

**OCCLUSIÓN INTESTINAL Y HEMORRAGIA PERITONEAL
POR HEMATOMA DEL ILEON CONSECUTIVO
A INTERVENCIÓN POR HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA**

P. LARGHERO - IBARZ

Por su rareza y por la profunda enseñanza que ella ha dejado en nuestro espíritu, presentamos a vuestra consideración la historia clínica y la pieza anatómica de esta complicación post - operatoria a la que estuvo a punto de pagar tributo con su vida, un adolescente que ingresó a nuestra guardia con una banal hernia inguinal estrangulada; en el curso de la intervención destinada a curarlo, una punción del intestino de apariencia intrascendente, determinó a posteriori una gravísima lesión intestinal con traducción sindrómica combinada de íleo y hemorragia interna, favorablemente conjurada con una enterectomía.

Pedro A. P. de 17 años de edad, ingresa al Hospital Maciel en mi guardia del 5 de octubre de 1935, por una hernia inguinal estrangulada datando de 4 horas.

Se trata de un muchacho delgado, paliducho, que se queja de intenso dolor abdominal sobre todo epigástrico. El pulso es de 80. Temp. 36° ½.

Vientre depresible con dolor a la palpación del epigastrio. Tumor herniario inguinal derecho, globuloso, tamaño de un huevo de gallina, tenso, doloroso, irreductible. El cuello de la hernia está engrosado y muy doloroso.

Testículos normales; el derecho un poco ascendido, contra el tumor herniario.

Intervención realizada por el médico y el interno de guardia, en mi presencia.

Anestesia local con novocaína al ½ %, previa morfina.

Incisión oblicua sobre el tumor herniario. Saco peritoneo - vaginal

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 6 de noviembre de 1935.

conteniendo líquido sero-sanguinolento y un asa delgada estrangulada, congestionada pero lisa y brillante. El anillo de estrangulamiento es estrecho y como las primeras tentativas de reducción previo debridamiento que no fué sin embargo suficiente son dolorosas se hacen nuevas inyecciones de anestésico a nivel del cuello; una de las punciones alcanza el intestino y se produce de inmediato y pese a que se usó una aguja de calibre fino, un hematoma al parecer subseroso, que crece hasta alcanzar el diámetro de 2 cms., estando situado sobre el borde libre del intestino. En su parte media el pequeñísimo orificio de punción sangra sin embargo bastante. Se hace una compresión de algunos minutos y se observa durante unos minutos más el hematoma que parece haberse estabilizado. A favor de un nuevo debridamiento, se consigue reintegrar el intestino en el vientre, no sin antes examinar de nuevo el hematoma que no ha crecido. Reconstitución de la pared.

Al día siguiente de la operación el aspecto del enfermo no es completamente satisfactorio; facies un poco pálido, vientre doloroso en la fosa ilíaca derecha, con ligera pero evidente contractura de la pared. El pulso es de 100 y no ha vomitado, habiendo evacuado algunos gases espontáneamente.

En la mañana del 2º día de operado, comienza a sentir dolores intermitentes en el abdomen, de mediana intensidad, localizados en la fosa ilíaca izquierda y dolor epigástrico continuo, con un discreto estado de inquietud. No ha vuelto a evacuar gases pero tampoco ha vomitado, persistiendo el vientre doloroso en la fosa ilíaca derecha a la palpación, sin balonamiento.

Se le hace un lavaje intestinal que no surte efecto; los dolores recrudecen en la noche de este día y sobre todo en la mañana del 3er. día, a ritmo francamente intermitente y a intervalos progresivamente acortados. Tuvo minutos antes un vómito bilioso. Lo examino a las 12 del día: el aspecto ha desmejorado, facies pálido, ojos hundidos, lengua saburral, mal aliento. Dolores abdominales intensos y ruidos hidro-aéricos simultáneos con ellos; estado de inquietud con verdadera agitación en el acmé de las crisis dolorosas. Pulso 120. Abdomen con muy discreto balonamiento umbilical y peri-umbilical.

A la palpación él es tenso con un poco de contractura del recto derecho en su segmento sub-umbilical. Reptación manifiesta. Herida operatoria sin nada de particular.

Tacto rectal: el Douglas es muy doloroso y ocupado, distendido.

El diagnóstico de oclusión intestinal sobre el delgado no es discutible; en cuanto a su causa, pensamos de inmediato en el hematoma operatorio, sin descartar un vólvulo, o una ligadura lateral del intestino, al cerrar el saco.

Radioscopia: En la parte media del abdomen y contrastando con la oscuridad de la zona correspondiente al cuadro cólico, se observan varias asas delgadas dilatadas, yuxtapuestas, algunas curvas y concéntricas, con varios niveles líquidos en continuo y activo movimiento de sube y baja.

