

TECNICA DE CHILDS Y PHILLIPS *

Contribución experimental

*Dres. MIGUEL MATE, CARLOS GOMEZ FOSSATI,
ALBERTO DEL CAMPO y GONZALO FAJARDO*

INTRODUCCION

Es un hecho conocido que la agresión del peritoneo es seguida de la formación de adherencias en un elevado porcentaje de casos. Este proceso adherencial, que en primera instancia es un mecanismo protector y limitante del peritoneo, expresión de su poder plástico, puede posteriormente ser responsable de estados mórbidos de distinta jerarquía: peristalsis dolorosa, episodios suboclusivos e incluso, cuadros oclusivos reiterados.

Los distintos métodos propuestos para la profilaxis de la formación de adherencias, se han mostrado ineficaces (1, 5, 6) y la tendencia actual es la de orientar el sentido de las mismas, transformándolas de anárquicas y peligrosas, en ordenadas e inofensivas. Así surgieron, primero la operación de Noble (5) con sus variantes y posteriormente la plicatura mesentérica de Childs y Phillips (1), más sencilla y rápida de realizar que la anterior y sin algunos de sus inconvenientes (2, 4, 7).

En el Laboratorio de Cirugía Experimental se han estudiado algunos aspectos de esta última técnica y el objetivo de la presente comunicación es la valoración de los resultados obtenidos.

MATERIAL Y METODOS

Se intervinieron 27 perros, bajo anestesia general (Pentobarbital sódico: 25 mg./kilo), en condiciones de asepsia, por incisión mediana o paramediana.

* Trabajo realizado en el Laboratorio de Cirugía Experimental de la Cátedra de Cirugía. Profs. L. M. Bosch Del Mareo y J. E. Cendán Alfonso. Facultad de Medicina de Montevideo.

En 12 casos se realizó una desperitonización visceral previa, de extensión variable. Los restantes no tuvieron preparación alguna y en el mismo acto quirúrgico se hizo la desperitonización parcial del delgado, a los efectos de simular la situación clínica.

La técnica usada, sigue en general a la de Childs y Phillips (1):

- previa liberación de adherencias, se exterioriza el delgado a plegar;
- se ordena en bucles de igual longitud;
- se realizan un número variable de suturas transmesentéricas, en “U” horizontal, con aguja recta larga, e hilo irreabsorbible, tomando ordenadamente todas las hojas a pocos milímetros del borde mesentérico del intestino y regresando de igual forma a 1 ó 2 centímetros de distancia;
- se anudan las suturas, sin apretarlas excesivamente;
- en los casos de plegamientos parciales, se completa la técnica con bloqueo mesentérico lateral a puntos separados, y finalmente
- se reintegra el conjunto de asas plegadas a la cavidad abdominal.

Sobre este esquema básico, se realizaron algunas variantes, para estudiar su influencia en los resultados:

- a) en la proporción del delgado plegado, que en 17 animales fue todo el yeyunoíleon y en los 10 restantes parte del mismo (40 a 90 cm.);
- b) en la longitud de los bucles formados: en 20 perros se hicieron asas largas (mayores de 12 cm.) y en los otros 7 asas cortas;
- c) en el número de suturas transmesentéricas, que fueron 3 en 19 casos y sólo 2 en los 8 restantes; finalmente
- d) en 5 perros se realizó una enterotomía transversal, parcial, en la zona antemesentérica, suturada en un plano extramucoso. La finalidad fue simular la situación clínica de una herida de delgado al liberar adherencias o de una enterotomía de aspiración y estudiar la influencia de la plicatura en su evolución. Se evitó su coincidencia con los codos de las asas y los puntos de fijación transmesentéricos.

