

## Un Caso Exitoso de Cirugía

**Observación presentada a La Asociación Médica/ el 1º. de Diciembre de 1945, por el socio activo Dr. Juan A. Mejía M., en la sesión ordinaria que tuvo lugar ese día**

Honorables Consocios:

Tengo<sup>1</sup> el gusto de presentar a Uds. un caso que no reviste, nada novedoso y especial, sino solamente, un éxito operatorio, el primero si no estoy mal informado, que tiene lugar en este Hospital de Tegucigalpa, y no tengo ningún dato que se haya verificado esta operación con éxito, en ningunas de las casas de salud de la ciudad; por esa razón, molesto a Uds. su atención en presentar un caso, de cirugía estomacal, tan raros de encontrar y. raros también en el éxito operatorio, por el estado en que se presentan d'chos enfermos.) cabiéndome a mí, la suerte, asociado de mis ayudantes los Drs. Juan Montoya, Banegas y mi interno Fiallos, de haber salvado este enfermo y que van a conocer Uds. en este momento:

FLORENCIO IRÍAS de 65 años de edad, casado, militar, originario de Yuscarán, residente en La Venta ingresa al servicio de "Pensionado Militar" el 9 de octubre de 1945, a curarse según dice él del estómago: Anamnesia próxima: desde hace dos años, está padeciendo de falta de apetito, digestiones retardadas, náuseas después de las comidas, con eructos ácidos entre ellos, vómitos alimenticios en ayunas, con alimentos mal digeridos y olor a manteca rancia, y otros da carácter bilioso ; presentaba; sobre todo en ayunas una sensación de peso en el vientre y fue de cierto tiempo acá que empezó a sentir dolor en el epigastrio y en el punto vesicular, notó al mismo tiempo que venía adelgazando progresivamente y sufría también de flatulencias y estreñimiento.

Resumiendo: el paciente se quejaba primero, de anorexia, segundo trastornos digestivos, consistiendo en malas digestiones, náuseas con. eructos ácidos y agrios, vómitos alimenticios y biliosos, repulsión de los alimentos cualquiera que fuese, sensación de peso en el estómago en ayunas, dolor en el epigastrio y punto vesicular, flatulencias, estreñimiento y un continuo adelgazamiento.

Anamnesia lejana: Paludismo, disentería, gripe.

Enfermedades venéreas, ninguna.

Antecedentes genitales, ha tenido varias mujeres y ha hecho excesos de relaciones sexuales.

Funciones orgánicas generales: aparato digestivo anorexia, polidipsia, evacuaciones tardías.

Aparato circulatorio: palpitaciones, angustia, opresión.

Aparato respiratorio: algunas veces accesos del tos sin que halla ningún esputo.

Aparato genito-urinario: **normal.**

**Sistema nervioso: normal.**

Órganos de los sentidos: visión disminuida posiblemente por la edad.

Olfación: normal.

Gustación: muchas veces sensación de sequedad en la lengua.

Audición: normal.

Peso: anteriormente pesaba 160 libras, en la actualidad pesa 109 libras, habiendo perdido paulatinamente en dos años 51 libras.

Género de vida: se dedica a la agricultura y trabaja en la Milicia, sin que tenga un exceso de trabajo. Se alimenta regular.

Anamnesia familiar: Madre muerta ignorando la causa, tuvo varios hijos sanos. Padre muerto también de una afección hepática.

Antecedentes: colaterales sin importancia.-

Estado presente. Examen general: expresión de la cara; viva, sensorio despejado.

Psiquismo: normal.

Constitución personal: musculatura, débil y panículo adiposo muy escaso, estructura ósea normal; estatura, 1 metro 68 cm.; peso a su ingreso, 109 libras; marcha lenta y se siente débil caminando, piel trigueña, mucosas pálidas, no hay edemas, ni exantemas; cicatriz por arma de fuego en la pierna derecha.

Estado especial.

Aparato respiratorio: ligera congestión de ambas bases pulmonares por haber sufrido hace poco un ataque gripal.

Aparato circulatorio: diagnóstico anterior, radiológico de ligera dilatación aórtica sin signos clínicos; presión máxima: 10.8, presión mínima: 6.8; pulso, 80 por minuto.

