

El tratamiento quirúrgico de la ascitis,

POR EL SOCIO TITULAR

DR. MANUEL TOUSSAINT

La acumulación de líquido en la cavidad paritoneal, cuando tiene su origen en un obstáculo a la circulación porta, puede llegar a ser no sólo un síntoma molesto, sino un trastorno insoportable y aun verdadero peligro para el paciente. La enormidad en el volumen del derrame puede ser tal que, rechazado el diafragma al máximo, basta el menor desarrollo de gases en el estómago o en el colon, para que el corazón pueda verse gravemente comprometido en sus funciones.

Por tal motivo es explicable que se haya recurrido a la paracentesis del abdomen como medio supremo que no pocas veces ha salvado la vida de los enfermos. Mas la paracentesis es un recurso de acción pasajera que, aun en el caso de ser repetida muchas veces, llega un momento en que se agota, y esto tanto más pronto cuanto más rápida es la reproducción del derrame.

En tales circunstancias es fácilmente concebible el entusiasmo con que fué aceptada la operación de Talma. Si la causa del derrame reside en el sistema porta, claro es que, estableciendo comunicaciones o anastomosis vasculares entre algunos territorios de donde toman su origen dicho sistema y la red vascular de la

pared abdominal, debe suplirse a la deficiencia que ha traído consigo la lesión inicial. Por lo menos parcialmente debe esperarse tal efecto.

Los resultados observados en la práctica, desde 1898 en que Talma propuso su operación, hasta la fecha, no han sido tan alhagadores como parecía prometerlo el ingenioso expediente. En una estadística de 120 casos operados por Credé, solamente hay un 20% de enfermos beneficiados con la omentofijación. Es verdad que en el haber de esta operación debe abonarse como factor de peso la circunstancia de que a los principios era practicada en casos muy disímbolos, algunos de los cuales han sido estimados ulteriormente casi como contraindicaciones para su ejecución.

La tendencia a las modificaciones y perfeccionamientos se ha hecho patente en este caso como en otros muchos. Se ha visto proponer a algunos cirujanos, como Chiassi y Narath, la fijación del omento extraperitoneal en la pared del abdomen. Alguno otro lo ha fijado sobre el riñón. Hay quien haya preferido la hepatopexia; alguien más ha utilizado la vesícula biliar y, por último, operadores de la talla de Bardenheuer han aprovechado el bazo uniéndolo a la pared del abdomen ya mediante una sutura sencilla, ya incluyéndolo en una bolsa peritoneal hecha exprofeso.

Haciendo a un lado aquello de que algunas de estas manipulaciones quirúrgicas pueden, en circunstancias especiales, llegar a ser más graves que la omentopexia, como lo prueba el caso en que Félix Franke tuvo que terminar con una esplenectomía su operación, sucede que el tanto por ciento de los éxitos favorables no se ve de ninguna manera aumentada con tales modificaciones. La operación de Talma queda y debe quedar con su primitivo mérito, sin más enmiendas que circunscribir de una manera científica y categórica cuáles son los casos en que se puede contar con sus beneficios.

Una de las circunstancias en las que la omentofijación no es de mucha utilidad es aquella en que las ascitis se desarrollan de una manera aguda, amenazando sofocar al enfermo en corto tiempo. Para tales casos se han ideado otros expedientes.

Si se tiene en cuenta que la circulación artificial proporcionada por la operación de Talma viene a adquirir su completo desarrollo cuando los capilares de nueva formación que aparecen en las adherencias, han pasado a constituir una red venosa, se comprende sin dificultad que no sea ella el medio más adecuado para llenar una indicación violenta.

Teniendo presentes las dos indicaciones: 1ª desembarazar a la cavidad peritoneal del líquido derramado, y 2ª evitar que el que sigue derramándose quede retenido como estaba antes, se han preconizado procedimientos quirúrgicos cuyos fines pueden concretarse en dos categorías: 1º salvar el obstáculo a la circulación porta, de una manera definitiva, mediante una anastomosis directa entre el tronco de la vena porta y la vena cava inferior; 2º lanzar el líquido ascítico a la circulación.

