

HERNIA CRURAL ESTRANGULADA. — RESECCION DE INTESTINO DELGADO. — A PROPOSITO DE TRES OBSERVACIONES (*)

Dres. Alfonso Santos Dubra, Jorge Burgel y Nelson Varela

El motivo de esta comunicación consiste en presentar brevemente los casos de tres pacientes con hernia crural estrangulada operados por nosotros durante el año 1955 en el Hospital de Clínicas mediante resección intestinal.

Hemos limitado fundamentalmente nuestros esfuerzos a considerar el problema quirúrgico, sin detenernos mayormente en el análisis de la sintomatología, el diagnóstico, o los resultados estadísticos.

Es nuestro propósito presentar y discutir nuestras observaciones, así como el informe de los resultados finales de esta pequeña serie de resecciones intestinales, y oír las opiniones de los señores consocios, para conocer ideas y experiencia.

La forma en que ha sido resuelta, y la técnica realizada es el tema de la presente comunicación.

DESCRIPCION DE LOS CASOS

CASO N° 1

M. L. B. Registro 14170. 74 años, oriental. Sexo masculino.

Motivo de consulta. — Oclusión intestinal de tipo mecánico.

Enfermedad actual. — Inicia su enfermedad 11 días antes de su ingreso con molestias epigástricas; toma un purgante (Pagliano) y 4 horas después comienza con vómitos de alimento. Tiene dos deposiciones abundantes de materias semi-líquidas. Durante el vómito y la defecación nota que su hernia crural izquierda se vuelve dolorosa y menos reductible. Continúa con deposiciones blandas, 3 veces al día, hasta las 24 horas anteriores a su ingreso. Desde entonces constipación. No ha tenido vómitos.

Antecedentes personales. — Desde hace 10 años tiene hernia crural

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 12 de setiembre de 1956.

e hidrocele bilateral. Las hernias eran reductibles con el decúbito y el braguero. Ha tenido episodios de atascamiento herniario. Los hidroceles los trata personalmente con punciones repetidas cada 2 meses.

Examen clínico. — Buen estado general, apirético, lengua saburral pero húmeda. Pulso 80, regular. P. A.: 14 - 9.

Abdomen. — Depresible e indoloro espontáneamente y a la palpación. Moderada distensión abdominal, especialmente en hemiventre superior, a cuyo nivel hay timpanismo.

Región inguino-crural izquierda. — Hernia crural no reductible, dolorosa a la palpación, mate a la percusión.

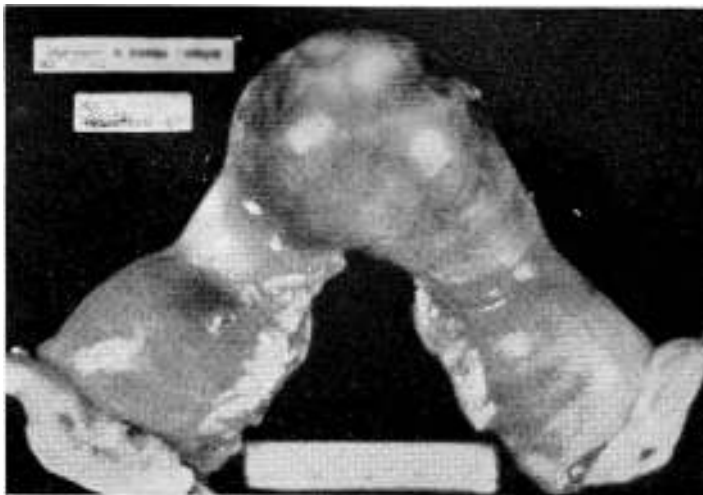


FIG. 1. — Fotografía de la pieza anatómica resecada (corresponde al caso N° 1).

Región inguino-crural derecha. — Hernia crural reductible, indolora, timpánica a la percusión. Hidrocele bilateral con paquivaginalitis.

Examen pleuro-pulmonar y cardiovascular. — Normal.

Tacto rectal. — Sin particularidades a los efectos del caso.

Exámenes de laboratorio. — Cloruria 0 gr. 80, leucocitosis 18.200. Los restantes son normales.

Estudio radiológico. — Radiografía simple: distensión gaseosa del delgado, con numerosos niveles líquidos.

Consideraciones clínicas. — Hernia crural izquierda estrangulada que ha provocado una oclusión mecánica del intestino delgado. Llama la atención la poca sintomatología del síndrome oclusivo en contraste con los síntomas radiológicos de oclusión intestinal. Destacamos el buen estado general y su escasa repercusión humoral.

Pre-operatorio. — Intubación intestinal con lavado gástrico. Hidrata-

ción por vía parenteral. Antibióticos. Balance hidrosalino aceptable. Se decide operar.

Operación. — Cirujano: Dr. A. Santos; Ayudantes: Dr. J. Burgel y Pte. Acosta y Lara. Anestesia general con éter.

