

# EXTRACTOS DE REVISTAS

---

**TÉCNICA DE CAPA ÚNICA PARA ANASTOMOSIS INTESTINALES TERMINO-TERMINALES POR TRIANGULACIÓN.**—HEIFETZ, C. L.:  
The Surg. Clin, of N. A. 46:223 **Feb.** 1966

El autor hace consideraciones sobre las características ideales de una enteroanastomosis término-terminal y aunque mecánicamente la unión más fuerte se obtiene mediante el cierre en varias capas, este procedimiento tiende a estrechar el lumen **intestinal**.

El propósito de su informe es describir un método que soluciona el problema. La técnica propuesta utiliza el principio de triangulación de los extremos intestinales-, método semejante al utilizado para anastomosis vasculares; su uso implica delicadeza y la desaconseja para los cirujanos cuya consideración primaria es la rapidez. Emplea únicamente una línea de sutura seromuscular, de puntos separados, con seda 0000 que coloca sucesivamente en cada uno de los lados obtenidos por la triangulación de los extremos por unir.

El informante describe la técnica operatoria y, finalmente, compara los resultados entre 50 pacientes en quienes se restableció la continuidad usando la clásica doble capa con otros 50 pacientes en que se siguió la técnica por él expuesta.

S. R. Z.

**USO EXPERIMENTAL DE SEGMENTOS SEROMUSCULARES DE ILEUM COMO SUBSTITUTOS DE VEJIGA URINARIA**—Torbey, P. K.,  
Mozden, P. J. Annals of Surg. 163:588. **Abril** de 1966.

El método de Bricker de empleo de un segmento aislado de ileum como sustituto de la vejiga urinaria ha sido usado ampliamente y ha demostrado numerosas ventajas sobre los métodos antes usados.

Sin embargo, el ileum aislado conserva su poder secretario y su capacidad absorbente (molesta secreción mucosa y desequilibrios metabólicos).

Los informantes emprendieron una investigación en la cual se utilizaba el mismo segmento ileal pero al cual se le denudaba de su mucosa con el objeto de eliminar cualquiera de las dos funciones de la misma. Sus conclusiones son que tal segmento seromuscular de íleum substituye adecuadamente a la vejiga urinaria con condiciones fisiológicas mejoradas. La superficie denudada se recubre de epitelio de tipo transicional con insignificante poder absorbente.

Describen la técnica quirúrgica y los cambios histológicos; el poder absorbente se probó en tres grupos de perros mestizos can tritium.

S. R. Z.

RUPTURA ESPONTANEA DEL ESTOMAGO.—Schwartz, A. M. y Zimetbaun, M.—J.A.M.A. 196:180 Abril, 1966.

Los autores manifiestan que la ruptura del estómago es un accidente raro, particularmente en ausencia de trauma. Con el caso que publican llega a 46 los casos informados. En ninguno de ellos se hizo el diagnóstico antes de la intervención quirúrgica o de la autopsia.

Manifiestan que la integridad gástrica es mantenida por la calidad de sus paredes, por la gran movilidad de la víscera y porque el píloro y cardias actúan como válvulas de seguridad. Los casos informados han sido asociados a excesos de comida o de bebidas o la ingestión de alcalinos para aliviar indigestiones, que condicionan dilatación gástrica; a veces ésta ha sido debida a aereofagia. A la dilatación se agrega a veces hipertrofia <> edema pilórico y en ocasiones piloroespasmo; la distensión ocasiona una angulación en la unión esofagogástrica que produce un mecanismo valvular franqueable únicamente del esófago al estómago. Establecidas estas condiciones los intentos de vómitos producen la ruptura. El síndrome de Mallory-Weiss tiene una etiología semejante.

En el 75 % de los casos la ruptura se localiza en la curvatura menor creyéndose que la ausencia de pliegues mucosos a ese nivel disminuyen el coeficiente de elasticidad de esa área; asimismo, la distensión en este sitio ocasiona necrosis isquémica que puede conducir a perforación.

Dicen que el cuadro clínico incluye (1) abdomen distendido con marcada dilatación gástrica, (2) aire libre intraperitoneal, (3) enfisema subcutáneo y (4) Shock.

