

TECNICA DEL DR. VARGAS OTERO PARA LAS ANASTOMOSIS ASEPTICAS DEL TUBO DIGESTIVO

POR EL DR. GUSTAVO BAZ

Me permito presentar a la consideración de ustedes un procedimiento para hacer anastomosis asépticas en el tubo digestivo, técnica original del Dr. Rafael Vargas Otero, Médico Externo del Hospital Juárez.

El Dr. Miguel Lavalle, que sustentó examen para graduarse como Médico Cirujano hace apenas un mes, tomó como tema para su Tesis la idea del doctor Vargas, y después de amplia experimentación en perros llegó a las conclusiones siguientes:

“La técnica para las anastomosis de las diversas porciones del tubo digestivo del Dr. Vargas Otero es aséptica; no se abre durante la operación la luz del intestino o cualquier otro segmento del tubo digestivo por anastomosar; no hay reacción peritoneal consecutiva; garantiza la hemostasia; es de una simplicidad máxima; y no requiere instrumentos especiales.”

Seguí con interés los trabajos experimentales del doctor Lavalle, y convencido de los buenos resultados obtenidos por él, como puede verse en las fotografías de las piezas anatómicas que se conservan en la sala número 4 del Hospital Juárez, decidí aplicarlo a las anastomosis del colon en el hombre.

Los tiempos de la operación son los siguientes:

- I.—Laparotomía y protección del campo.
- II.—Elección y fijación de las partes por anastomosar.
- III.—Sutura sero-serosa posterior.
- IV.—Pinzamiento de las porciones de intestino comprendiendo to-

das sus capas. Recomienda el Dr. Lavallo, tener mucho cuidado en este tiempo para evitar el que la mucosa no sea incluida en el muñón, pues si esto pasa no se establece la comunicación buscada.

V.—Ligadura de cada una de las porciones pinzadas para formar los muñones de anastomosis. La ligadura debe hacerse con seda gruesa del número 12.

VI.—Uno de los extremos de la hebra de seda se corta y el otro se anuda con el que se deja en el otro muñón para hacerlos solidarios y que caigan juntos.

VII.—Sutura sero-serosa anterior.

VIII.—La pared se cierra en tres planos sin canalizar.

Los dibujos originales del Dr. Lavallo dan mejor idea que toda descripción y con ellos ilustro el presente trabajo.

Adjunto las historias clínicas de dos enfermas operadas con este procedimiento y que figuran en la Tesis del Dr. Lavallo.

Después de estudiar cuidadosamente a las enfermas llegamos al diagnóstico siguiente.

Primera enferma.—Estasis intestinal crónica por dolico colon del transversal; Colecistitis calculosa.

El tratamiento quirúrgico se verificó en dos tiempos. En el primero se trató la estasis intestinal por la Colo-colostomía doble; es decir, abriendo una comunicación del ciego al transversal unidos en cañón de escopeta por la longitud anormal del transversal, y comunicando el transversal a las S ilíacas unidos en la misma forma. En las dos anastomosis se usó la técnica del Dr. Vargas.

En la segunda enferma el diagnóstico fué: Estasis intestinal crónica por ptosis del ángulo hepático del colon sin estenosis funcional del duodeno. Colecistitis calculosa.

Se operó también en dos tiempos, siendo el primero el tratamiento de la estasis por una anastomosis del transversal a la S ilíaca en las porciones unidas en cañón de escopeta por la ptosis del colon.

La evolución en el período post-operatorio fué completamente satisfactoria como puede verse en las hojas quirúrgicas anexas a las historias clínicas. Al quinto día de la operación se les administró un purgante y desde esa fecha el ritmo de las evacuaciones se hizo normal.

Es prematuro concluir del resultado obtenido en dos casos. Sin embargo, a las conclusiones que el Dr. Lavallo saca de su experimentación creo que se puede agregar la ventaja que resulta de la pérdida de substancia circular que deja la caída de los muñones ligados, pues en esas condiciones el contenido intestinal, al progresar por la contracción