Los animales se controlarán clínica y radiológicamente. Sacrificados en plazos variables, se realizó el estudio necrópsico en todos los casos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados fueron malos en 6 casos:

—3 de ellos se debieron a groseros errores técnicos:

- un animal falleció por infarto de tipo venoso de un sector del intestino delgado, coincidiendo con uno de los puntos transmesentéricos excesivamente apretados. En el hombre, la diferente disposición vascular del delgado hace menos probable esta complicación,
- dos murieron por cuadros oclusivos, determinados por una angulación intestinal, en un caso en el inicio del sector plegado y en el otro a nivel de un asa excluida del plegamiento por error;

—los 3 restantes presentaban adherencias desordenadas entre las asas, causas potenciales de oclusión intestinal, por incorrecta fijación del sector plegado: dos eran plicaturas a asas largas, con sólo dos suturas transmesentéricas, lo que permitió la formación de bucles; el restante, plegamiento parcial a asas cortas, con dos suturas, presentaba adherencias anárquicas a nivel de un bucle de excesiva longitud y con una de las asas del sector no plegado.

En definitiva, todos los resultados desfavorables se debieron a defectos en la realización de la técnica.

En los restantes 21 casos se obtuvieron buenos resultados: recuperación postoperatoria precoz, realimentación bien tolerada y tránsito rápidamente restablecido en la mayoría de los casos.

En 13 animales se estudió el tránsito del delgado, que fue normal en 10, algo acelerado en 1 y enlentecido en los 2 restantes.

Los estudios necrópsicos mostraban adherencias regulares y ordenadas entre las caras laterales de las asas y los mesos, con disposición uniforme del plegado. A veces existía alguna adherencia desordenada o incompleta o algún bucle de desigual longitud, que no representaban causas de oclusión. Calificamos de excelentes los resultados en el primer caso (13 animales) y de buenos simplemente en el segundo (8 animales).

En conjunto, pues, podemos concluir que la plicatura mesentérica a lo Childs-Phillips, es un procedimiento satisfactorio, cuyos malos resultados estuvieron condicionados a errores en su realización.

La magnitud de las complicaciones que pueden derivar de estos errores, que en 3 de nuestros casos motivaron la muerte

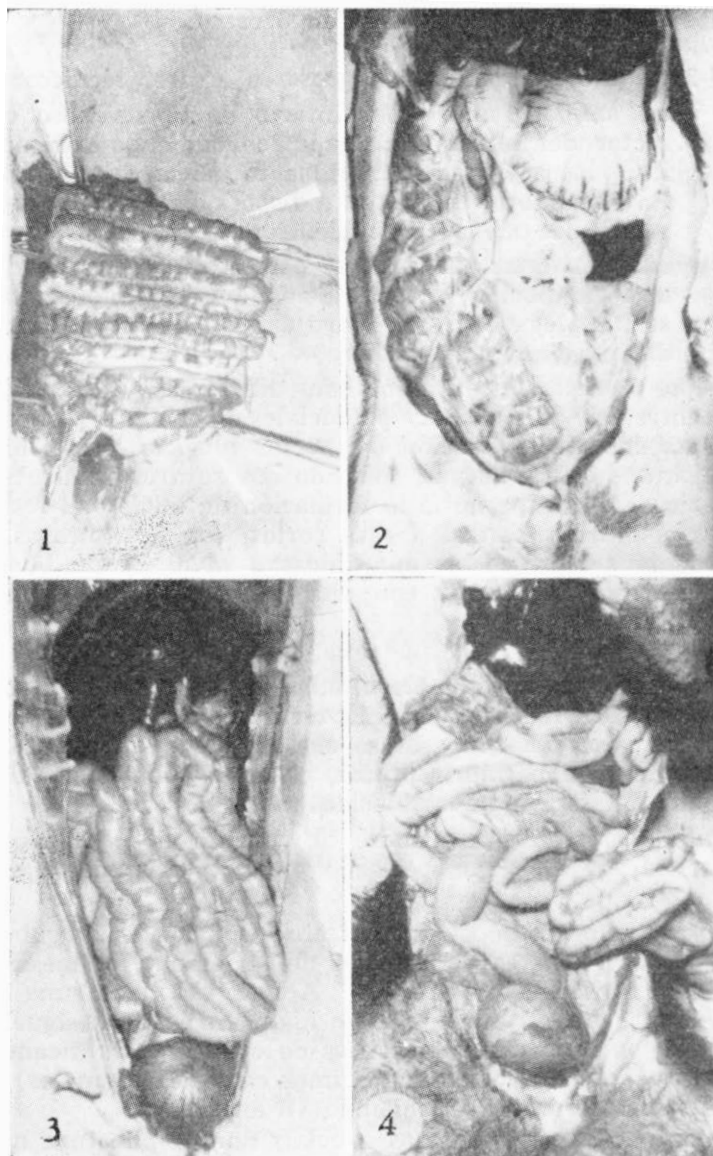


Fig. 1: Un aspecto de la técnica. Figs. 2 y 3: Vistas panorámicas de resultados muy satisfactorios. Fig. 4: Un aspecto de un plegamiento parcial.

del animal, abre una interrogante sobre su uso profiláctico, preconizado por algunos autores frente a determinadas circunstancias (2, 3, 4).

