

OCCLUSION INTESTINAL POSTOPERATORIA

Discusión

Dr. DELGADO.— Quisiera preguntar al Dr. Karlen y a sus colegas que se han ocupado en forma tan brillante de este tema, sobre algunos hechos de importancia en este problema.

En primer lugar, todas nuestras penas vienen de la operación diferida. Siempre tenemos que arrepentirnos de no operar a tiempo. Y hay dos hechos que contribuyen a engañarnos. Cuando el enfermo que se ha operado presenta un cuadro oclusivo, siempre está el equipo deseoso de no reoperarlo. Y cuando aparecen algunos síntomas, como la evacuación de gases o de materias fecales que pueden ser de la porción distal, siempre hay uno del equipo que aparece como defensor del asunto, que lo exagera un poco y crea una situación de esperanza, y entonces se retarda la operación, por esa eliminación un poco falsa de materias fecales y gases, que ocurre a veces.

El otro hecho sobre el que quiero insistir fundamentalmente, es que yo creo que la aspiración intestinal es un hecho sumamente peligroso, y la causa de muchas muertes. La aspiración gastrointestinal que es algo tan útil en muchos casos, en otros es realmente la causante de la muerte. Produce una falsa mejoría, disminución del dolor, disminución de la distensión intestinal, y da tiempo a que se produzca una lesión necrótica del intestino o una situación irreparable.

Nosotros hemos cambiado totalmente el criterio para el uso de las bombas. Lo empleamos así: lo ponemos por 12 ó 24 horas, y después la retiramos si la colocación ha sido fácil. Si, en cambio, ha sido difícil de intubar, lo dejamos pinzado. Y si no mejora a pesar de esa ayuda, y en las primeras horas recae en su sintomatología, entonces le quitamos la sonda. Y cuando nos decidimos a operarlo, se la colocamos antes, no para esperar algo de la sonda, sino para tratar de especular con el vacío y la evacuación que ella produce, y sobre todo porque en el acto operatorio resulta muy cómodo evacuar el estómago de gases y de líquidos.

En ese segundo caso usamos la sonda no para combatir la oclusión, sino para ayudarnos en el acto operatorio.

Pero repito que el sondaje aspirativo es la causa de la muerte de muchos de estos ocluidos, y que hay que desconfiar de ella. Me parece que Wangensteen al divulgar este método ha hecho mucho bien, pero ha sido también el causante de muchas muertes.

Nada más.

Dr. VALLS.—Quiero felicitar al relator, a los correlatores y a los comunicantes por esta espléndida exposición.

Diré algunas cosas en virtud de la experiencia que hemos adquirido en la Clínica del Prof. del Campo. Hemos aprendido que los enfermos cuando tienen alguna complicación postoperatoria, deben ser reoperados y urgentemente.

Para no abundar en detalles que ya expusieron los comunicantes, diremos que hay algunos aspectos particulares que son interesantes. Nosotros hemos operado dos enfermos que tenían oclusiones intestinales que fueron debidas a malformaciones anatómicas, que eran preoperatorias. Uno de los enfermos lo operamos de apendicitis y otro de hernia, que tenían una brida de Lane, y como consecuencia de esa brida de Lane que acodaba el intestino, cuando se le agregaron las modificaciones pasajeras intestinales postoperatorias, hicieron una oclusión mecánica del delgado, que fueron resueltas luego de un estudio radiológico rápido, en el caso de la apendicitis, por un Mac Burney; se entró, se vio el ciego colapsado, se tomó la última asa ileal y se llegó a la brida de Lane, encontrando que el intestino por encima estaba distendido; se seccionó la brida de Lane que estaba acodando al asa intestinal, y desapareció el cuadro oclusivo, se restableció rápidamente el tránsito.

Lo mismo nos pasó en una hernia inguinal. Operamos con anestesia local y no vimos cómo estaba el intestino dentro del abdomen. Tenía otra brida de Lane que fue operada, se le seccionó la brida de Lane por una mediana infraumbilical, y desapareció todo el cuadro.

Es decir, que cuando uno opera un enfermo, tiene que fijarse que no queden condiciones previas al acto operatorio que condicionen una oclusión postoperatoria.

