

7. La reparación quirúrgica de las lesiones abdominales es esencial.

8. Para conseguir resultados óptimos, es necesario administrar antibióticos antes y después de la intervención.

9. Deberá pasarse una sonda para apreciar pronto la posibilidad de lesiones de las vías urinarias.

10. Habrá que irrigar la vejiga y luego medir el líquido devuelto para indagar la posibilidad de perforación.

11. Se estudiarán los riñones con el pielograma endovenoso para buscar contusiones menores.

12. Se extirpará todo riñón reducido a fragmentos.

13. Se practicará un drenaje a todo riñón lesionado.

14. Se cerrarán las perforaciones de las vísceras.

15. Se extirpará todo bazo desgarrado.

16. Se cerrarán los desgarros del hígado con gelfoam y con sutura si es necesario.

17. Se evitará, si es posible, aplicar la compresión con gasa a los desgarros del hígado.

18. Se dejará un drenaje en el abdomen si las circunstancias lo aconsejan.

19. No hay necesidad de tomar placas de rayos X hasta haber atendido las lesiones importantes.

20. Se anticiparán y tratarán enérgicamente las complicaciones pulmonares antes de la operación.

DIVERTICULO DUODENAL

PUNTO DE VISTA QUIRURGICO

Dr. RICHARD B. CATTELL y colaboradores

De la Clínica Lahey, Boston, Mass

Los divertículos del duodeno se extirpan pocas veces, a pesar de su relativa frecuencia; acaso este hecho deriva de las dificultades para decidir si el divertículo, una vez comprobado, es la causa del malestar del paciente y si, por otra parte, hay riesgo en su eliminación. Porque estas lesiones son muchas veces asintomáticas y, en el caso de provocar

trastornos, no siguen un tipo clínico definido, todo cirujano debe proceder con cautela para no exponer al paciente a un peligro operatorio sin plenas seguridades de buen resultado. Con el objeto de sentar nuestra experiencia en la cirugía de los divertículos duodenales, y para pasar revista de los métodos de selección de los pacientes, presentamos un resumen de los 25 casos sometidos a intervención operatoria en la Clínica Lahey durante los últimos 10 años.

Frecuencia. — Después del examen radiográfico en 17.000 casos recogidos por varios autores, se ha calculado una incidencia aproximada del 1,5 %. En la Clínica Lahey esta proporción alcanza hasta el 1,9 % en 2.000 casos examinados a los rayos X. Las cifras de autopsia son bastante más elevadas; en una serie de Grant se encontró hasta un 11,6 % de divertículos del duodeno en 133 enfermos examinados.

Edad. — Ocurren estos divertículos con más frecuencia en la edad avanzada: la edad promedia de nuestros pacientes fué de 50 años.

Sexo. — No parece haber predilección de sexo.

Etiología. — La exacta etiología de los divertículos duodenales es desconocida. Bastantes observadores favorecen la teoría de un punto congénito débil o área de resistencia disminuída en la pared intestinal que gradualmente se distiende según el mismo mecanismo de todas las bolsas sometidas a una presión interna. Se ha sugerido que ese punto débil es el de entrada de un vaso sanguíneo o el de implantación de tejido aberrante en la pared duodenal. El hecho de que todos los divertículos encontrados en nuestros pacientes (con 3 excepciones) estuvieran situados en el borde cóncavo o mesentérico, apoya la primera suposición, en tanto que la presencia de tejido gástrico y duodenal aberrante en 3 casos hace suponer la segunda. Interesa saber, sin embargo, que 9 de estos 25 pacientes sufrían diverticulosis concomitante en otros puntos del tubo digestivo.

Síntomas. — El dolor fué el síntoma más frecuentemente acusado, presente en todos los casos con una sola excepción. Este dolor se describió como bastante agudo e intenso, comparado a un retortijón por unos y a una mordedura por otros. Quienes sufrían menos lo describían como una presión, como un nudo o “como una indigestión, pero peor”. Por lo común se presenta inmediatamente a las 3 ó 4 horas después de las comidas. La localización del dolor se precisó en la parte alta del abdomen, con posible proyección a los lomos.

La flatulencia fué la segunda molestia más frecuente, presente en 6

enfermos. Cinco registraron pérdidas de peso entre 5 y 12 kilos. La melena se observó en 4 y el vómito en otros 4.

Las molestias suelen ser antiguas, casi siempre de más de 5 años; muchos han sido operados o medicados por úlceras o afecciones biliares, sin resultado satisfactorio. Es frecuente encontrar cierta periodicidad en lo que a las manifestaciones sintomáticas se refiere.

Diagnóstico. — El diagnóstico preoperatorio de los divertículos duodenales puede establecerse invariablemente tomando series radiográficas de la parte alta del tubo digestivo. Sin embargo, más importante que descubrir el divertículo es decidir si provoca las molestias del paciente. En la Clínica Lahey la observación de un divertículo duodenal en un paciente suele ocurrir unas 150 veces al año; por término medio, sólo en 20 se considera que el divertículo es el motivo de los padecimientos, y, de esos 20, sólo se operan 2 ó 3.