La unión de ambos troncos venenosos, conocida con el nombre de "fístula de Eck," fué ejecutada por este experimentador en el perro (desde 1877), con miras fisiológicas. Algunos cirujanos pretendieron hacer dicha operación en el hombre; mas las dificultades técnicas fueron de tal manera grandes, que Bier, por ejemplo, tuvo que dejarla en dos casos sin terminar. Franke (de Rostock), refiere, sin embargo, que en dos casos, de Lenoiz y de Thierry de Martel, los enfermos sobrevivieron cuarenta y ocho horas, y al fin murieron de anuria. En otro caso de

Vidal, citado por el mismo autor parece que el operado vivió tres meses. Recientemente Rosenstein publicó en los Archivos de Langenbeck la historia de una enferma operada por él, que fué presentada en el 41º Congreso de Cirujía de la Sociedad Alemana, cinco meses después de la operación. La apreciación de este caso fué que el resultado inmediato, por lo que toca a la ascitis, fué nulo; y solamente en el curso de los últimos meses pudo aceptarse cierto alivio indicado por los intervalos, cada vez más largos, en que había que repetir la punción.

Esta observación de Rosenstein parece apoyar el concepto de Klopstock, quien juzga que en la cirrosis no es sólo el obstáculo a la circulación la causa de la ascitis, sino que el estado de la serosa peritoneal es otro factor que debe tenerse en cuenta.

El paso del líquido de la ascitis hacia el torrente circulatorio ha sido buscado de dos maneras: ya derramándolo en el tejido celular subcutáneo, ya estableciendo un canal de unión entre la cavidad peritoneal y una vena gruesa.

Para el sistema de *drenaje* del peritoneo con el tejido celular se han usado multitud de artificios. Handley y Evler se conformaron con abrir la cavidad abdominal y suturar en seguida dejando una abertura más o menos pequeña en el peritoneo, por la que el líquido debía escurrir para el tejido subcutáneo.

Handley, más tarde, ejecutó el procedimiento siguiente: con un trocar de calibre grande punccionó arriba de la sínfisis del pubis; por la cánula, vuelta en dirección casi paralela a la pared abdominal, introdujo una especie de mandrin bastante largo y resistente para empujar el peritoneo hacia el anillo crural; seccionando la piel enfrente a dicho anillo, abrió el peritoneo y suturó sus bordes con el tejido subcutáneo, terminando la operación con la sutura de la piel.

Lambotte, en Francia, y Paterson, en Inglaterra, canalizaron el peritoneo por medio de cordones de seda que, partiendo de la cavidad del vientre, eran tendidos en el tejido subcutáneo, llegando algunas veces hasta la parte superior del muslo.

Como ninguno de esos procedimientos dió resultado satisfactorio, unas veces porque la abertura peritoneal se cerraba pronto, otras porque la seda se salía de la cavidad o se enquistaba en ella el cabo respectivo; se pensó entonces en el uso de cuerpos rígidos que no pudieran ser desalojados u obstruidos.

Mauclair puso un tubo de caucho de tal manera que la rama media quedó en la cavidad y las dos ramas laterales en el tejido subcutáneo. Paterson y Tavel colocaron en la abertura peritoneal un pequeño tubo de vidrio en forma de carrete. Ambos autores afirman que sus resultados son buenos y que el único contratiempo consiste en que a veces la abertura del tubo es tapada por una franja epiploica.

No ha mucho tiempo que Félix Franke, de Braunschweig, volvió a la idea de canalizar con hilo, pero haciendo el torzal de alambre de plata, y dándole una forma que pudiera ser comparada a la sección de un botón de camisa. Las dos ramas pequeñas fueron colocadas dentro de la cavidad y las largas en el tejido celular. Aunque dicho cirujano se muestra bastante satisfecho de su procedimiento, la lectura de las dos observaciones que relata deja en el ánimo menos optimismo, puesto que en un caso la enferma murió a las cuarenta y ocho horas sin que el derrame peritoneal hubiera disminuído mucho, y en el segundo hubo necesidad de abrir la cicatriz que estaba a punto de reventar a causa de una bolsa de líquido que se había formado debajo de ella, y más tarde hubo necesidad de una nueva punción que, desgraciadamente, cayó en el intestino delgado.