Otra cosa que quiero referir, es la relativa a las oclusiones en los enfermos operados de vías biliares. Sobre esto insistió mucho el Prof. del Campo en nuestro medio, y ello nos obligó a tomar un conjunto de medidas para hacer su profilaxis en el acto operatorio de la cirugía de vías biliares. Es así que hemos podido ver enfermos que han hecho oclusiones duodenales con motivo de haber permitido que el duodeno se fijara al lecho o que se fijara a la cicatriz anterior.

En las colecistectomías también se puede ver que las asas delgadas se vienen hacia arriba por delante del colon y se fijan en el lecho operatorio, y pueden ser el origen de una oclusión intestinal postoperatoria.

Por ese motivo en la Clínica hemos aprendido con el Dr. del Campo a fijar el duodeno a la pared posterior; hemos aprendido a separarlo del lecho vesicular, interponiéndole el epiplón, o el ligamento falsiforme, llevándolo contra el plano retroperitoneal, y además a interponer el colon para separar el duodeno de la pared anterior, y todavía interponer o fijar el epiplón a la parte inferior de la incisión para evitar que las asas delgadas afluyan hacia la logía subhepática.

Dra. MURGUIA DE ROSO.—Quería agregar dos palabras para decir que la aspiración del contenido intestinal, a veces lo hacemos a través del muñón apendicular. Es decir, abrimos el apéndice, a veces antes de sacarlo, y otras

veces sacándolo previamente; pasamos una sonda de Nélaton, ya que muy a menudo no disponemos de tubos y hacemos la aspiración en perfectas condiciones.

También quería hacer notar que la presencia de Lipak en el ciego no siempre indica la ausencia de oclusión mecánica, ya que la oclusión puede estar en el colon izquierdo y mismo en el sigmoide, como tuvimos oportunidad de demostrarlo en una presentación que hicimos en el Congreso.

En lugar de Lipak hemos utilizado muchas veces en el Pereira Rossell, el lipiodol. Tal vez no con tantos beneficios o conveniencias como con el Lipak, pero desde el punto de vista económico es mucho más accesible el lipiodol que el Lipak.

Desco también recalcar que cuando un enfermo ha sido operado de una oclusión y persiste el estado oclusivo, nosotros y nuestros compañeros hemos ido a la reintervención más de una vez, y se ha comprobado que siempre existe una causa mecánica que justificaba esa intervención, y que ha permitido en la mayoría de las veces la sobrevida del enfermo.

Sólo una palabra más para decir que la gastrostomía la empleamos muy poco, pues tiene muchos inconvenientes. Donde estaría más indicada, y así se ha hecho, que es en la atresia de esófago, ha sido seguida de muchos fracasos. Tampoco impide la regurgitación y la aspiración, ya que el contenido del volumen del estómago del recién nacido es sumamente pequeño, y 10 ó 20 centímetros son suficientes para inyectar totalmente el estómago, producir el reflujo a través del cardias, que prácticamente es incontinente, y provocar la aspiración.

De modo que la gastrostomía no la hacemos nunca en el niño pequeño. Es lo que quería agregar.

Dr. KARLEN.— Pido excusas por haberme excedido en el tiempo de exposición del Relato. Estaba realmente muy concentrado en este apasionante tema.

A mi estimado amigo el Prof. Delgado, cuyos conceptos agradezco, le diré que, efectivamente, el peligro de la intubación indiscriminada y mal vigilada es un peligro real. El propio Wangensteen previene contra el abuso de la intubación y sobre todo la intubación manejada con descuido por personas que no conocen el problema.

Por falta de tiempo no pude comentar los casos del Dr. Valls, que conozco y que están citados en el Relato.

En cuanto a las oclusiones duodenales postoperatorias, en cirugía biliar, existen, pero son poco frecuentes. Acabo de leer un trabajo de autores húngaros que hablan de las complicaciones oclusivas postoperatorias duodenales en cirugía biliar. Se trata de tres casos que evolucionaron al principio sin evento y que progresivamente hicieron una oclusión alta que obligó a reintervenir. Se comprobó que había oclusión duodenal, resuelta por gastroenterostomía. La oclusión era debida a bridas y a cordones fibrosos gruesos, que estrechaban el duodeno.

Nada más y muchas gracias.

(Aplausos.)