Durante la fluoroscopia se palpa con cuidado el abdomen por la zona de la lesión para precisar la sensibilidad en estos puntos; en caso positivo, tiene valor para confirmar que el divertículo es la causa de las molestias del paciente. Después de este examen se toman placas a intervalos de una hora para observar el intestino delgado y para asegurarse si el divertículo se vacía con facilidad; si a las 6 horas todavía está lleno, aumentan las posibilidades de que sea el origen de los síntomas. Al día siguiente se examinará la vesícula y el resto del tubo digestivo; si no se encuentra anomalía alguna, puede suponerse que hay lesión diverticular.

No obstante todas las seguridades que se puedan obtener del examen diagnóstico, quedan dudas todavía. Es prudente proponer al paciente una época de prueba a base de barbitúricos y belladona; si se fracasa con estas medidas después de un tiempo prudencial, que a veces puede prolongarse hasta un año, se considerará con más motivos la solución quirúrgica.

En los casos en que se determinen otras lesiones patológicas, la decisión de extirpar el divertículo se demorará hasta el momento de la intervención, especialmente si se trata de una afección biliar. Entonces, después de la excisión de la vesícula, se analizan las condiciones de tamaño, inflamación y retención del divertículo, lo que determinará la conducta a seguir, que incluso puede ser la de no operar.

Tratamiento. — La base de la intervención es la excisión del saco, pero la técnica puede variar de acuerdo con la implantación de la anomalía y su proximidad a los órganos vitales. Los divertículos situados en la cara anterior de la segunda porción no presentaron dificultades en nuestros casos cuando no habían penetrado en el páncreas; los de la parte pos-

terior a esta altura se alcanzaron por el borde lateral, con reflexión del duodeno hacia la izquierda, lo cual se consigue fácilmente después de incindir la conexión peritoneal lateral, relativamente avascular. Entonces con todo cuidado, y por medio de la disección cortante u obtusa, se moviliza el saco hacia su cuello; este cuello se secciona entre pinzas antes de cerrar el muñón con dos hileras de suturas continuas, de catgut cromado del número 00 la primera, y de seda negra a puntos interrumpidos la segunda.

En los divertículos de la tercera porción debe exponerse la parte lateral más hacia la parte media; se da vuelta a la segunda porción con el páncreas por encima; se divide el ligamento de Treitz en la porción más distal del duodeno. Es evidente el peligro de lesionar el páncreas, los conductos colédoco y pancreático, así como los vasos pancreátoduodenales, ováricos, la vena cava y la aorta.

Patología. — En nuestro grupo, 20 de los divertículos estaban localizados en la segunda porción; 7 en la tercera, y 1 en la primera. Se encuentran más frecuentemente en la cara posterior. En 6 casos estaban en íntima relación con el páncreas; en 1 caso, el colédoco terminaba en el saco del divertículo. Tratamos 4 casos en los cuales había 2 protuberancias saculares; como se comprende, saber que puede darse este caso, es importante en el momento de la operación.

En 6 casos se halló inflamación subaguda o crónica, pero ninguno presentaba verdadera gangrena. En 2 divertículos se encontraron alimentos sin digerir. En un caso se hallaron cálculos biliares dentro del saco. En la literatura se han descrito neoplasias implantadas sobre el divertículo, pero nosotros no hemos tenido la oportunidad de comprobar este fenómeno.

Complicaciones. — Tuvimos que lamentar 2 casos fatales, ambos como consecuencia de lesión pancreática. La causa final de la muerte fué la pancreatitis.

Resultados. — Hemos apreciado los resultados según una clasificación a base de tres grados: 1) excelente, si se obtenían resultados que significaban el alivio completo de las molestias que antes aquejaban al enfermo; 2) aceptable, si persistían ciertas molestias en la porción superior del abdomen; 3) nulo, si no se había logrado mejora en el paciente después de la operación.

De los 25 pacientes que forman el total de este grupo, 15 quedaron completamente curados y sin los síntomas molestos acusados antes de la intervención, por lo que los clasificamos en el grupo de resultados excelentes. En 4 disminuyeron los síntomas, pero persistieron ciertas molestias,

por lo que se clasificaron como aceptables. En 6 recurrieron los síntomas hasta tal grado, que se les ha considerado fracasos; los 2 casos fatales deben agruparse en esta última categoría.

En sólo 17 de los 25 casos los resultados deben considerarse como debidos exclusivamente a la excisión del divertículo, pues en el resto se practicaron otras intervenciones que pudieran haber influido en el resultado. Incluimos, en el primer grupo, 3 apendicectomías con apéndice normal, la exploración de 2 colédocos normales, y la extirpación de un ovario quístico. Los resultados de estos 17 casos fueron excelentes en 9, aceptables en 3 y nulos en 5.

Instituto Central de Análisis Clínicos

del Dr. GRIFOLS Y ROIG

Rambla Cataluña, 102 - BARCELONA - Teléfono 27 10 53

Análisis

de aplicación
diagnóstica.

Autovacunas

Plasma humano

Transfusiones

con sangre fresca y
sangre conservada

Desecado, fácilmente soluble, de conservación indefinida.

Contra el Shock Traumático y post-operatorio quemaduras, hemorragias tóxico infantil