

## Hernia Estrangulada con 84 Horas de Oclusión

Intestinal Por el Dr. José Gómez

**Márquez H.**

El caso que a continuación vamos a relatar, no tiene por objeto presentar un éxito operatorio, si no simplemente someter a vuestra consideración algunos problemas quirúrgicos, particularmente interesantes para aquellos, como nosotros mismos, que empezamos a ciar los primeros pasos vacilantes por los senderos de la Cirugía. Véase por lo tanto en mis palabras únicamente el deseo de provocar la sana crítica de aquellos que con su gran experiencia hecha a fuerza de trabajo y años, pueden ayudarme a salvar en el futuro, obstáculos semejantes a los que se me presentaron, con este enfermo.

En la noche del 25 de octubre próximo pasado, fuimos llamados con urgencia por los Practicantes de Guardia del Hospital General, para atender a una paciente, que a juicio de los mencionados jóvenes presentaba una hernia estrangulada. Efectivamente, llegado a la cabecera de la enferma, nos encontramos con que se trataba de una anciana de 73 años de edad, la cual, con bastante dificultad por ser su estado general bastante delicado, nos suministró la siguiente historia:

Desde hacía muchos años (ella no pudo precisar cuantos, presentaba una pequeña tumoración, indolora, que no le causaba la menor molestia, en la región inguinal izquierda, fácilmente reducible. Hacía tres días, el martes 22 de aquel mes, que a eso de las 10 de la mañana aproximadamente, había sufrido un fuerte dolor en esa región, junto con endurecimiento de la masa tumoral que a su vez se había hecho irreducible. Todo esto había ido acompañado de anorexia, náuseas no seguidas de vómito, sensación de lo menos, se complica siempre con el perjuicio económico; con la pérdida de tiempo y de resistencia orgánica cuando su administración es inútil por carecer de indicación; y luego, la más grave de todas las complicaciones: La aparición del ya muy conocido fenómeno de la penicilinoresistencia, en individuos a los cuales se ha aplicado la droga en dosis y tal vez sin necesidad.

El mejor tratamiento de la PENICILINOFILIA sería, como para todas las enfermedades, el preventivo; y éste consistiría lógicamente, en combatir hasta hacer desaparecer —si fuere posible— a los tres factores etiológicos que hemos citado hace un momento y que nos complace sobremanera repetir: Falta de diagnóstico, charlatanismo y snobismo.

Tegucigalpa, D. C., Octubre de 1946

tensión abdominal y estreñimiento. Alguien, que no se pudo precisar si se trataba de un médico o un empírico, había hecho el diagnóstico de "incordio," según la palabra de la enferma. Durante, tres días había permanecido en esa situación pero pasados éstos y teniendo en cuenta que su estado se agravaba, los familiares habían resuelto conducirla al Hospital General.

Al examen, encontramos lo siguiente:

A la inspección general, observamos que se trataba de una anciana, con musculatura y panículo adiposo escasamente desarrollados, visiblemente debilitada, que se quejaba continuamente de su dolor abdominal y con una disnea de reposo bien manifiesta.

A la inspección local, abdomen ligeramente abombado y en la región inguinal izquierda un tumor del tamaño de una mandarina a cuyo nivel, la superficie cutánea había adquirido una hiperemia clara. A la palpación, dolor generalizado en todo el abdomen; la masa tumoral en cuestión, dura, muy dolorosa y caliente. A la percusión, timpanismo abdominal y matidez en el tumor.

La exploración de los aparatos respiratorio, urinario y genital, no arrojó ningún dato de importancia.

Por parte del aparato circulatorio, pulso con una frecuencia de 150 pulsaciones por minuto, débil, blando y regular. Marcada debilitación de todos los ruidos cardíacos. Tensión arterial, Max: 125 y Min: 65.

La temperatura de 36.5° C, tomada en la boca.

Se hizo el diagnóstico de hernia estrangulada y con el objeto de intentar precisar su localización, acudimos a la maniobra de Amussat, que nos puso de manifiesto, que la mayor parte del tumor hemisférico se encontraba por debajo de la línea que une la espina iliaca anterosuperior con el pubis, por lo cual supusimos que se trataba de una hernia crural.

Decidimos la intervención quirúrgica inmediata (aproximadamente a las 10 p. m.).