Aparato digestivo: boca, se hicieron extracciones de raigones de muelas por estar en mal estado, mucosa y labios ligeramente pálidos, lengua limpia, lisa; amígdalas- normales, esófago normal.

Abdomen: a la inspección es plano, a la palpación, depresible y flácido, no hay ninguna tumoración a la percusión timpanismo generalizado. Localizando órganos: estómago, a la inspección nada de particular, a la palpación hay un dolor en la región epigástrica y en el punto pancreato-coledocciano, siendo este dolor solamente provocados, hay una sensación de basuqueo en el estómago muy marcada al pasar bruscamente de la estación de decúbito dorsal a la supina; ala persecución hay un timpanismo generalizado en las regiones epigástrica-umbilical e hipogástrica, deteniéndose a la altura de una línea que pasa horizontalmente por las dos espinas ilíacas anteriores y superiores, los hipocondrios y fosas ilíacas no presentan nada de particular; todo este examen se hizo estando el enfermo *en ayunas*.

Examen del hígado, hay una ptosis; examen del intestino, hay una ptosis; examen del vaso, normal; examen del sistema nervioso normal; el sueño es interrumpido frecuentemente por pesadillas.

Sistema ganglionar: normal.

Sistema muscular: debilitado y flácido.

Sistema Oseo: Normal.

Aparato Uro-genital: normal.

Examen de Laboratorio: heces negativo, examen de jugo gástrico, ácido clorhídrico libre 0.584; ácido clorhídrico combinado 0.310; ácido clorhídrico tola 0.894; microscopio; colibacilos; y estreptobacilos. Sangre oculta; reacción de Weber, negativa, examen de sangre: reacción de Kahn negativa; recuento globular, glóbulos rojos 3.560:000, glóbulos blancos 7.100; fórmula leucocitaria; neutrófilos 60%, linfocitos 26%, MG. 14%, B. 0%, FT. 0%, hemoglobina 80%, hematosuario negativo, tiempo de coagulación 7', tiempo de sangría 1' Glicemia 78 miligramos por mil; urea 0.167 por mil. Orina ligeras trazas de albúmina.

Diagnóstico clínico: con los datos que anteceden se sentó el diagnóstico de una posible úlcera pilórica con estenosis y una ptosis gastro-intestinal.

Examen en ayunas por los Rayos X: estómago dilatado, atómico y ptótico, cuyo fondo se encuentra a 6 traveses de dedo, debajo de las crestas ilíacas, píloro parcialmente obliterado por estenosis orgánica; bulbo duodenal deformado.

Eh vista del diagnóstico clínico que se hizo, comprobado después por los exámenes radiológicos, le hice ver al enfermo, que no podría haber tratamiento médico que pudiera tener éxito y le indiqué que sólo el tratamiento operatorio era capaz de curarlo; después de algunos días, el enfermo se resuelve a ser operado y fijo la operación para el doce de noviembre corriente. Comienzo su pre-operatorio, el 25 de octubre, ordeno en vista de la obstrucción parcial del píloro, sólo alimentación líquida, jugo de frutas, caldo desgrasado, caldo de verduras, leche, atoles; además por vía subcutánea sé pone suero de Ringer, suero glicosado, extracto de hígado, transfusión de sangre total, las vécese que se pudiera; lavado de estómago diario en ayunas. Antes de la operación se le hizo un nuevo recuento celular sanguíneo, que arrojó glóbulos rojos 4.500.000. tiempo de coagulación! 5'30, tiempo de sangría 1'; hemoglobina 80%. Durante el día y la noche, anterior a la operación se administraron tónicos cardíacos y sedantes nerviosos y un hipnótico ligero, nembutal, para poder conciliar el sueño que había estado en las noches anteriores muy escaso.

En estas condiciones, resolví, el día doce, hacer la intervención, y es llevado a la sala de operaciones, habiéndole puesto antes un centígrado de morfina, habiéndole dado también una hora antes, una cápsula de nembutal, para que el enfermo fuese más tranquilo. La operación la hice, bajo anestesia raquidia alta, administrándose durante la intervención, varios tónicos cardíacos, adrenalina, cafeína, esparteína, aceite alcanforado, porque durante la intervención, la presión arterial tuvo muchas oscilaciones, viniendo balando paulatinamente, hasta que hubo un momento que no marcó más presión el aparato. Se puso: Suero de Ringer, continuamente por vía subcutánea. Durante la operación se vigió continuamente, la presión arterial y así fue posible asistir al enfermo, con toda atención, en las alteraciones que tuvo la presión arterial.