La existencia de esta entidad implica la urgente necesidad de aliviar la dilatación gástrica aguda por medio de intubación nasogástrica.

S. R. Z.

SÍNDROME DE MALLORY-WEISS: Informe de un caso probado en autopsia y revisión de literatura—Kazmers, N. Internat. Surg. 45:483. Mayo 1966.

El autor informa que Mallory y Weiss fueron los primeros en describir hemorragias procedentes de laceraciones del orificio cardíaco del estómago acondicionadas por vómitos. Con el caso personal, el número total de ocurrencias mundiales informadas es de 55; 42 veces ocurrieron en hombres; la edad promedio fue 58 años; el diagnóstico fue comprobado por autopsia en 31, por cirugía en 17, por gastroscopia en 4 y por esofagogastroscopia en 3. El vómito de diversas etiologías ha sido factor en 47 casos, en el resto se considero que la laceración fue provocada por ataques de tos, estado asmático y epilepsia. La hernia del hiato esofágico y atrofia senil de la mucosa se consideran como factores predisponentes. La laceración lineal ocurre en el eje mayor de la unión esofagogástrica y es de un mm. a 7,5 cm. de larga por 2 cm. de ancha; usualmente son múltiples habiéndose contado hasta 5 en un paciente; pueden tomar sólo la mucosa pero usualmente se extienden a la muscularis y ocasionalmente producen perforaciones. En lo relativo a diagnóstico las rasgaduras no han sido demostradas radiológicamente, por examen endoscópico son difíciles de detectar

en la laparotomía pueden pasar inadvertidas. Debe sospecharse la exisicia del síndrome en pacientes que hemorragia gastrointestinal superior consecutiva a vómitos, especialmente en pacientes con hernia hiatal. Muchos casos no son diagnosticados y la hemorragia cede espontáneamente; los que son sospechosos de padecerlo pueden ser tratados conservadoramente con transfusiones de sangre e irrigación del estómago con agua helada; el examen endoscópico se considera indicado cuando la hemorragia persiste; si ésta es incontrolable se tiene que recurrir a la intervención quirúrgica para buscar la fuente del sangramiento (transfixión de los puntos sangrantes y cierre (le las laceraciones), reparar la hernia hiatal, vagotomía y piloroplastia.

S. K. Z.

NO UNION DE LAS FRACTURAS—J. Trueta, M. D. D. Se. F.R.C.S.,  
F.A.C.S.—CLINICAL ORTHOPAEDICS and Related Research, N\* 43,  
INov.-Dic.-65. Lippincott.

La falta de unión de una fractura es debida al rompimiento del mecanismo natural de la reparación ósea. En las fracturas cerradas casi siempre se debe al manejo equivocado de la fractura, dentro del cual se incluyen los casos de interposición del músculo entre los fragmentos principales, casos que deben ser tratados por cirugía inmediata.

En las personas normales la osteogénesis reparativa es un proceso natural ocasionado por la fractura. Las principales causas de la falta de unión son la presencia de una barrera de tejidos entre los fragmentos (falta de reducción) o repetidos daños vasculares en la línea de fractura (falta de inmovilización).

Para corregir esto, los dos factores, osteogénesis y fijación de los fragmentos, deben ser evaluados con precisión y el método a seguir para obtener éxito debe ser aquél que con el mínimo riesgo y disturbios locales pueda producir la máxima función de la extremidad en el menor tiempo posible. La cirugía con fijación metálica firme, de manera que evite el más mínimo movimiento a nivel del sitio de la fractura sería el tratamiento de elección si no fuera por el número de casos de invalidez permanente que han provocado estas técnicas radicales cuando son usadas en todos los casos y por todos los cirujanos. Incluso en las mejores manos el riesgo debe justificarse evaluando otras técnicas con las que se puedan alcanzar resultados similares. El autor concluye, después de 40 años de tratar pacientes con fracturas, que cada caso debe tratarse de acuerdo a sus propias características, teniendo siempre en mente el estímulo osteogénico y la inmovilización de la fractura.

A.B.M