#### Operación

Antes de proceder a la operación se inyecta 0,25 gr., cafeína y 10 cc. de aceite alcanforado. Se escoge la anestesia local, por el estado de toxemia y la edad de la paciente, parece razonablemente la mejor para evitar el shock. El procedimiento que se elige es el de Reclus que consiste en infiltración primero de la línea de incisión, después de los nervios abdominogéintales que quedan al descubierto en el campo operatorio, luego de los músculos oblicuo menor y transversos y por último una infiltración del saco herniario. Gracias a este procedimiento, logramos una anestesia bastante buena, manifestándose el dolor únicamente durante las tracciones que fue necesario efectuar sobre el intestino. Durante el transcurso de la operación, inyección de 500 cc. de suero glucosado subcutáneo.

Se escoge como vía de acceso, la inguinal por dos razones; una porque en el caso de hernia crural, que era.

tico clínico, ésta vía parece ofrecer mayores ventajas, si como sucedía se trataba de una hernia estrangulada y otra, por que no teníamos la certeza absoluta de que se tratase realmente de una hernia crural.

Tras la sección de la aponeurosis del oblicuo mayor, encontramos un saco hemiario muy voluminoso, equimótico, con adherencias a los tejidos circunvecinos; por medio de la compresa, se lleva a cabo el desprendimiento del saco hemiario hasta el orificio inguinal interno; se trata por consiguiente de una hemiainguinal estrangulada. Se procede a la abertura del saco y encontramos en su interior un asa intestinal, de unos 15 cm. de longitud, de un color rojo vinoso con varias placas negruzcas y de escasa consistencia; se trata por consiguiente de una gangrena intestinal y se decide la resección intestinal con el objeto de llevar a cabo una enterorrafia término-terminal. Se colocan las pinzas de coprostasio y se resecan unos 12 cm. de intestino. Al hacer la sutura, sobreviene un doble accidente: por una parte, la coaptación de ambos cabezas de intestino no resulta satisfactorio, debido a la gran diferencia que existe entre la porción supraestrictural (que está notablemente dilatada) y la infraestrictural (que conserva su luz normal) y por otro lado, las pinzas coprostáticas, han mortificado seriamente el tejido intestinal, especialmente de la porción superior. Nos vemos obligados a hacer una nueva resección, ésta vez de unos 8 cm. En el curso de estas maniobras, no podemos evitar el derrame de una pequeña cantidad del contenido intestinal. Por fin, logramos una buena sutura término-terminal en dos planos. Se espolvorea la región con sulfatiazol en polvo y se abandona el asa en el interior de la cavidad abdominal. Posteriormente, resección del saco, sutura del mismo y reconstrucción de la pared abdominal.

El salir la enferma de la Sala de Operaciones presenta buen pulso. Se prescribe, para el resto de la noche, 1.000 cc. de suero glucosado subcutáneo y 100.000 U. O. de Penicilina.

(Jurso post-operatorio)

Sábado, 26.—La enferma ha pasado una noche bastante tranquila. Estado general satisfactorio, lengua extremadamente seca, abdomen flácido y sin timpanismo, temperatura bucal por debajo de 37° C, pulso con una frecuencia de 150 pulsaciones por minuto, regular, igual y tenso. Tensión arterial, Mx: 133.2 y Min: 76. Se mantiene la dieta absoluta, administrándosele únicamente algunos pedacitos de hielo para calmar la sed. Se prescribe este día 100.000 U. O. de Penicilina, aceite alcanforado a la dosis de 10 cc. cada tres horas, dos inyectables de cafeína. 1,000 cc. de suero glucosado. 500 cc. de suero Ringer y 500 cc. de suero fisiológico. Domingo 27.—Hasta las primeras horas de la tarde, persiste el buen estado, pero aproximadamente a eso de las 3 p. m., sobreviene una franca agravación: el abdomen está tenso, muy doloroso y existe un timpanismo franco; a pesar de la sonda rectal no se con-

sigue la expulsión de gases. La lengua continúa muy seca; hay disnea de\*»reposito marcada y la enferma se queja continuamente. Sin embargo, el pulso y la temperatura se mantienen en buenas condiciones. Debido a esta situación, se decide administrar una inyección **intramuscular** de un cuarto de ce. de Pitocín, equivalente 2.5 U. I. del principio ocitocico del lóbulo posterior de hipófisis y se espera hasta la noche. Al llegar ésta, el estado de la enferma lejos de mejorarse, se ha ido agravando. Decidimos a jugarnos el todo por el todo, administramos 20 ce. de suero calino hipertónico junto con 5 U. I. de **Pitocin** por la vía intravenosa; el intestino se moviliza inmediatamente y se consigue la expulsión de una regular cantidad de gases con lo que la enferma experimenta un ligero alivio.