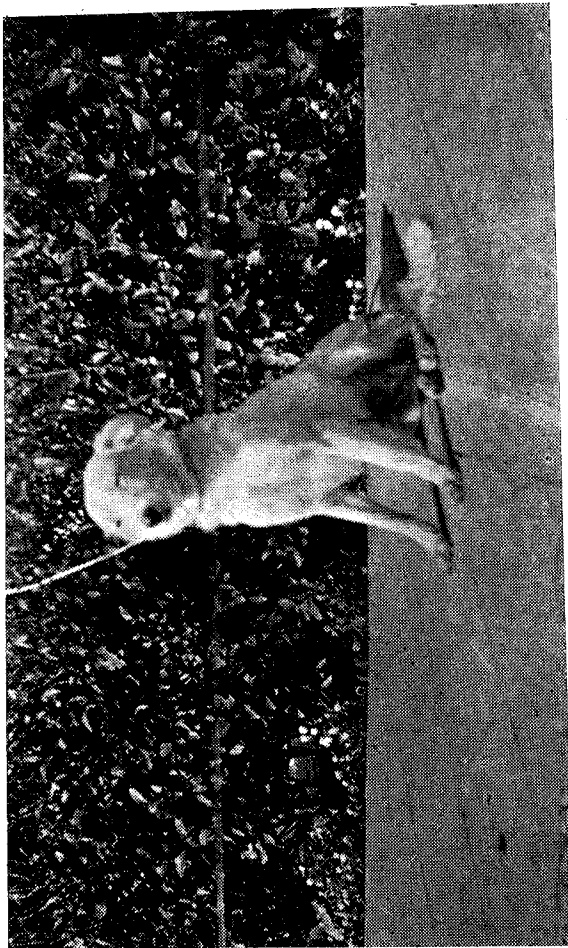


Fig No. 1, —Perro No 1 dos días después de operado.

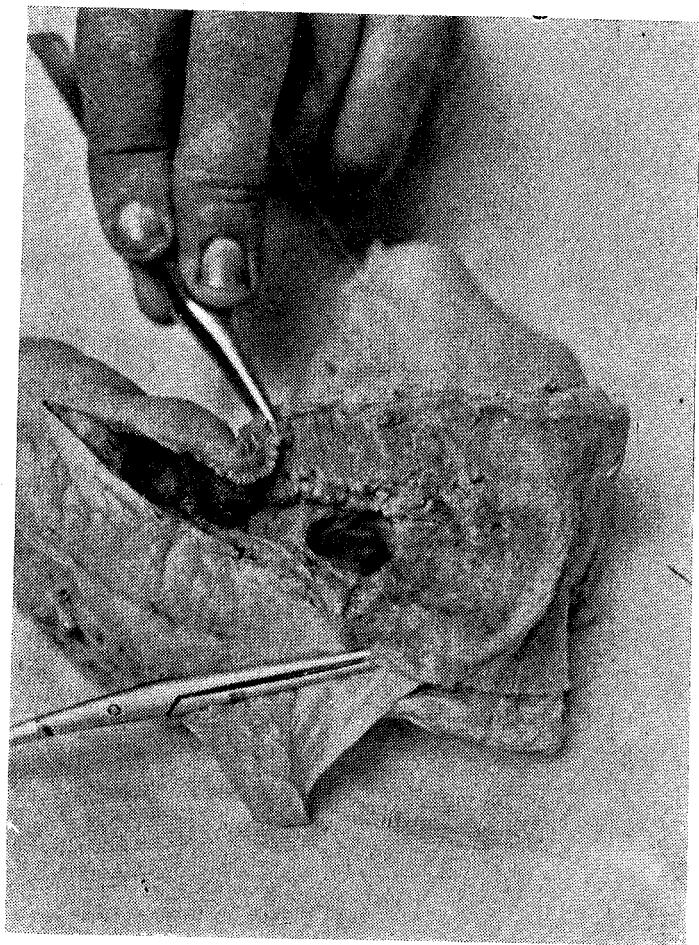


Fig. No. 2.—Pieza anatómica del perro No. 1 Gastro-duodemo anastomosis. Sección del duodemo para hacer visible la boca anastomótica.