Incisión. — Vertical en S itálica amplia sobre la tumefacción. Se libera el saco, seccionando parcialmente el ligamento de Gimbernat y la arcada inguinal verticalmente. Se abre el saco que contiene escasa cantidad de líquido verdoso y fétido. El intestino delgado de color negro verdoso en una extensión de 8 cms. y con olor fétido. Se hace resección de unos 15 cms. de intestino con anastomosis término-terminal con puntos separados de lino N° 100 en dos planos total y sero-seroso. Reintegración. Cierre en bolsa del saco peritoneal. No se hizo plastia parietal. Drenaje subcutáneo. Dos puntos en la piel.

Postoperatorio. — Excelente, sin complicaciones.

Cultivo de líquido contenido en el saco peritoneal. Se aísla Escherichia.

Informe anatomopatológico (Dr. Juan F. Cassinelli). — Pared intestinal con congestión, edema, exudación intersticial polinuclear. La zona parietal completamente necrosada con borramiento de toda estructura histológica. Es llamativa la predominancia de las lesiones en las capas externas de la pared intestinal.

Estudio radiológico de intestino delgado (Tránsito intestinal). — Realizado 32 días después de la operación: el tránsito por el intestino delgado se hace normalmente.

CASO N° 2

M. R. L. de B. Registro 13659. 62 años, oriental, sexo femenino.

Motivo de consulta: Hernia crural derecha estrangulada.

Enfermedad actual: Hace 2 meses nota la aparición de una tumefacción en región inguino-crural derecha, cuyas condiciones de inicio no recuerda y que vio un día accidentalmente. Nunca le provocó ningún trastorno. No da datos si era reductible o no. Nunca vio médico por ello. El día de su ingreso tiene por primera vez molestias dolorosas abdominales difusas y a nivel de su hernia. Tuvo un vómito de alimento de poca cantidad y que no se repitió. Nota que su tumefacción inguino-crural se vuelve más tensa y más dolorosa que antes. Dice haber movido diariamente el vientre.

Antecedentes personales: Manifestaciones de insuficiencia cardíaca izquierda y un síndrome de angor pectoris. Arterioclerosis generalizada.

Examen clínico: Lúcida, con evidentes trastornos de la memoria, no recuerda el mes ni el año en que vivimos, pero está orientada en el espacio. Disneica. Ansiosa. Lengua húmeda. Pulso 74, regular. P.A.: 21 - 10.

Abdomen: Plano, depresible, doloroso difusamente a la palpación. Discreta sonoridad a la percusión. Hígado que se palpa a dos traveses de dedo bajo el reborde costal.

Región inguino-crural derecha: Hernia crural irreductible, discretamente dolorosa, con todos los caracteres clínicos de una hernia estrangulada.

Cardiovascular: Soplo sistólico de la punta.

Pleuropulmonar: Disminución del murmullo vesicular en ambas bases.

Tacto rectal y vaginal: Normal.

Exámenes de laboratorio de rutina: Normal.

Estudio radiológico: Radiografía simple: distensión gaseosa del delgado, en forma difusa con discreto engrosamiento entre las asas, sin precisarse niveles.

Se indica la intervención quirúrgica que la enferma rechaza, abandonando el hospital. Reingresa a las 24 horas con el mismo cuadro.

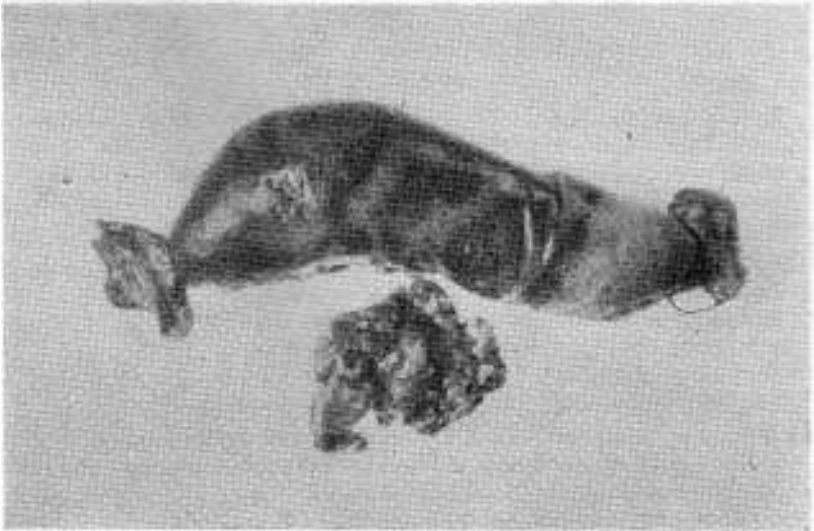


FIG. 2. — Pieza correspondiente al caso N° 2

Comentario: Hernia crural estrangulada con prolongado tiempo de evolución en una enferma con serios antecedentes de insuficiencia cardíaca.

Pre-operatorio: Intubación intestinal con lavado gástrico. Hidratación por vía parenteral. Antibióticos. Tonicardíacos.

Operación: Cirujano Dr. A. Santos; Ayudantes: Dr. J. Mañana, Pte. Rozadas. Anestesia general con éter.