Este día se administró igual cantidad de Penicilina y de sueros que el día anterior

**Lunes 28.**—Las condiciones de la enferma **han** empeorado francamente. A parte de la sintoniatología abdominal a que ya hicimos referencia, se han establecido vómitos fecaloideos que se repiten a cada momento. El pulso y la temperatura aún normales; se hace un recuento de glóbulos blancos que arroja un total de 14.500 y una fórmula leucocitaria con 89% de neutrofilos. Estamos por lo tanto en presencia de un cuadro franco de peritonitis. Así las cosas suponemos que el fin está próximo, pero antes de darnos por vencidos, se resuelve drenar la cavidad **abdominal**. Con el objeto de localizar una colección purulenta supuesta, hacemos varias punciones exploradoras y al fin hallamos inmediatamente por debajo del ombligo una cierta cantidad de serosidad purulenta. Es en ese punto donde, tras anestesia local, abrimos en una extensión de unos 3 ce. la cavidad y dejamos un drenaje de hule.

A parte de esto se continúa con la misma terapéutica de días anteriores.

**Martes 29.** — Con gran sorpresa muestra el estado de la enferma ha mejorado notablemente en la mañana de ese día y según la historia que dio la enfermera, la noche anterior a eso de las 10 había habido un gran vómito fecaloideo después de cual ya no se había repetido otros. El abdomen estaba más flácido, **cagi** indoloro, había expulsión de gases y el dreno **subumbilical** estaba funcionando.

Este día la paciente tomó jugo de naranja, y leche. Además de los sueros y la Penicilina se administraron, dos inyectables de Ambesid.

**Miércoles 30.**— Continúa la mejoría, la alimentación se va aumentando con café, caldo y té. Igual terapéutica del día anterior.

**Días 31, lo. y 2.**— Nada de particular, continuando el restablecimiento.

El día 3. nueve días después de la operación, se quitan **ios** puntos y la herida operatoria se entreabre, dando salida a una buena cantidad de pus. Al décimo día y tras un enema jabonoso,

se consigue el primer asiento. El 11<sup>o</sup> día se suspende la Penicilina, el Ambesid y los sueros puesto que la enferma ha mejorado notablemente y se alimenta bastante. Durante los cuatro días siguientes a esta suspensión la temperatura se eleva entre 37 y 38° C. pero cede espontáneamente. El 12<sup>o</sup>, apercibimos, edemas **bilaterales** de ambos miembros inferiores y se acentúa, la disnea de reposo que había venido presentando la paciente. Un examen general, haciendo especial hincapié en la exploración del corazón, pulmones y riñones no nos da desde el punto de vista clínico, nada particular salvo la debilidad de los ruidos cardíacos. La tensión arterial continúa arrojando las mismas cifras que en las medidas anteriores, la eliminación de orina es de 400 cc. en las 24 horas y el examen de la misma repetido en tres ocasiones diferentes no presenta nada anormal; la dosificación de úrea en la sangre da 40 mgr. por 100. Se le administra **estrofanina** por medio del preparado Cordisol, a la dosis de un cuarto de miligramo diario por la vía endovenosa, sin que mejoren los trastornos ya mencionados; sin embargo, los ruidos cardíacos aumentan de intensidad. Tras una espera de tres días, llamamos en consulta al Doctor Mario Díaz, quien encontró solamente un débil soplo sistólico en la punta, dándole el caso la impresión en principio de una ligera insuficiencia cardíaca y nos recomienda un nuevo examen de orina; otra medición de la diuresis, la repetición de la dosificación de úrea y un examen radiológico de pulmones y corazón. Los primeros acusan el mismo resultado que los ya llevados a cabo **precedentemente** y el radiológico, una ligera **congestión** pulmonar de la base derecha y una dilatación de la aorta, ascendente. Se aconseja la administración de digital bajo la forma de Digifortis, pero no teniendo en esos momentos el tal preparado, se prescribe Adigan a la dosis de XXX gotas el primer día, que no es tolerado, ya que se presentan después vómitos acuosos y una anorexia bien marcada; se suspende la medicación y se le inyecta, diariamente 50 cc. de suero glucosado hipertónico por vía intravenosa y 500 cc. de suero glucosado isotónico subcutáneo; además unas gotas aperitivas y se recomienda el aumento de la cantidad de proteínas en la alimentación por creer el Doctor Díaz que los edemas son debido a una dieta **insuficiente** de las mismas.