El enfermo se mantuvo sereno y consciente durante toda la intervención, que duró cinco horas; tuve con ayudantes durante la operación a los Drs. Juan Montoya y Virgilio Banegas, y al practicante Interno Juan Miguel Fiallos.

La intervención, que llevé a cabo, dado el diagnóstico clínico que se había hecho, y previo examen de inspección, en todos los organismos, fue GASTRECTOMIA PARCIAL, llevándole más de la mitad del estómago y, una Pilocrectomía, haciendo el corte, en la mitad de la primera porción duodenal; comió el duodeno fuera muy reducido en su luz, no era posible hacer una gastro-duodenostomía, y entonces, cerré esa porción del duodeno y resolví hacer una gastro-yeyunostomía por el procedimiento de POLYA. La pieza operatoria al examinarla, mostraba una estrechez pilórica, que no dejaba entrar la punta del meñique y que probada la salida de líquidos (agua) salía gota a gota, no había ningún tumor, pero había un engrosamiento de toda la pared adyacente al piloro, y en éste, había hipertrofia, teniendo una consistencia dura y leñosa; al abrir esta cavidad se mostró la mucosa pilórica con una pequeña ulceración a un lado, y una úlcera cicatrizada en el antro pilórico; la estenosis era bien marcada, y al partirlo con el bisturí, el tegido mostró una consistencia fibrosa., las fibras musculares del píloro eran muy escasas pero no hube ningún\* tumor que pudiese hacer sospechar un Neo. Como el enfermo había sufrido grandes acideces, resolví quitar ampliamente la parte estomacal donde se encuentran las células ácidas. La operación finalizó bien, y el enfermo regresó con ánimo tranquiló a su cuarto de residencia.

Post-Operatorio: Primer día, noviembre 12; inmediatamente de la salida de la sala de operaciones, se le hizo una transfusión de sangre total de doscientos cm. cúbicos; Suero Fisiológico, con glucosa, formando una mezcla, inyectándosele en cantidad de cuatro litros por vía subcutánea, Suero de Ringer un litro por la misma vía y suero glucosado un litro por vía rectal, gota a gota; tónicos cardíacos y en la noche un centímetro de morfina. Debido al estado delicado del paciente, el enfermo es vigilado por los Internos de guardia durante toda la noche, tomándole la tensión arterial, que después que salió de la Sala de Operaciones se mantuvo la máxima a 11cm. y la mínima en 7, el pulso; era rápido, regular tenso, con una frecuencia de 120 por minuto; la temperatura bajó, sosteniéndose a 35.6 décimos; durante este tiempo se presentan vómitos de carácter bilioso e hipo y entonces a las 11 de la noche, ordené un lavado de estómago con sonda gástrica, usando suero fisiológico, tibio, mejorando el enfermo después de este lavado. Este día, de la operación, a las cuatro de la tarde ordené 100.000 U. de Penicilina, dividiéndose en cuatro dosis subcutáneas,

2° día, noviembre 13, durante las 24 horas de este día las condiciones del paciente fueron las mismas que las expuestas arriba, con la excepción de que el vómito y el hipo desaparecieron, se le hizo otra transfusión de sangre total de doscientos cc.; mezcla de suero fisiológico y glucosado, 3 litros, suero de Ringer un litro por vía subcutánea y suero glucosado un litro por vía rectal, gota

a gota, y además se ponen 100.000 U., más de penicilina; se usa tónicos cardíacos y sedantes otra vez por la noche.