Incisión: Vertical en S itálica sobre la tumefacción. Liberación del saco seccionándose parcialmente el ligamento de Gimbernat y la arcada crural verticalmente. Se abre el saco que contiene intestino delgado de color negro, entre ambos hay un líquido negro y fétido en cantidad de 5 c.c. Se hace resección intestinal de unos 10 cmts., con anastomosis término-terminal. Sutura con puntos separados de lino N° 100 anudados dentro del intestino en dos planos total primero y luego serosa. Rein-

tegración. Cierre en bolsa del saco peritoneal. No se hizo plastia parietal. Drenaje en el celular. Dos puntos en la piel.

Post-operatorio: Excelente.

Cultivo del líquido del saco: Se aísla Escherichia.

Informe Anatomopatológico (Dr. Juan Fco. Cassinelli): Intestino delgado con infartación hemorrágica, necrosis hemorrágica y comienzo de exudación leucocitaria polinuclear en las zonas necrosadas. La pared está adelgazada, aun en las zonas de mayor infiltración sanguínea.

Estudio radiológico de intestino delgado (tránsito intestinal): Realizado 14 días después de la operación: hipotonía de las asas correspondientes al yeyuno distal y al íleo proximal, con marcada distensión gaseosa de las mismas. Lentitud en el tránsito no habiendo alcanzado el ciego 6 horas después de la ingestión.

CASO Nº 3

J. M. M. de S. Registro 16254. 76 años, oriental, sexo femenino.

Motivo de consulta: Oclusión intestinal de tipo mecánico.

Enfermedad actual: Comienza hace 4 días con molestias abdominales difusas, a predominio en epigastrio. Dolores de tipo cólico intestinal difusos de moderada intensidad. Constipación y dificultad para expulsar gases. Vómitos de alimentos, más tarde biliosos. Dispepsia de tipo hepatobiliar.

Examen clínico: Lúcida. Lengua algo seca. Deshidratación moderada, apirética. Pulso 90, regular. P.A.: 14 - 6.

Abdomen: Distendido. Depresible en toda su área. Uniformemente doloroso. Timpánico a la percusión particularmente en f. i. d. No hay modificaciones llamativas en las zonas herniarias.

Examen pleuropulmonar y cardiovascular: Sin particularidades.

Tacto rectal y vaginal: Normal.

Exámenes de laboratorio: Cloruria 0 gr. 80. Los restantes exámenes de rutina son normales.

Estudio radiológico: Radiografía simple: se aprecian algunas asas delgadas distendidas y con niveles.

Comentario clínico: Enferma de edad, con un estado general precario y con cuadro clínico de oclusión mecánica del intestino delgado. Como la palpación de los orificios herniarios no suministran datos de interés se decide operar abordando el cuadro oclusivo por incisión abdominal.

Pre-operatorio: Intubación intestinal con lavado gástrico. Hidratación por vía parenteral. Antibióticos y sulfamidas. Balance hidrosalino algo decompensado. Transfusión 500 c.c.

Operación: Cirujano Dr. W. Suiffet; Ayudantes: Dr. N. Varela, Pte. Heckimian. Anestesia general con éter.

Con la enferma dormida se procede a un nuevo examen del abdomen, anotándose la existencia de una pequeñísima tumefacción de consistencia firme sobre la línea de la arcada crural derecha. Se plantea el diagnóstico de hernia crural estrangulada como causa del síndrome oclusivo. Sin embargo en la duda se resuelve abordar con incisión mediana infraumbi-

lical. Abierto el peritoneo se comprueban asas delgadas distendidas y otras aplastadas que se dirigen a la arcada crural. La exploración muestra un asa delgada estrangulada a ese nivel. Luego de liberada se comprueba que el asa está alterada con discreta zona de necrosis y con un claro anillo de atricción en su base. Se hace resección de unos 15 cmts. de asa delgada. Anastomosis término-terminal con puntos separados de lino N° 100 anudados en el interior del intestino. Puntos separados en la sero-serosa. Drenaje en cigarrillo en el lugar de la estrangulación herniaria. Cierre por planos.

Post-operatorio: Favorable.

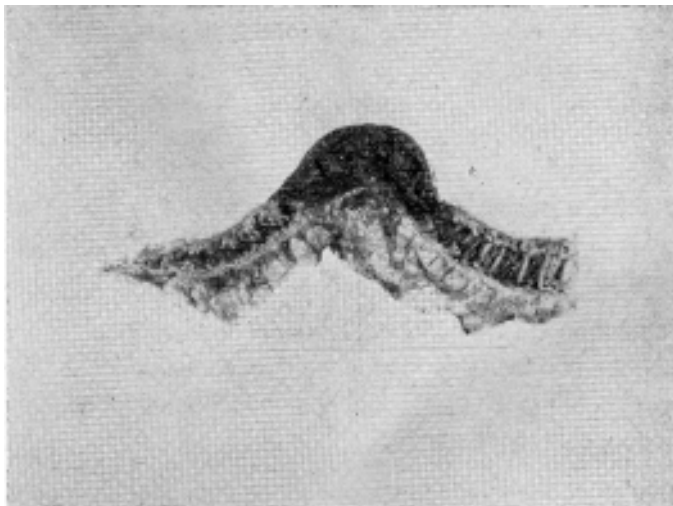


FIG. 3. — Pieza anatómica correspondiente al caso N° 3

Informe anatomopatológico (Dr. Juan Fco. Cassinelli): Necrosis hemorrágica y exudación leucocitaria purulenta de la pared intestinal, con destrucción de todas las capas internas y conservación, apenas de la capa muscular y serosa (tipo de necrosis gangrenosa por infarto, trastorno vascular agudo por estrangulamiento vascular en la zona de compresión parietal).