Con este nuevo tratamiento se consiguió elevar la cantidad de orina en las 24 horas, únicamente a 500 cc, pero en el curso de los días siguientes, desapareció casi completamente la disnea y los edemas mermaron en forma notable. La resistencia a alimentarse se venció solamente en parte y fue por ello, que después de cicatrizadas las heridas operatorias y con una notable mejoría del estado general, se decidió darle el alta a la enferma a los 28 días de operada, con el fin de que pudiera continuar en su casa una alimentación más en armonía con sus gustos susceptibles de aumentarla el apetito.

### Comentario

El presentar ante ustedes este caso, ha tenido por objeto como ya se dijo en un principio, intentar aprovechar las enseñanzas que nos puede **suministrar**, reconociendo los errores cometidos y asimismo aquellos factores que hicieron, posible la supervivencia de la enferma.

Digamos ante todo, que según los tratados de cirugía, la hernia estrangulada con **gangrena** intestinal es siempre de un pronóstico sumamente grave. Según el libro de Christophers. Text book Grungeng, y de acuerdo con la estadística de Bomer, el tiempo que suele mediar entre la iniciación de los accidentes de obstrucción intestinal y la operación es de 31 horas como máximo, creciendo la gravedad del caso conforme **van** pasando las horas. Según, Braun y Wartmann del Hospital **Friedrichshain** de Berlín el porcentaje de muertes en caso de gangrena intestinal por hernia estrangulada es de 50, 9 sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la oclusión ni las condiciones generales del paciente. Después de tener a la vista tales datos se comprende por lo tanto que pudiera considerarse como casi desesperado **nuestro** caso actual, puesto que según la historia de la enferma y de sus familiares, la estrangulación se había efectuado hacía unas 84 horas y además teniendo en cuenta la edad de 73 años No extrañará a nadie por lo tanto que dadas las **circunstancias** y tomando en consideración nuestra escasa experiencia quirúrgica, fuera un verdadero problema el resolver la intervención en la enferma y si nos decidimos fue únicamente pensando que sin ella, la muerte era tatal mientas que operando había alguna posibilidad, por pequeña que fuese, de salvar a la enferma. Por fortuna, los hechos parece que nos dieron la razón.

Pasando revista detenidamente a los distintos incidentes de la operación y del curso post-operatorio creemos que el balance de los errores y de los aciertos fue el siguiente:

Entre los primeros, los errores, que al fin y al cabo son paradójicamente los más interesantes si es que se saben reconocer, tenemos:

1°—La mala coaptación de los extremos intestinales en la primera intentona de enterorrafia, que prolongó innecesariamente la intervención, aumentando los peligros del shock operatorio.

2°—El no haber sabido evitar el derrame del contenido intestinal, creando así un tiempo séptico, con sus graves consecuencias.

3°—js[0 haber drenado desde el primer momento, confiando excesivamente en las excelencias de la Penicilina y de las Sulfas.

4°—Haber movilizado el intestino por medio de la inyección de Pitocín y suero salino hipertónico.

Entre los aciertos, que en parte tuvieron que corregir los anteriores errores, encontramos:

1°—La intervención inmediata a pesar de los muchos riesgos que presentaba y las pocas posibilidades de éxito.

2°—La elección de la anestesia local que permitió a la enferma salir en excelentes condiciones de la Sala de Operaciones.

3°—La vigilancia extremada durante el post-operatorio.

4°—Deshacer el error cometido durante la operación, al no dejar el drenaje correspondiente, efectuando la e'iotomía cubumbilical. Tal vez se podía alegar que hubiera sido más quirúrgico hacer una **colpotomía** con tal fin, pero nosotros temíamos que existiera una peritonitis circunscrita, inaccesible a un desagüe inferior y por ello preferimos, por medio de las punciones exploradoras, localizar el foco, como nos parece que lo **conseguimos**, en la región subumbilical.

El presente caso, aun siendo aislado, es susceptible de hacernos **reflexiona\*** sobre varios puntos: el primero sobre la obligación que tiene todo médico de agotar todas las posibilidades médicas y quirúrgicas por desesperado que parezca un caso; el segundo, a cerca de la importancia que tiene en toda intervención la elección de la anestesia más apropiada y la difusión cada día más grande que deben tener las anestесias locales y regionales y el tercero, aprender a apreciar en lo justo el valor de los productos sulfamidados y de la Penicilina, pues aun reconociendo los enormes servicios que prestan diariamente en Medicina y en Cirugía, es conveniente no confiarlo todos a ellos, y como en el caso que nos ha ocupado, saber poner un drenaje a tiempo, cuando alguna de las fases de la intervención ha sido séptica.