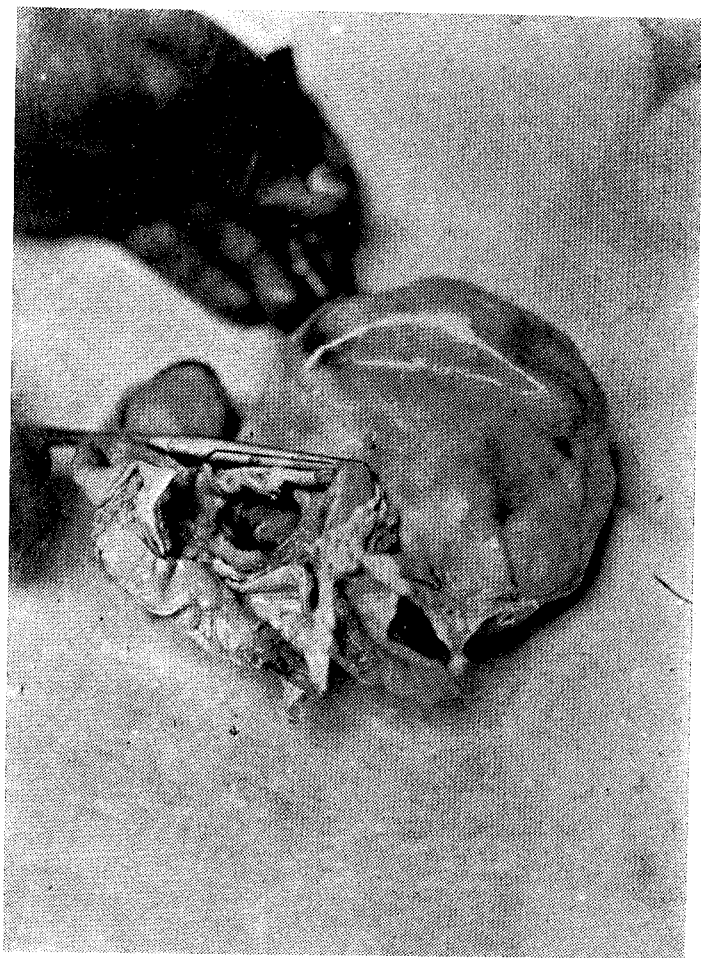


Fig. No. 3.—Pieza anatómica del perro No. 7. Sección del duodeno para descubrir la boca anastomótica. Gastro duodeno anastomosis.

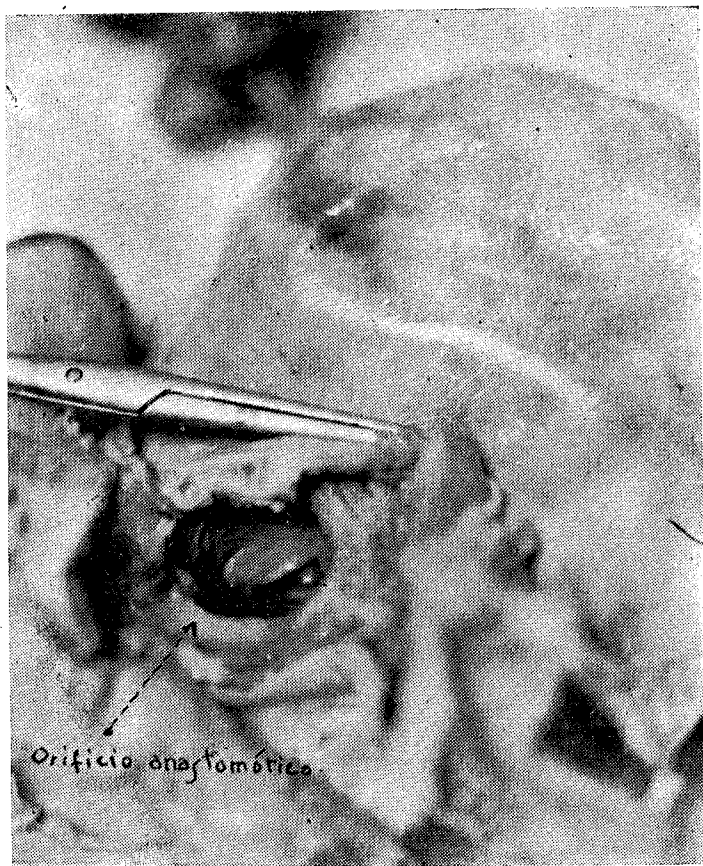


Fig. No. 4. —La anterior aumentada.