Recientemente, en un pequeño hospital de Ober-Schöneweide en los alrededores de Berlín, el Dr. Dobbertin, encargado del departamento de Cirugía, tuvo la

idea de aplicar al tratamiento de la ascitis el mismo principio que sirvió a Payr para su método de tratar el hidrocefalo crónico. Dobbertin aisló una porción de la vena safena interna hasta su desembocadura en la femoral; cortó el extremo periférico, lo pasó por un tunel subcutáneo hasta un poco arriba del ligamento de Poupert; descubrió en este punto el peritoneo y, abriendo la serosa, suturó sus bordes con los de la abertura de la vena.

Aun cuando Dobbertin, al hacer el elogio de este procedimiento, que considera como una especie de regreso fisiológico de un líquido que, habiendo salido de la sangre, vuelve nuevamente a la sangre, se engaña en suponer que él, inspirándose en la obra de Payr, es el primero que lo ha practicado. Un médico francés, Routte, lo ejecutó dos veces, y algún tiempo después, un japonés, Loyesma, lo empleó en tres casos. Según el informe del último de dichos señores, en dos de los cinco casos la abertura abdominal parecía ser obstruída por una franja epiploica, y en los otros tres la canalización se verificaba regularmente.

A principios de la semana pasada tuve oportunidad de practicar esta última operación en un enfermo que, por las circunstancias especiales de su padecimiento, lo exigía, en mi concepto.

El enfermo es un hombre de constitución fuerte a quien he atendido desde hace varios años. Hace más de cuatro que padece de una ictericia sin acolia intestinal, sin diarrea, sin ascitis y con esplenomegalia. Cuatro años hace contrajo la infección sífilítica. Ha sido alcohólico. En 1914 tuvo un panadizo en la mano derecha que le duró varios meses y le dejó rígido el índice. Entre sus parientes hay una niña hija de padre sífilítico que nació con ictericia y que a la edad de 13 ó 14 años, que tiene ahora, la conserva con esplenomegalia y con anemia.

Desde el mes de enero del presente año empezó a tener de vez en cuando vómitos matutinos acompañados ya de estreñimientos, ya de diarrea. Otras veces eran pequeños accesos constituidos por elevación de la temperatura, postración, ligero aumento de volumen del hígado y acentuación de la ictericia y de la anemia.

Por los últimos días de septiembre el enfermo ocurrió a consultarme, quejándose de que los vómitos se habían hecho muy frecuentes, que la orina se había escaseado y de que tenía constante dolor de cabeza. La exploración reveló lo siguiente: falta de reacción febril, pulso algo lento y tenso, pupilas perezosas, tinte icterico intenso, algo de sensibilidad a la presión en el espacio costolumboilíaco. El vientre estaba algo abultado, pero sin derrame, el hígado con sus dimensiones sensiblemente normales; el bazo aumentado, bien perceptible a la palpación, extendiéndose la area maciza en una longitud de 22 centímetros por una anchura de 14. El corazón y los pulmones sin cosa notable.

Prescribí al enfermo un purgante, estricta dieta láctea, reposo y le recomendé especialmente que mandara hacer el análisis de la orina.

Algunos días después de esto fui llamado violentamente para visitar en su domicilio al paciente quien, habiendo mejorado un tanto no había vuelto a consultar. Lo encontré levantado, vagando por el cuarto, con la mirada extraviada, pupilas fijas, desiguales y fuerte inyección conjuntival. No conocía a las personas, hablaba frases incoherentes y arrojaba la orina inconscientemente. No tenía reacción febril pero la intolerancia del estómago era completa.

El enfermo fué remitido al hospital donde la tarde del mismo día cayó en estado comatoso, la respiración se hizo estertorosa y el pulso bajó a menos de cincuenta.

Como los síntomas parecían indicar el aumento de presión intracraneana, un

ilustrado compañero, cuya opinión se consultó, dió el consejo de practicar la trepanación descompresiva, recurso que, por circunstancias ajenas a la asistencia médica, quedó aplazado hasta el día siguiente. Entre tanto, visto el antecedente de la infección sifilítica, se le aplicó al paciente una fuerte inyección de aceite gris. A la mañana siguiente el sujeto había recobrado el conocimiento, hablaba con cierta torpeza, pero conocía a las gentes. Había tenido abundante emisión de orina, había defecado, sus pupilas estaban iguales aunque algo lentas para reaccionar, y el pulso había subido a más de setenta.