Estudio radiológico de intestino delgado (tránsito intestinal): Realizado 27 días después de la operación: el tránsito por el intestino delgado se hizo normalmente.

CONSIDERACIONES GENERALES

De todas las hernias, la crural es la que más frecuentemente se estrangula, y es en ella donde esta complicación alcanza cifras más elevadas de mortalidad debido a la gangrena rápidamente ins-

talada y a las dificultades en el diagnóstico que retardan la operación. Una serie de medidas pueden ser señaladas con la finalidad de disminuir las cifras de fatalidad.

En primer término el diagnóstico precoz. — Todo enfermo que consulta por molestias abdominales por vagas e imprecisas que sean, deben hacer pensar en hernia crural estrangulada, sobre todo si es un paciente de edad en quienes los síntomas son con frecuencia atenuados. Y todo en ausencia de antecedentes anteriores de hernia. Con más razón si el enfermo es portador de un tumor que casi siempre es pequeño y pasa inadvertido en el muslo de una mujer obesa, o tiene una zona exquisitamente dolorosa a nivel del anillo crural. La palpación de todos los orificios herniarios de pie y acostado deben formar parte del ritual de examen, aforismo clínico ampliamente difundido, pero también fácilmente olvidado. Todas las estadísticas destacan que es por error de diagnóstico que es retardada la intervención quirúrgica. El factor tiempo juega un papel importante como pronóstico.

En segundo término, la exploración quirúrgica asegurada por un meticoloso tratamiento tanto en el pre como en el postoperatorio.

PRINCIPIOS QUIRURGICOS

Preoperatorio. — La preparación preoperatoria debe ser considerada tanto del punto de vista del paciente en general como local intestinal. Generalmente son enfermos de edad, frecuentemente con hernias que llevan varias horas de estrangulamiento, por tanto en situación quirúrgica que importa siempre un riesgo muy importante.

El tratamiento general, bien orientado comprende:

1º *Hidratación.* — Como la estrangulación se instala en forma rápida, los enfermos no están deshidratados ni decompensados del punto de vista humoral. Por tanto el empleo de suero fisiológico, glucosado o glucofisiológico en cantidades adecuadas son suficientes para estabilizar las exigencias de agua y electrolitos.

2º *Transfusión.* — La inyección de sangre es siempre útil en enfermos shocados o anémicos.

3º *Antibióticos.* — Todos los pacientes recibirán antibióticos y sulfamidas, cuya administración debe continuar en el postoperatorio por vía oral, parenteral y aun por la sonda de intubación. Esta precaución es una ayuda importante que disminuye los riesgos de contaminación que puedan producirse en el lugar de la anastomosis.

4º *Medicación cardiovascular.* — Siempre útil por ser en su gran mayoría pacientes de edad.

El tratamiento local. — Fundamentalmente consiste en la *intubación intestinal con aspiración*. Es de inestimable valor. Debe iniciarse con la aspiración y el lavado gástrico para evitar el pasaje de líquidos a las vías respiratorias, causa importante de complicaciones postoperatorias. La intubación permite cierta decompresión previa al acto quirúrgico. Esto naturalmente será posible si se dispone de tiempo suficiente lo que de ordinario no ocurre. La operación debe siempre realizarse precozmente y en ningún caso debe postergarse esperando que la sonda llegue al intestino. Además en el postoperatorio decomprime el intestino distendido protegiendo la región de la sutura.

Ya nos hemos ocupado del uso de los antibióticos y sulfamidas.

Anestesia. — Varía con el cuadro clínico de cada enfermo. La mayor parte de los cirujanos se inclinan por la anestesia local. La frecuencia del estrangulamiento en personas de edad casi siempre con taras orgánicas, intoxicados y desequilibrados explica esa predilección. Nosotros creemos que los riesgos operatorios derivados del empleo de la anestesia general en manos de médicos especialistas, no son mayores con relación a otros métodos. Fue empleada en todos nuestros casos con resultados satisfactorios.

CONSIDERACIONES TECNICAS SOBRE LA OPERACION

Incisión. — La ubicación y dirección de la incisión ha sido objeto de muchos comentarios. Creemos que las dificultades de orden técnico motivadas por el tratamiento del intestino, justifican la preocupación de obtener buena exposición mediante amplias incisiones.