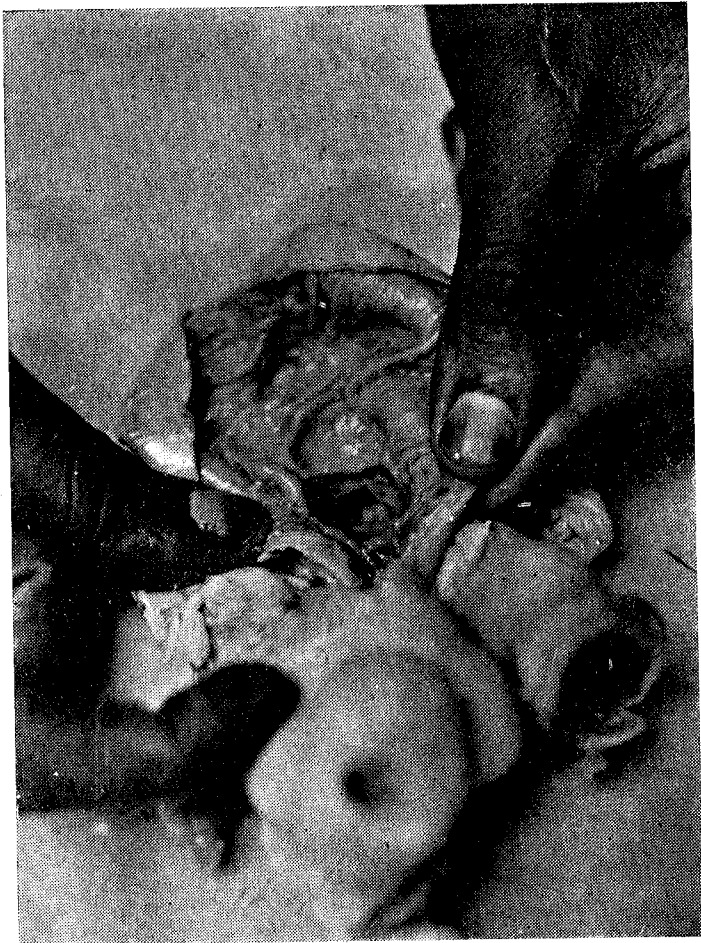


Fig. No. 5.—Pieza anatómica del perro No. 8. Corte longitudinal de la pared anterior del cólon anastomasado.

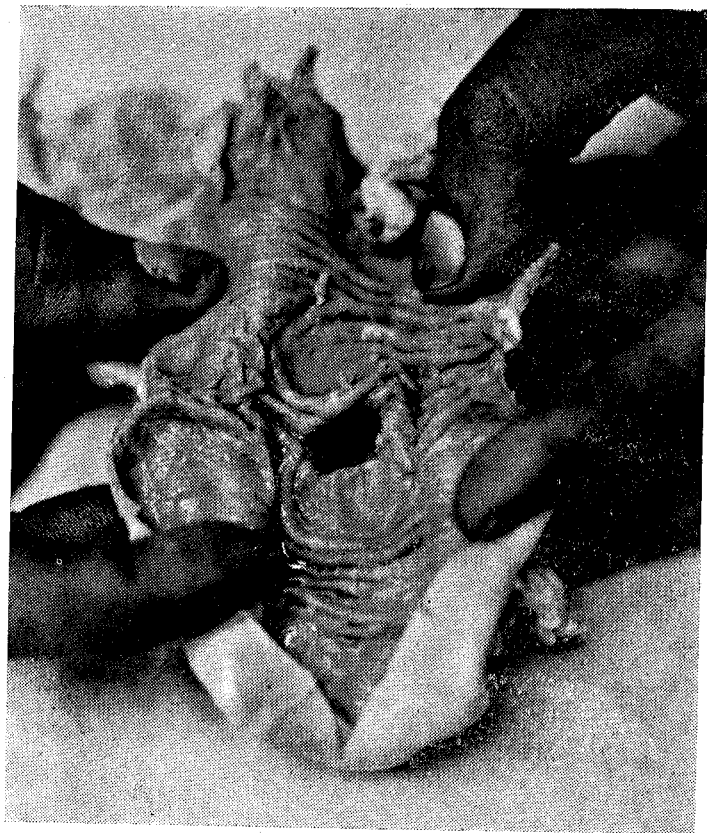


Fig. No. 6.—Pieza anatómica del perro No. 8. Corte longitudinal de la pared posterior del mismo cólon.

peristáltica del intestino, encuentra una boca que no se cierra en parte como sucede en las anastomosis latero-laterales cuando no hay un obstáculo adelante de la anastomosis en el cabo aferente.

En el estudio radioscópico hecho en las dos enfermas, un mes después de practicada la operación, pudimos ver en la pantalla fluoroscópica, cómo la suspensión de citobario introducida por el recto subía a la S iliaca y pasaba al ciego y sólo cuando la cantidad de líquido fué mayor que la capacidad de esas porciones se llenó el resto del colon.

El síndrome de infección vesicular y de accesos dolorosos cada vez más frecuentes fué la indicación que tuvimos en cuenta para hacer la colecistectomía en un tiempo distinto de la colo-colostomía que se hizo a las dos enfermas.

