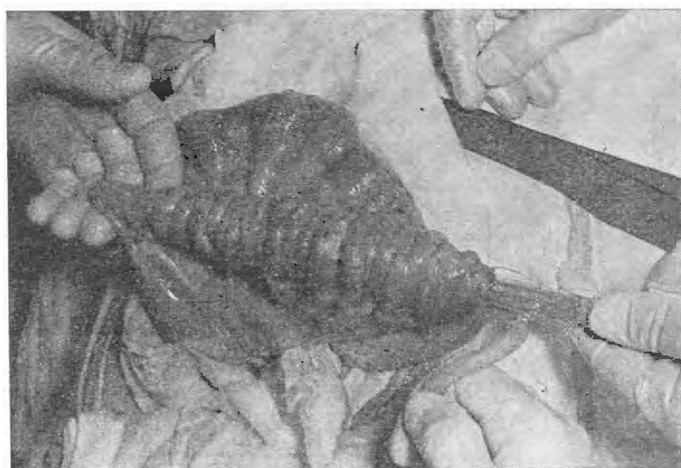


Fig. 3.

TECNICA

Se emplaza la enterotomía en la mitad de la distancia (fig. 2), entre el ángulo duodenoyeyunal y el lugar de la oclusión. La enterotomía debe ser vertical, perpendicular al eje longitudinal del intestino, de 1 cm. de longitud, cerca del borde mesentérico, en donde la pared está mejor irrigada.

Se introduce el tubo "a frotamiento" por la incisión practicada y se anuda la jareta que previamente había sido ejecutada, ajustando de este modo las paredes intestinales alrededor del tubo, evitando así cualquier escape de líquido que pudiera contaminar el campo. Una vez introducido el tubo aspirador, se aspira "enhebrando" las asas en uno u otro sentido (fig. 3). En esta forma se consigue la evacuación total y completa del intestino.

El cierre de la enterotomía, una vez completada la evacuación deseada, se realiza en dos planos (fig. 4), lográndose una sutura hermética.

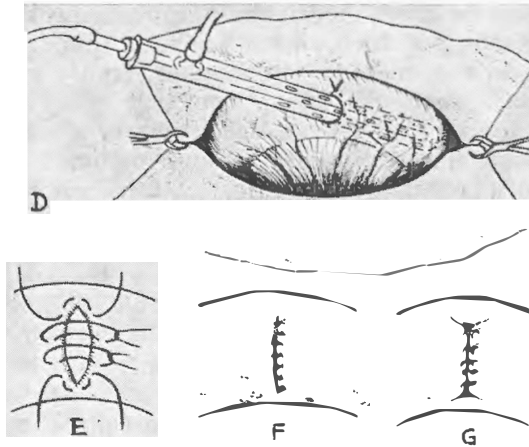


Fig. 4.

INDICACIONES

Su uso está indicado en todos aquellos casos en que haya distensión intestinal exagerada. La situación es el común denominador de la oclusión intestinal por obstrucción o por estrangulación o la distensión gaseosa exagerada por adinamia intestinal.

Se logra con este método el objetivo principal frente al problema de la distensión intestinal: la descompresión total y completa del intestino. Finalizada la maniobra obtenemos un intestino "chato", de calibre normal, que pronto recupera su coloración y peristaltismo. Si a esto agregamos, "condición *sine qua non*", la supresión del obstáculo en el caso de una oclusión mecánica o el buen drenaje del peritoneo en el caso de una peritonitis con distensión intestinal exagerada, habremos logrado cumplir de

manera satisfactoria con los principios terapéuticos propuestos: suprimir la causa de la oclusión y poner al intestino en condiciones basales, permitiendo la restitución total de sus funciones, objetivo primero de la cirugía.

RIESGOS

Toda enterotomía puede ser causa de morbilidad postoperatoria por falla de la sutura.

Existe, además, un leve traumatismo por el pasaje del tubo contra las paredes intestinales ya lesionadas por la anoxia.

Por fin, la distensión secundaria puede volver permeable una sutura que se creyó herméticamente ajustada.

Concluiremos por fin que las ventajas que se obtienen por la aplicación de este método son muchas, frente a los probables riesgos que se corren con su aplicación y que, evidentemente, son mayores los riesgos que se hacen correr a un enfermo con marcada distensión intestinal empleando métodos de descompresión no siempre bien seguros y eficaces, tales como la intubación o la punción y aspiración con trocar, maniobra que siempre deja que desear en lo que se refiere a la asepsia y que, repetimos, no logra más que la evacuación de una o dos asas distendidas.

SUMARIO

Se expone un método quirúrgico para combatir la distensión intestinal. Se hacen consideraciones fisiopatológicas sobre la distensión, sus consecuencias y la necesidad de combatirla.

Se comentan los procedimientos utilizados para este fin y se plantea un método: enterotomía con aspiración con tubo de Pool-Larghero.

Se describe el tubo, la técnica de su aplicación, riesgos y ventajas de su uso.