La incisión vertical o en S itálica sobre la masa herniaria es la forma más rápida y directa para solucionar esta emergen-

cia quirúrgica. El saco puede ser presentado, liberado y abierto rápidamente. La hemos empleado en los casos 1 y 2.

Watson cree que la incisión inguinal tiene algunas ventajas sobre las otras:

- a) porque permite una mejor exposición del saco y su contenido.
- b) la parte de constricción es fácil de ver y de seccionar.
- c) la resección y anastomosis se realiza cómodamente y sin tracción sobre el mesenterio.

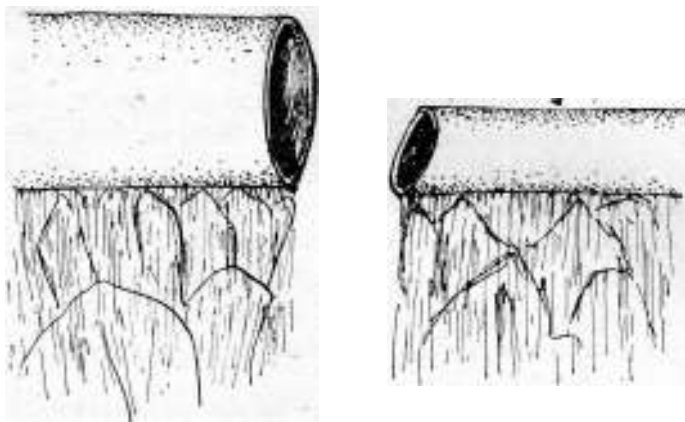


FIG. 4. — La lámina muestra la desproporción de las superficies que se van a anastomosar.

Hay cirujanos que para evitar el peligro de contaminación y de peritonitis, abordan de entrada el tratamiento por una incisión mediana infraumbilical. Realizan la resección y anastomosis intestinal dentro de la cavidad abdominal, sin movilizar para nada la zona necrosada que tratan por una segunda incisión aplicada sobre la masa herniaria. Empleamos este procedimiento en su primer parte en el caso N^o 3.

Tratamiento del contenido. — El problema de la conducta frente al intestino siempre es difícil, porque las soluciones pueden ser incompletas o exageradas. Incompletas cuando la lesión intestinal parece régresar, particularmente en los casos intermedios, reintegrándose dentro del abdomen un asa que posteriormente evoluciona a la necrosis originando una peritonitis generalizada

o localizada. Y es exagerada cuando se reseca un asa cuya vitalidad puede ser recuperada, exponiendo al enfermo a todas las contingencias de una resección excesiva. El cirujano decide en el acto quirúrgico. Frente a un asa intestinal con congestión, edema, equimosis, cianosis, ausencia de latidos arteriales en el meso, si se logra recobrarla, luego de prudencial espera estimulándola por



FIG. 5. — Para aumentar el diámetro de la boca intestinal estrechada se secciona oblicuamente el intestino.



FIG. 6. — El esquema señala la incisión en el borde antimesentérico. La línea punteada, el ángulo que forman las superficies al unirse y que debe ser redondeado.

las aplicaciones locales de soluciones o compresas calientes, infiltración de novocaína, la inyección de papaverina, observándose el retorno de las pulsaciones y del color, creemos que debe conservarse y la reintegramos al abdomen. El porvenir ulterior de esta asa está sujeta naturalmente a las contingencias futuras que

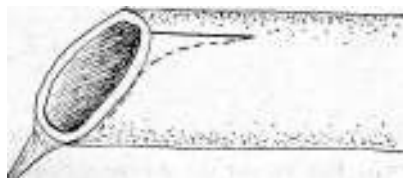


FIG. 7. — Esquema señalando el procedimiento que se muestra en la Fig. 5.

puedan conducir finalmente en su evolución esclerosa a una obstrucción intestinal o infarto crónico. No creemos sin embargo que sea esta posible complicación la indicación de la resección profiláctica. Pero frente a lesiones que no se tiene la seguridad de regresión en el acto o frente a casos dudosos debe ampliarse el criterio y proceder a su exéresis. Los antibióticos, la intubación ileal, la anestesia, las medidas de orden general, así como el mejoramiento de la técnica quirúrgica han dado por resultado que estas resecciones no tengan la gravedad y el mal pronóstico de las operaciones efectuadas en el pasado.

Resección y métodos de anastomosis. — La resección primaria debe ser el tratamiento de elección y será empleada siempre que sea posible, pues la mortalidad inmediata y tardía son menores que con el ano artificial (Watson). Los procedimientos quirúrgicos de anastomosis son variados. Preferimos la término-terminal, que empleamos con éxito en nuestros tres casos, empleando como material de sutura hilo de lino N° 100 tanto para