HOSPITAL JUAREZ.

SALA núm. 2.

Dr. Gustavo Baz.

Cama núm. 29.

Practicante. J. Manzur.

Teresa Villavicencio, de treinta años, originaria de esta capital, viuda, ingresó al Hospital Juárez el día 15 de febrero.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Su padre padeció del hígado, manifestándose su enfermedad por dos síntomas principales: dolor en el hipocondrio derecho e ictericia, síntomas que se presentaban por accesos.—Murió de cáncer de la faringe.—Su madre murió de tifo.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.—Sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.—Tuvo tifo en 1915.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Hace tres años comenzó a sentir un dolor en el hipocondrio derecho, sin horario fijo, propagándose al hipocondrio izquierdo, al hueso epigástrico, al dorso y al hombro derecho. Durante estos tres años el dolor, bajo la forma de accesos, la ha molestado constantemente, dejándole cortas temporadas; y basta un poco de fatiga, un disgusto o excesos en la alimentación para que la moleste. Cuando pasaba algunos días sin exonerar, el dolor se hacía insoportable, y se calmaba después de evacuar espontáneamente o por medio de una lavativa.—Cuando era intenso el dolor, vomitaba un líquido amarillo de

sabor amargo. Desde hace tres años padece de estreñimiento; pasa dos o tres días sin evacuar y para evitar el dolor toma laxantes o se pone lavativas

APARATO RESPIRATORIO.—Ningún dato interesante.

APARATO CIRCULATORIO.—Palpitaciones por accesos cuando está mal de su aparato digestivo.

APARATO URO-GENITAL.—Los días que siguen al dolor, la orina toma un color oscuro. Ha tenido dos hijos y un aborto de siete meses. La función menstrual está normal.

SISTEMA NERVIOSO. Insomnio; duerme de las dos o tres de la mañana a las seis. Es frecuente que tenga jaquecas que desaparecen al obrar un purgante. Tiene disminuída la agudeza auditiva del lado izquierdo.

Síntomas generales.—Es frecuente que le dé calentura de pocas horas de duración. Ha disminuído mucho en su peso.

EXPLORACION CLINICA.—INSPECCION GENERAL.—La enferma representa más edad de la que dice tener; está pálida y tiene tinte sub-ictérico en las conjuntivas. Tiene cuatro muelas cariadas.

TORAX.—Movimientos respiratorios de tipo costal superior.—Signo de Félix Ramond.

ABDOMEN.—Las paredes tienen poca tonicidad, cuarteaduras antiguas. Haciendo la inspección estando de pie la enferma, el abdomen se abulta en la región infra-umbilical.—Por palpación se encuentra un punto muy doloroso en la región vesicular.—Los signos de Ramond y de Murphy son positivos.—Hay dolor en el ciego y en el colon ascendente.—Se pulpa la cuerda cólica de la S iliaca.—Nada importante en el resto del organismo.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

Tensión arterial.....Mx 120 Mn. 60

Hemoglobina55%

Prueba del salicilato de sodio.....Normal.

Prueba de la sulfufenoftaleína.....Se eliminó el 77% en la primera hora.

Tiempo de coagulación.....8 minutos.

PULSO 80 por minuto, rítmico, igual.

EXAMEN RADIOLOGICO.—Dolicocolon del transverso.—Colon fácilmente movilizable; dolor en la región cecal.—Retardo del tránsito.

PRUEBA DE MELTZER LYON.—No se obtuvo bilis "B".