El tratamiento específico enérgico fué continuado en el enfermo durante todo el mes de octubre, lo cual trajo una mejoría tan notable que el interesado, no acordándose ya de su accidente cerebral, pensó en que se hiciera lo posible para aliviarlo de su ictericia. Para este fin, y con el objeto de precisar el diagnóstico, se hizo la prueba de la resistencia globular para las soluciones hipotónicas, resultando que no había hemolisis en seis grados decrecientes.

Cuando nos preparábamos para experimentar si en el suero del paciente había sustancias agresivas o cosa parecida, vino un nuevo accidente a poner en peligro su vida. Durante la noche del 4 al 5 del presente mes fué presa de un acceso de palpitaciones cardíacas acompañado de opresión tan intensa, que el Dr. Leopoldo Escobar, actual interno del Hospital Francés, tuvo necesidad de recurrir a medios calmantes. Al día siguiente el vientre estaba muy abultado, con gran meteorismo del estómago y con algo de líquido en la cavidad peritoneal. El corazón estaba rechazado y trabajaba con precipitación (130). Un lavado del estómago alivió mucho al enfermo; mas al principio de la noche volvió a comenzar el acceso aumentando progresivamente de tal modo el líquido derramado que el citado facultativo, en compañía del Dr. Alfonso Vázquez, practicó la paracentesis del abdomen, extrayendo cerca de tres litros.

El beneficio de esta intervención, aunque muy grande, fué pasajero, porque a la vista se notaba la reproducción del derrame.

Con el amago de un acceso más grave que los anteriores, el enfermo accedió a que se le practicara la operación. Esta la practiqué el día 8 con la buena compañía de los mencionados señores.

Como técnica debo advertir que en vez del tunel que recomienda Dobbertin, practiqué una incisión ligeramente curva cuya extremo superior llegaba a tres centímetros arriba del ligamento de Poupart y el inferior a seis abajo de la desembocadura de la vena safena interna.

A las siete de la noche del día de la operación (8) el enfermo se sentía tan bien, que, según sus propias palabras, mucho tiempo hacía que no lo había estado. El pulso era fuerte, lleno, un poco frecuente (96); la respiración era tranquila; el vientre estaba flojo y no había reacción febril.

Al día siguiente (9) tenía nuestro paciente nuevamente disnea. El vientre estaba completamente flácido, pero las piernas y las partes laterales y declives del tronco se veían fuertemente edematosas. El corazón derecho estaba bastante dilatado y se escuchaba un intenso soplo en el foco de la válvula tricúspide. La administración de digital compuso esta situación provocando la diuresis y haciendo disminuir considerablemente los edemas, que quedaron circunscritos a las piernas abajo de las rodillas.

Desde el día 10 el soplo desapareció, la area de la macisez cardíaca disminuyó y la respiración se hizo normal, persistiendo sólo los edemas de las piernas y a ratos

cierto meteorismo que el enfermo atribuye a la leche, que, según dice, nunca ha digerido bien.

En estos últimos días el estado de nuestro operado es el siguiente: su corazón trabaja con bastante regularidad, ayudado por algún tónico; el vientre se abulta algunas veces y se afloja espontáneamente. Cuando no tiene gases en el estómago se siente bastante bien y duerme tranquilo el enfermo. Aunque la orina es algo escasa, el edema de las piernas parece ir disminuyendo. La incisión cutánea está cicatrizada.

Muchas son las consideraciones o comentarios a que se presta el presente caso, y algunas conclusiones útiles pueden sacarse de su observación atenta; pero no quiero fatigar la atención de mis honorables consocios porque, en primer lugar, el tiempo transcurrido desde el día de la operación es aún corto y, en segundo, porque siendo un padecimiento bastante complicado, prefiero esperar otro caso, u otros con menos factores patológicos, para hacer una comparación más provechosa.

México, noviembre 17 de 1915