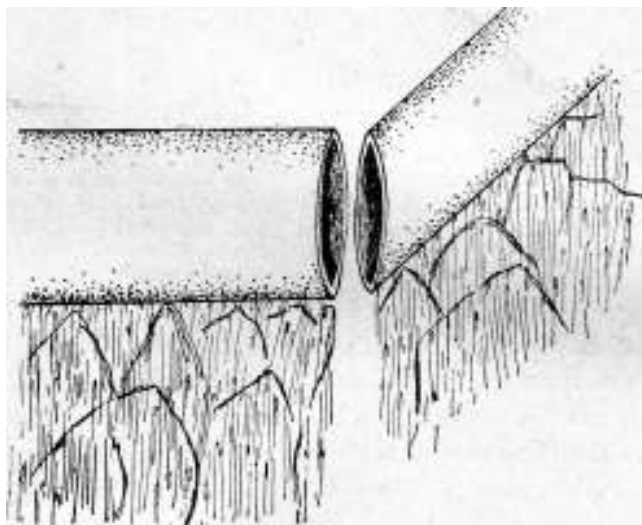


FIG. 8. — Los cabos intestinales al aproximarse quedan angulados.

el plano total como sero-seroso. Hacemos puntos separados que anudamos en la luz del intestino. En los casos de desproporción intestinal, porque un segmento está distendido y el otro colapsado (fig. 4), la anastomosis boca a boca puede ser difícil de realizar. En estos casos recurrimos a un artificio de técnica, ya conocido, y que fue realizado en el caso N° 3.

Consiste en practicar una incisión longitudinal en el borde antemesentérico del intestino, de extensión variable de acuerdo a las necesidades. El ángulo que forman la unión de las superficies de sección debe ser regularizado recortándolo o redondeándolo como se señala con el punteado de la Fig. 5.

Otro procedimiento para igualar la circunferencia en los

casos de desproporción, consiste en seccionar oblicuamente el intestino en el cabo de menor diámetro (Fig. 6).

Cuando hay diferencia en la circunferencia, y se realiza la anastomosis por el procedimiento descrito, los cabos y por ende la línea de la sutura intestinal queda angulada (Figs. 8 - 9). Esta angulación depende naturalmente de la circunferencia, pero no incide posteriormente en el funcionamiento de la anastomosis.

La anastomosis latero-lateral puede ser empleado cuando la desproporción entre las superficies es muy grande. Permite unir un segmento dilatado con otro más estrechado. Entendemos sin embargo que la anastomosis termino-terminal correctamente realizada restaura la continuidad anatómica y fisiológica más rápidamente que con otro tipo de anastomosis.

Tratamiento del saco. — El saco herniario debe ser reducido a un volumen menor, cerrando su cuello por sutura o ligadura.

Plastia parietal. — No tiene importancia frente al tratamiento del contenido herniario. Siguiendo al Prof. Larghero, no reali-

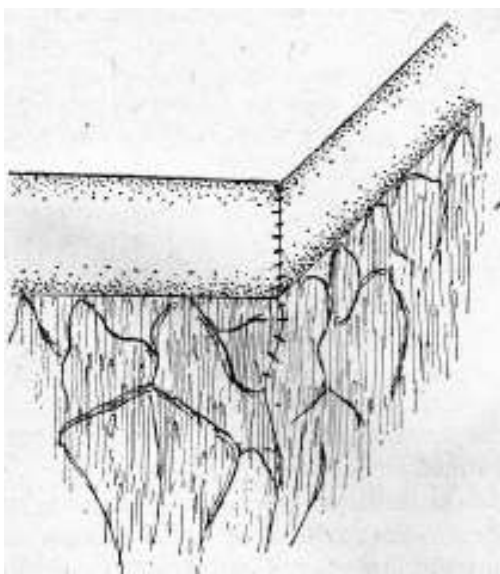


FIG. 9. — La anastomosis ha sido realizada. Queda una angulación, sin importancia, en su funcionamiento futuro.

zamos en ninguno de nuestros casos el tratamiento plástico de la hernia, por entender que todo procedimiento plástico no debe emprenderse cuando hay riesgo de infección y más aún cuando

las condiciones generales del enfermo son graves como ocurre en estos casos.

Postoperatorio. — Las medidas generales y locales señaladas en el preoperatorio deben ser continuadas, pues son de fundamental importancia: la intubación ileal con aspiración, la hidratación, transfusión, antibióticos y la movilización inmediata en las primeras 24 horas después de la operación. Deambulación



FIG. 10. — Control de la permeabilidad de la boca.

precoz en el sentido de marcha precoz y no ponerla en una silla, quizá más peligroso que dejarla en su lecho.

CONCLUSIONES

Se presenta una pequeña serie de tres casos de hernia crural estrangulada con lesión intestinal no viable, tratados con resección intestinal, y con exitosa evolución.

Se analizan algunas de las causas de mortalidad, llamándose la atención sobre la necesidad de realizar precozmente el diagnóstico, lo mismo que el tratamiento quirúrgico, considerando que el factor tiempo es fundamental como pronóstico.

Nos referimos al tratamiento preoperatorio destacando el valor de la intubación ileal y las medidas de orden terapéutico tendientes a mejorar el estado general y local de estos enfermos frecuentemente de edad avanzada.