Del análisis de las variantes introducidas, concluimos lo siguiente:

a) En cuanto a la extensión del delgado a plegar, nuestros resultados no dan ventajas categóricas a favor de las plicaturas totales o parciales; no obstante, la proporción de resultados excelentes fue mayor en la primera variante (9 en 13, contra 4 en 8).

En las plicaturas parciales cabe además la posibilidad de adherencias anárquicas de las asas no plegadas con alguna zona desperitonizada del sector plegado, como de hecho se observó en uno de nuestros casos.

En las plicaturas totales, deberán excluirse los sectores inicial y terminal del yeyunoileon (aproximadamente 20 cm), para evitar angulaciones, posibles causas de oclusión, como observamos en un caso, donde iniciamos el plegado, por error, inmediatamente por debajo del ángulo duodenoyeyunal. La misma precaución cabe para las plicaturas parciales de los extremos del sector móvil del delgado.

b) En cuanto a la longitud de las asas plegadas, es un aspecto que no puede considerarse separadamente del número de suturas realizadas. Debe existir una proporción entre ambos factores, para que el conjunto de asas plegadas quede "bien armado", a efectos de cumplir con los propósitos de la operación. Tuvimos 3 malos resultados por no haber contemplado estos principios, como ya ha sido mencionado.

Cumpliendo con esta condición, se puede ser amplio en la longitud conferida a las asas, adecuándola a las condiciones anatómicas del caso. Las asas excesivamente largas deben evitarse por el peligro de la angulación "en block" de la plicatura, que en nuestra serie sucedió en un caso, aunque sin consecuencias.

c) En cuanto a la evolución de la enterotomía, de los 5 animales en los que se realizó, 2 fallecieron por causas no vinculables a la misma, antes de las 72 horas. Tres evolucionaron favorablemente y en todos ellos la sutura estaba bien cicatrizada, sin estenosis, con adherencias a las asas contiguas más firmes que las del resto de la plicatura.

Es lógico presumir que el plegamiento mesentérico bien realizado (sin provocar trastornos vasculares ni problemas oclusivos), no interfiera en la evolución de la enterorrafia.

SUMARIO

Se describe la técnica del ordenamiento intestinal por fijación mesentérica de Childs y Phillips, valorando los resultados experimentales en 27 casos en los que se realizaron diferentes variantes del procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. CHILDS, W. A. and PHILLIPS, R. B.—Experience with intestinal plication and a proposed modification. "Ann. Surg.", 152: 258; 1960.
2. FORSTER, E.; RICHARD, C. A.; COBLENTZ, J. et MULLER, J.—La plicature fixation du mésentère. "Ann. Chir. Paris", 17: 146; 1963.
3. McCARTHY, J. D. and SCHARF, T. J.—A simple intestinal plication. "Surg. Gynec. Obstet.", 121: 1340; 1965.
4. METTLER, E. A.; BARGO, J. y BARBEIES, C.—Plicatura de intestino delgado. "34º Congreso Argentino de Cirugía", fasc. II, pág. 69-72; 1963.
5. NOBLE, T. B. (Jr.).—Plication of the small intestine as prophylaxis against adhesions. "Amer. J. Surg.", 35: 41; 1937.
6. POTH, E. J.—Plication in the surgical treatment of chronic recurrent intestinal obstruction. "Amer. J. Surg.", 104: 413; 1962.
7. RAGINS, H.; FREEMAN, L.; COOMARASWAMY, R. and LIU, S.—Clinical and experimental comparison of the Noble and Childs-Phillips plications of the small bowel. "Amer. J. Surg.", 11: 555; 1966.