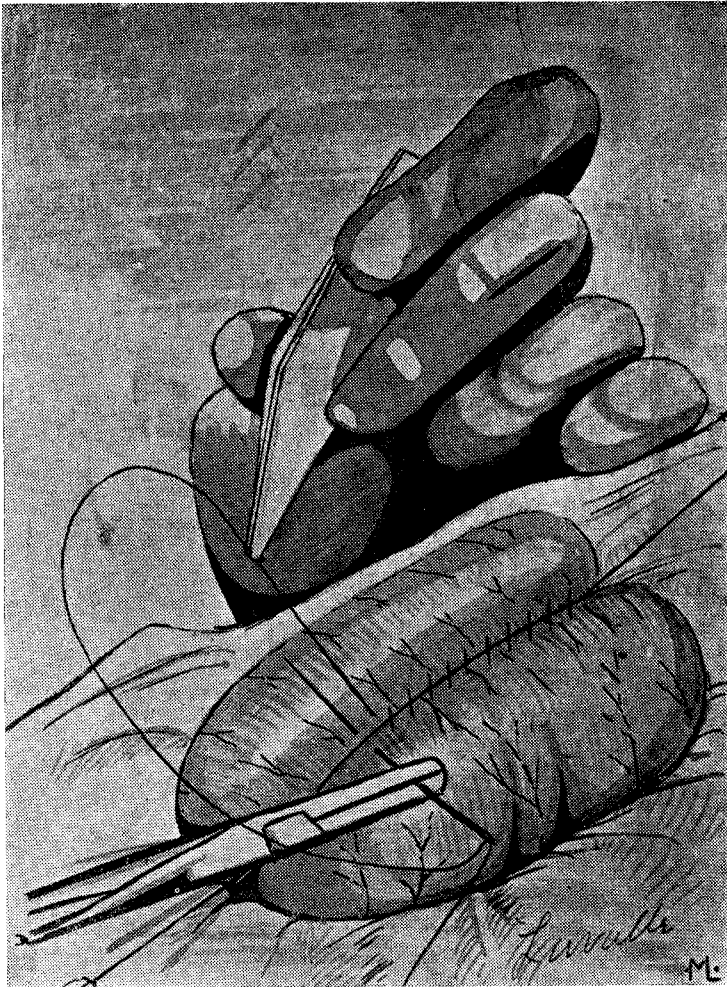


Fig. I.—Sutura sero-serosa Posterior.

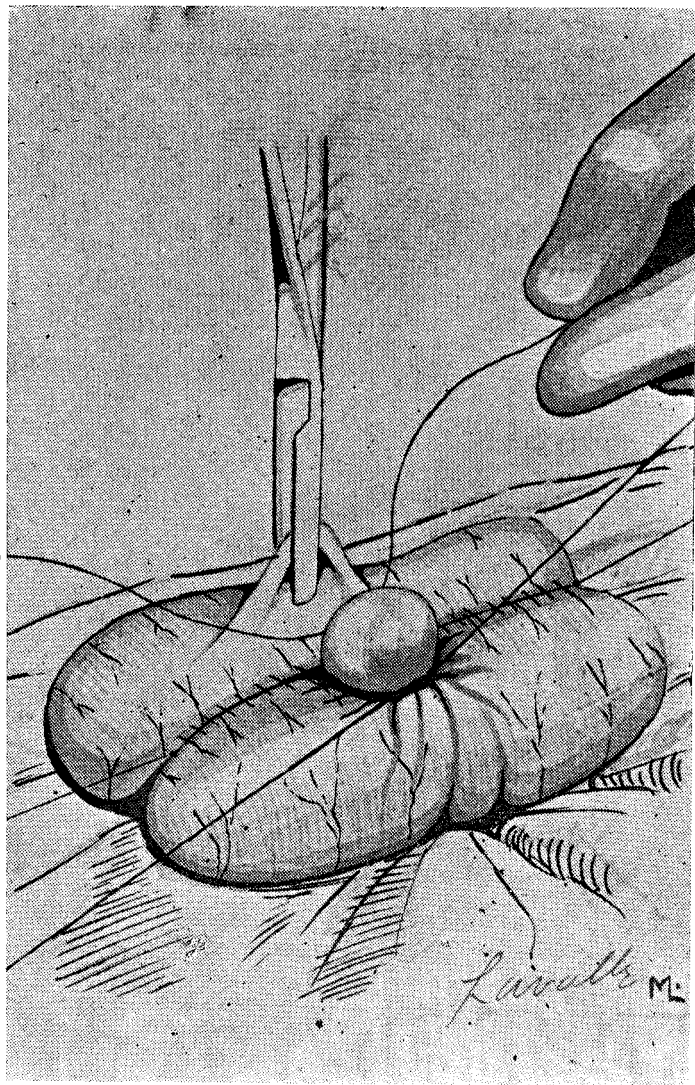
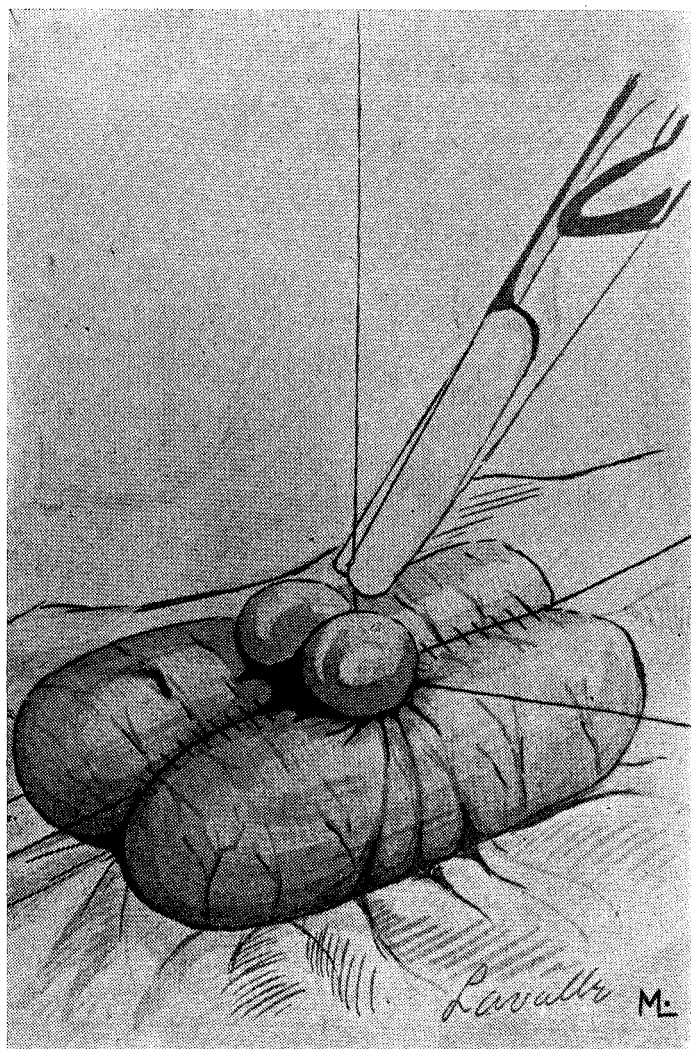