3° día, noviembre 14, el mismo estado del enfermo que el anterior, sosteniéndose siempre la máxima de 11 y la misma de 7 con una frecuencia de pulso de 110, la temperatura ha subido ya un poco y marca el termómetro 37.4 décimos; se le administró otra trasfusión de sangre de 200 cc, la misma cantidad de sueros, tónicos cardíacos y por la noche nembutal, el enfermo logra dormir ya, algunas horas. ,

4° día, noviembre 15, el estado del enfermo es mejor, el pulso tiene una frecuencia de 100 pulsaciones, la temperatura 37.2, tensión arterial se conserva la misma que la anterior, se hace otra trasfusión de sangre, se aplican sueros, tónicos cardíacos y por la noche sedantes, este día se prueba al enfermo haciéndolo tomar por la mañana medio vaso de agua tibia azucarada, el enfermo se conduce durante el día perfectamente bien y ya por la tarde se le dá un vasito de leche mezclado en partes iguales con agua de vichy y comienza a tomar también por la boca, vitamina total disueltas en; agua azucarada.

5° día, noviembre 16, el enfermo está mejorando, la tensión arterial no ha habido variación, la temperatura oscila un poco y sube a 37.5, con una frecuencia de pulso de 110; volvió otra vez a ponerse suero fisiológico y glucosado mezclado por vía subcutánea, suero glucosado rectal y tónicos cardíacos, en la noche toma siempre nembutal y puede dormir un poco mejor.

6° día, noviembre 17, tensión arterial en las mismas condiciones, temperatura 37.8 con pulso de 110, respiración normal, se vuelven a poner los sueros del día anterior; como alimento, se dá un poco de café con leche y unas rodajas de pan dulce, este día aparecieron evacuaciones diarreicas, muy amarillentas, no fétidas,

7° día, noviembre 18, tensión arterial la misma, temperatura 37 grados, pulso 100, respiración tranquila, se le administra mezcla de sueros 1.000 gr. por día subcutáneos, suero glucosado gota a gota 500 gr. La alimentación continúa de igual manera, dándole cada cuatro horas, media tacita. Las evacuaciones diarreicas continúan, entonces, indico, una limonada láctica y se le permite al enfermo que pueda moverse a voluntad en su cama.

8° día, noviembre 19, tensión arterial, temperatura y pulso de igual manera que la anterior, se le administran siempre sueros, se le dio alimento,, atole de maicena y leche mezclada, y sus tres vitaminas totales.

9° día, noviembre 20, las mismas condiciones que el día anterior, aumentándose un poco su alimentación; este día las evacuaciones diarreicas se vuelven semisólidas, de olor fétido y de color negrusco, no hay sangre en la materia fecal.

10° día, 21 de noviembre, igual que el día anterior, se le dá la misma alimentación y jugo de frutas, hace dos evacuaciones con los mismos caracteres.

---

11" día, 22 de noviembre, iguales condiciones<sup>1</sup> que el día anterior, las evacuaciones cambiaron de color, volviéndose amarillentas y sólidas, hubo dos en el curso del día.

12" día, noviembre 23, las mismas condiciones que el día anterior, aumentándose su alimentación con caído desgrasado, verduras, leche con avena, jugo de frutas, sus vitaminas totales; este día se le quitaron, los primeros puntos de la herida operatoria, quedando en buenas condiciones. La posición de Fowler en que había estado en los días pasados, fue cambiada por la posición supina completa, el enfermo se siente contento y se le permitió sentarse en la cama.

13", 14" días, pasa bien el enfermo y está en buenas condiciones.

15° día, noviembre 26, las mismas condiciones que el día anterior; únicamente las evacuaciones perdieron su coloración normal volviéndose blancas; se le administraron sales biliares compuestas con páncreas.

16" día, las; mismas condiciones que el anterior, mejoran las evacuaciones tomando su color normal otra vez; se le quitaron los puntos restantes de la piel, quedando la herida operatoria completamente concluida y bordes perfectamente coaptados, se ordena la alimentación cada cuatro horas, en pequeñas cantidades cada vez, se le empieza a administrar inyecciones de extracto de hígado concentrado y complejo vitamínico B.

17° día, noviembre 28; el enfermo está en buenas condiciones se ha desayunado a las 7 de la mañana y a las 11 pensando que se habría vaciado completamente su estómago, como en realidad así fue, se le llevó a la sala de Radiología, para darle una comida de control, y verlo a la pantalla.

El enfermo ha continuado bien, y' tengo el gusto de presentárselos, lo mismo que; las radiografías que le fueron sacadas antes y después de la operación.

Tegucigalpa, D. C, diciembre de 1945.

---