Se describen las distintas técnicas relativas a la resección del intestino delgado, señalando la conveniencia de realizar la

anastomosis termino-terminal corriente, o en su defecto cuando hay marcada desproporción entre los segmentos a anastomosar variantes técnicas de suma utilidad práctica.

BIBLIOGRAFIA

- IASON, A. — Hernia. Año 1941.
- IRVING, F. E. and DENNIS, C.; F. A. C. S. — The surgical clinics of North America. The management of strangulating external hernias. Págs. 429 - 439. 1955.
- LAHEY. — "Práctica quirúrgica de la Clínica Lahey", de Boston. 1954.
- NANDE ARAMBURU, J. y AGUIAR, A. — "Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay". Infarto intestinal crónico. XXIII, Nº 5 - 6; 315 - 331. 1952.
- PARRAN, J. and PRATT, J. H. — Surgical gynecology and obstetrics. Strangulated femoral hernia: surgical management, 85: Nº 2, 185 - 194. Agosto, 1947.
- PIQUINELA, J. — Patología de abdomen. Oficina del libro de la A.E.M., 1953.
- ZVALETA, D. E. y URIBURU, J. V. — La Prensa Médica Arg. Consideraciones sobre hernia estrangulada. Nº 21, 1112 - 1119. Mayo de 1952.
- WATSON, L. F. — Hernia. 1948.

Dr. Cendán. — En la oportunidad de un trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía por el Dr. Nande Aramburu sobre infarto subagudo del intestino, consecutivo a la reintegración de un asa herniada estrangulada, hicimos algunos comentarios respecto a la conducta terapéutica que debía seguirse frente a una estrangulación intestinal, en la cual el cirujano no tuviera elementos suficientes para estar seguro de la vitalidad del asa. Y proclamábamos que había que ser más reseccionista para evitar las contingencias que pueden surgir de la necrosis ulterior del asa o por lo menos de la transformación consecutiva a la evolución de un infarto. De entonces aquí no hemos hecho más que confirmar nuestro criterio sobre ese problema. Somos actualmente reseccionistas en todos esos casos, naturalmente con el criterio que ha establecido el Dr. Santos de que debe dejarse la resección exclusivamente para los casos en que no existe ningún medio para estar seguro de que el asa puede ser reintegrada sin peligro. En cuanto a la manera de realizar la intervención en una hernia crural estrangulada, hay algunos puntos que me interesaría hacer notar: primero, en lo que se refiere a la anestesia. El Dr. Santos dice que con los métodos modernos de anestesia se puede realizar una anestesia general sin mayor peligro para el enfermo. No creo eso y no lo creo por dos razones: 1º porque no creo que una anestesia general sea anodina, por mejor hecha que esté y en ese sentido no puede ser parangonada con la anestesia local; y 2º porque cuando se opera una oclusión intestinal, máxime cuando no se ha logrado conseguir una adecuada intubación prope-

ratoria, es un peligro muy serio el vómito. El vómito del contenido intestinal, regurgitado al estómago, que no ha podido ser evacuado por lavado gástrico preoperatorio, es el peligro real que ha sido motivo de accidentes, incluso de muerte en numerosos casos que no puede ser controlado sino mediante dos formas: o bien con el enfermo despierto en anestesia local o bien con anestesia por intubación traqueal y cierre de la glotis por un balón inflado, para evitar la inundación de las vías aéreas por el contenido líquido. Hasta ahora, en todos los casos que hemos tenido que operar hernias crurales estranguladas, lo hemos hecho con anestesia local y lo seguiremos haciendo porque creemos que permite realizar todas las maniobras quirúrgicas con perfecta libertad.

El otro problema es el abordaje; dejando de lado los casos en los cuales no existe diagnóstico, en que puede estar indicada la laparotomía infraumbilical; cuando se tiene diagnóstico de hernia crural estrangulada, practicamos la incisión en arco de Cadenat, con un sector inguinal siguiendo el trayecto en que se hace la incisión oblicua para hernia inguinal y un sector vertical en la región crural. Esa incisión tiene por objeto hacer un doble abordaje: un abordaje bajo del saco para abrirlo y explorar el contenido y un abordaje alto para abordar la hernia crural por vía inguinal que es la manera con la cual el cirujano puede estar seguro de no estar sometido a contingencias desagradables. Esas contingencias son: 1º que una vez liberado el anillo y cortado el Gimbernat, el intestino se escapa y resulta a veces muy difícil exteriorizarlo nuevamente para explorarlo y para saber en qué condiciones está. 2º la hemorragia consecutiva de la herida de la anastomótica de la epigástrica con la obturatriz que en un caso nos dio un enorme trabajo conseguir la hemostasis. Y 3º porque cuando hay que hacer resecciones del intestino, la vía crural sola es insuficiente.

No estoy de acuerdo con la técnica de la sección de la arcada crural porque creo que ofrece inconvenientes a los que no me puedo referir en este momento, y porque el abordaje por vía inguinal bien realizado, abriendo ampliamente el trayecto inguinal permite amplitud de maniobras y yendo por el espacio de Bogros, buscar el saco herniario, cortar el Gimbernat, abrir el saco y liberar el asa; esa vía permite hacer todas las maniobras perfectamente.