Fig. II.—Pinzamiento de las porciones de intestino comprendiendo todas sus capas que formarán los muñones de anastomosis.



**BIBLIOT
CENTR**

Fig. III.—Ligadura de cada una de las porciones pinzadas.

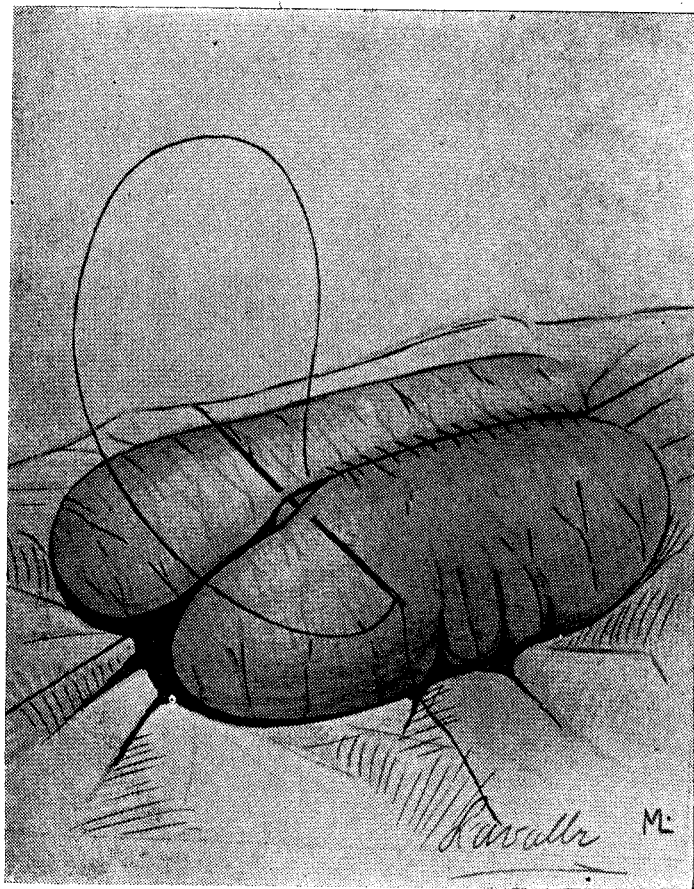


Fig. IV.—Surgete sero seroso anterior

DIAGNOSTICO. ESTASIS INTESTINAL CRONICA POR DOLICOLON DEL TRANSVERSO Y COLECISTITIS CALCULOSA.

EVOLUCION Y PRONOSTICO.—El síndrome doloroso que se hace cada vez más molesto, la infección de la vesícula y la estasis intestinal que se acentúa hacen preveer que su padecimiento progresará.