En un momento dado sorprendemos un rosario de burbujas gaseosas atravesando de abajo arriba uno de los niveles líquidos.

Gran nivel líquido en el estómago.

Con este suplemento de examen decidimos intervenir de inmediato pero por razones especiales la operación es realizada algunas horas más tarde. En este intervalo, los dolores después de una breve acalmia han recommenzado más vivos aún, la agitación del muchacho es muy grande, el aspecto del facies traduce su evidente agravación y el pulso late a 135. Tuvo un nuevo vómito bilioso profuso, pese a lo cual practicamos antes de operarlo un lavaje de estómago que da líquido amarillento fétido.

Intervención. Dr. Larghero. Ayuda el Interno de Guardia, Sr. Rebagliatti. Anestesia: éter CO². Laparatomía mediana infra umbilical. Sale abundante sangre roja que llena todos los recessos del peritoneo, abundantemente colectada en el Douglas (sangre diluida pero muy abundante), que da razón del estado de anemia del enfermo. Asas delgadas muy dilatadas; con la sospecha del hematoma vamos de inmediato a la pelvis a buscar el asa que había sido puncionada, y encontramos de primera intención un tumor del tamaño de un puño, que exteriorizamos. Se trata de un formidable hematoma intraparietal y subseroso de la última asa ileal; la serosa, bajo la influencia de la distensión se ha desgarrado en línea longitudinal neta sobre el borde libre del asa asiento del hematoma, en una extensión de 10 cms. y el tumor estallado, de color negro sangra aún en cantidad.

El hematoma tiene 12 cms. de longitud y el mesenterio que le corresponde presenta un punteado hemorrágico pero sus vasos laten; su extremidad inferior, que mira al ciego llega hasta 3 dedos de la válvula de Bauhin siendo su límite neto. La permeabilidad intestinal está completamente suprimida; la magnitud de la lesión, la persistencia de la hemorragia a su nivel, imponen la enterectomía. La sección inferior o distal, debe hacerse a pocos milímetros de los límites del hematoma, porque la tela de ileon yuxta cecal es escasa. Ambos cortes de sección del ileon sangran bien. Sólo podemos hacer una sutura término-terminal que se realiza en dos planos protegiéndola por detrás con el repliegue ileo-cecal y por delante con epipión.

Pese a que la sutura se hace economizando paño y con puntos muy cercanos la neoboca da sólo pasaje al dedo índice.

Se evacúa abundante sangre y coágulos del Douglas, en el que se coloca un tubo de drenaje. Cierre de la pared en dos planos.

Post-operatorio: Cesación completa de vómitos y dolores, mejoría del aspecto. Se retira el tubo al 2º día y se obtiene al 3er. día una buena evacuación del intestino (enema salado y cloruro de sodio al 20 %). (1)

Alta, clínica y operatoriamente curado al 11º día.

El 2 de noviembre el Dr. Zerboni practica el examen radioscópico de

(1) El estudio sanguíneo reveló: t. coag. en tubo minutos; t. de sangría 1 1/2 minutos.

su intestino: a las 5 horas de la ingestión de la comida opaca las últimas asas ileales se presentan dilatadas y con contracciones peristálticas, con comienzo de llenamiento del ciego. A las 12 horas de la ingestión toda la barita ha pasado al ciego y colon ascendente y parte del transverso. Pese a esta comprobación radiológica que traduce un defecto de permeabilidad de la neoboca, el tránsito se cumple en los plazos normales y el enfermo se alimenta con régimen de salud y sin experimentar molestias.

El examen macroscópico de la pieza debitada en cortes transversales, muestra que la hemorragia intersticial se ha hecho en todo el espesor de la pared, desde la mucosa a la serosa; el máximo espesor del hematoma corresponde al borde libre del intestino, donde se produjo el estallido de la serosa que originó la hemorragia peritoneal. El cilindro de la mucosa, sin solución de continuidad, ha sido empujado contra el borde mesentérico y su luz aplastada por la compresión externa y obturada por mucus abundante. No se observa sangre dentro del cilindro mucoso.

Los cortes microscópicos demuestran: Hemorragia intersticial difusa, disecante, extendida desde la cara externa de la mucosa donde la masa sanguínea se amolda sobre los fondos de saco glandulares, hasta la serosa. Los elementos de la submucosa y muscularis mucosa, ahogados por la sangre son irreconocibles. Las fibras musculares, disecadas y disociadas, se reconocen aún en ciertas zonas. Los elementos sanguíneos presentan fases diversas del proceso de hemolisis y transformación pigmentaria - glandular de la mucosa en hipersecreción.

No se observan lesiones necróticas de los elementos de la pared del intestino. En la zona vecina al mesenterio, la hemorragia ha sido más discreta, colectada en submucosa y subserosa, con conservación de la morfología de los elementos musculares y de su topografía.