Por último, no creo que se deba proceder, como ha hecho referencia el comunicante, a la resección del intestino sin tocar antes la hernia estrangulada, por temor a la infección, porque creo que la única manera de saber si corresponde la resección es examinar el asa estrangulada liberada y ver como reacciona después de la liberación.

Creo que se debe hacer sección del saco y del anillo, por abordaje crural, liberación del asa por vía inguinal, previa protección cuidadosa con compresas y la exploración del intestino, y la resección o no, según corresponda.

En cuanto a la técnica de resección descrita por el Dr. Santos, es la técnica que nosotros usamos, desde hace años, y que hemos enseñado a los Internos del Maciel, para los casos en que el intestino se presenta con

incongruencias de calibre entre el cabo proximal y el cabo distal, seccionando el asa en pico de flauta y aún prolongando la incisión en el borde antemesentérico.

Y, por último, una pequeña referencia respecto a qué hacer con la hernia. Nosotros, hasta ahora, en todos los casos que hemos tenido que operar hernia estrangulada, salvo casos desesperados, hemos ido a la reconstitución de la pared y no tenemos que arrepentirnos porque todos los casos han marchado bien, máxime tratándose de la hernia crural, donde el cierre del orificio crural se realiza muy fácilmente con dos puntos. Es lo que quería decir.

Dr. García Capurro. — Estoy de acuerdo con lo que acaba de decir el Dr. Cendán. Hemos reconstruido la pared en todos los casos y no tengo tampoco de que arrepentirme. Ahora, no estoy de acuerdo en cuanto a no cortar la arcada crural. Creo que en el segundo caso ustedes la cortaron. Cuando nos encontramos frente a un asa estrangulada, ya sea necrótica o no^a la reintroducción de ésta por el orificio crural es dificultosa, especialmente si se ha hecho una resección y anastomosis.

No encuentro ningún inconveniente en cortar la arcada crural y trabajar con entera libertad. No cortando todas las fibras al mismo nivel la reconstrucción se hace sin ninguna dificultad. El abordaje de la región crural y el abordaje del abdomen se puede hacer ampliamente. La reintroducción del asa se hace con toda comodidad. Soy pues partidario de cortar la arcada y hacer el trabajo de anastomosis y reconstrucción con la más absoluta libertad y comodidad, y no he encontrado inconveniente en la reconstrucción de la arcada y en el cierre del orificio crural después de terminada una reconstitución de la pared.

Dr. Cendán. — No sé si me expresé bien. Lo que realizo es la sección del Gimbernat, la reintegración del ansa estrangulada hacia arriba y la exteriorización por vía inguinal, de modo que las maniobras de la incisión por vía inguinal, la arcada no me cuenta para nada. Por eso no la corto, no creo necesario.

Dr. Prat. — Aunque estoy actualmente en la pasiva, debo recordar que como cirujano de urgencia durante 17 años, he tenido que operar muchísimas hernias crurales; chicas, grandes y de todo tamaño. Creo que en todo este tiempo, en ningún caso tuve ocasión de cortar la arcada crural. Para mí esa arcada es la columna básica y máxima que sostiene y contiene sólidamente la parte inferior del abdomen, y que evita las complicaciones de eventración.

Recuerdo que un asistente de la Clínica, en un paciente con una hernia crural grande, realizó la sección de la arcada crural. Este enfermo hizo una eventración tan grande, una eventración enorme, que la corrección que tuve que realizar fue una operación penosa, que fue trabajosa y difícil, y que no sé cuál habrá sido su porvenir ulterior, en lo que concierne a la recidiva.

En lo referente al inconveniente para extraer las asas que están es-

tranguladas, considero que tiene razón el Dr. Cendán; cuando se hace la excelente incisión de Cadenat, con su porción oblicua inguinal y la parte vertical crural, da al cirujano un excelente campo operatorio que le permite abrir el saco y reducir con toda comodidad el intestino. Entonces la reducción se hace directamente en el campo inguinal sin ningún inconveniente.

En la práctica aprendí un truco de liberación del cuello del saco y su abertura, que es el siguiente: por lo general en la liberación del cuello herniario no seccionaba el borde cortante del Gimbernát para evitar la hemorragia posible por sección de la anastomosis de la epigástrica con la obturatriz. Liberaba completamente el anillo crural con el cuello herniario estrangulado y entonces, con todo **cuidado y suavidad**, deslizaba la punta del índice entre el borde cortante del Gimbernát y el borde interno del saco, hacía presión sobre el ligamento y ampliaba la brecha del estrangulamiento y en seguida el saco se liberaba, podía deslizarse y podía seccionarse y abrir cómodamente el saco.

Cuando no me daba resultado en la maniobra de liberación del cuello, tenía que hacer la sección de estrangulación, pero esto era la excepción.

Dr. Santos. — Sólo quiero agradecer a los Dres. Cendán, García Capurro y al Prof. Prat por sus comentarios tan interesantes, que para nosotros son motivo de gran enseñanza.