TRATAMIENTO.—COLECISTECTOMIA. DOBLE COLO-COLOSTOMIA.

Primera operación el 7 de marzo.—Doble colo-colostomía con la técnica del Dr. Vargas Otero.

Segunda operación el 4 de abril.—Colecistectomía ideal. Véanse las hojas quirúrgicas adjuntas y las radiografías.

HOSPITAL JUAREZ.

Sala Núm. 2
Cama Núm. 27

Dr. Gustavo Baz.
Practicante M. Rodríguez.

Andrea Landeros, natural de México D. F. de 28 años, soltera, modista, ingresó al Hospital Juárez el 28 de febrero de 1929.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS. Vida sedentaria.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.—Sarampión.

ESTADO ACTUAL.—Hace ocho años comenzó su padecimiento, iniciándose por molestias post-prandiales consistentes en sensación de peso en el estómago, sueño, eructos de gases que tenían el olor de los alimentos y que le permitían descansar de sus molestias.—Algunas veces las molestias se transformaban en dolor en el hipocondrio derecho irradiando a la espalda y al hombro derecho.—Cuando el dolor es intenso la hace vomitar líquido verdoso y de sabor amargo.—El dolor se le calmaba tomando un purgante.

Al comenzar su padecimiento los accesos de dolor eran espaciados, hasta dejarla por seis meses después se han hecho más frecuentes, llegando a presentarse cada dos días.

El temor al dolor y la falta de apetito la han obligado a restringir su alimentación.

Toda su vida ha padecido estreñimiento, evacúa cada 36 o 48 horas materias de aspecto normal.

Con frecuencia tiene dolor en la fosa iliaca derecha que se quita con una lavativa o con un purgante.

APARATO RESPIRATORIO.—Normal.

APARATO CIRCULATORIO.—Normal.

APARATO URO-GENITAL.—Comenzó a menstruar a los 13 años, a los 15 tuvo una retención de seis meses sin más molestias que ligeros bochornos que desaparecieron al restablecerse nuevamente las reglas. Véanse los análisis de orina adjuntos.

SISTEMA NERVIOSO.—Es frecuente que tenga insomnio.

SINTOMAS GENERALES.—Fiebre ligera cuando tenía el dolor. Ha bajado 14 kilos de peso y ha perdido fuerza.

EXPLORACION CLINICA.—INSPECCION GENERAL.—Enferma delgada, muy pálida, con una deformación en el dorso de la nariz de origen traumático que simula la nariz en catalejo.

TORAX.—Respiración de tipo costal superior.—Signo de Felix Ramond.

ABDOMEN.—Abdomen de forma normal, ligeramente deprimido en la región supra umbilical.—Punto vesicular doloroso.—Los signos de Ramond y de Murphy son positivos. Hay dolor en el ciego y se puede seguir el colon transversal muy abajo del ombligo, Hay sonido timpánico en toda esa porción del colon y se provocan zurridos en él.

Nada importante en los otros aparatos.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

Tensión arterial.	Mx. 113. Mn. 80.
Respiraciones.	22 por minuto
Pulso.	80, rítmico, igual
Prueba de la sulfofenofaleína.....	65% ¹ en la 1a. media hora 20% en la 2a.
Prueba del salicilato.....	normal.
Hemoglobina.	
Tiempo de coagulación.	8 minutos.
Tiempo de sangría.....	7 minutos.
Reacción de W.....	Negativa.

Examen radiológico. Ciego, ascendente y ángulo hepático descendidos.—Trasverso y descendente en cañón de escopeta. Dolor en el ciego que está dilatado. Retardo del tránsito cólico.

Prueba de MELTZER LYON. No se obtuvo bilis "B".

DIAGNOSTICO.—Estasis intestinal crónica por ptosis del ángulo hepático del colon. Colecistitis calculosa.

EVOLUCION Y PRONOSTICO.—Eminently crónico el padecimiento de esta enferma, va empeorando de día en día y seguirá progresando si no se trata quirúrgicamente.

TRATAMIENTO.

COLECISTECTOMIA. COLO-COLOSTOMIA DEL TRASVERSO A LAS ILIACA.—Primera operación se verificó el 7 de marzo.—Colocolostomia del transverso a la "S" iliaca. Apendicectomía.—La segunda operación se efectuó el 24 de marzo.—Colecistectomía Ideal.

Véanse las hojas quirúrgicas y las radiografías adjuntas.