

bolsa indemne del lado opuesto hace desplazar el testículo y epidídimo correspondiente en dirección a la región inguinal respectiva, al tiempo que su hemiescroto parece retraído en comparación con el distendido del lado afecto.

La infiltración sanguínea de las mallas del tejido celular en toda su extensión, funicular y escrotal, da al tacto una sensación de pastosidad que endurece en el transcurso de los días y no es raro que aparezca alguna zona fluctuante, por acumulación de plasma, una vez entrada la retracción de los coágulos sanguíneos retenidos. La misma infiltración explicaría el tono mate a la percusión de la región interesada y los dolores en aumento experimentados por el accidentado durante el crecimiento de la tumoración.

Tan pronto como se establezca el diagnóstico exacto o aproximado de la lesión, conviene ordenar la colocación en posición horizontal del enfermo, la suspensión alta de las bolsas y la aplicación de una bolsa de hielo en la región inguinal traumatizada.

Con estas simples disposiciones se logra que la tumoración no aumente ya más de tamaño y que sean menos intensos los dolores. Tal alivio temporal permite aplazar la operación para den-

tro de unos días, en una fase en que las lesiones están estabilizadas y no sangran y en la que el cirujano pueda orientar mejor su conducta a seguir. La operación de urgencia sólo es aconsejable en el caso de fracasar tales disposiciones, en que la tumoración continúa aumentando a pesar de todo, y hace suponer que la rotura de las venas del cordón es más importante de lo corriente, o bien, lo que es más raro, que exista simultáneamente una lesión arterial. De todos modos, conviene recordar que una operación de urgencia con vasos sangrantes no es fácil llevarla a cabo sin tener que recurrir involuntaria y fatalmente a la castración.

En cambio, cuando la operación se hace a su debido tiempo, es posible no sólo la salvación del testículo, al menos como unidad anatómica, sino también la fácil reabsorción de los infiltrados hemáticos tan pronto como sean vaciados los coágulos sanguíneos retenidos, reduciéndose los órganos a sus dimensiones aproximadamente normales y evitando que de persistir—los infiltrados y coágulos—en su anómalo sitio, los derrames se enquisten y sean el origen de otras enfermedades crónicas de las envolturas del testículo cuando no del mismo órgano.

LA DEHISCENCIA TARDIA DE LA SUTURA ESOFAGO-GASTRICA EN LA RESECCION POR CANCER DE CARDIAS

J. PEDRO R. DE LEDESMA.

Cirujano Provincial.

A. LUENGO R. DE LEDESMA.

Médico Agregado.

Clinica Quirúrgica del Doctor LEDESMA.
Cáceres.

Estimamos de interés la publicación de un caso de resección de esófago por carcinoma de cardias.

Son en total 15 los casos que llevamos intervenidos con muchos fracasos en el postoperatorio y algunas supervivencias, pero no han sido debidamente protocolizados ni seguidos con datos documentales objetivos, por lo que no es posible hacer un estudio estadístico del conjunto. Pero creemos que nuestra experiencia, en lo que se refiere al carcinoma de cardias, nos permite opinar sobre las circunstancias que en el orden clínico y técnico pueden influir en la reducción del índice de fracasos en esta clase de cirugía.

En nuestras observaciones se ha podido comprobar que en un porcentaje elevado de casos el cáncer de cardias se mantiene un tiempo muy largo como lesión limitada y sin provocar invasiones o metástasis, o sea que se mantiene lar-

go tiempo en condiciones anatómicas adecuadas para conseguir una exéresis eficaz.

Otro hecho bien comprobado en nuestras observaciones consiste en que el accidente mortal no se produce en el momento operatorio ni en fecha inmediata al mismo, sino en días posteriores, que en los tres últimos fallecidos han sido los 16, 20 y 32 días del operatorio. Tal accidente, comprobado en autopsia, ha consistido en una dehiscencia tardía de la sutura, en fechas que por lo alejadas del momento operatorio no eran ya de esperar ni cabe suponer que dependan de defectos técnicos en la ejecución de la misma.

También queremos constatar que son muchos los casos de cáncer de cardias cuyo crecimiento se hace casi exclusivamente por la zona de estómago, hallándose invadido el fundus en más o menos extensión. Estos casos pueden invadir cola de páncreas y exigir la extirpación conjunta de la parte invadida de este órgano y el bazo, lo que eleva la gravedad operatoria considerablemente.

Por fin ha sido bien patente en nuestras observaciones el hecho de que la dehiscencia tardía de la sutura gastro-esofágica ha ocurrido ante todo en los pacientes muy desnutridos y emaciados, muy especialmente en los que acusaban ligeros edemas de tobillos.

En uno de estos casos, que nos fué enviado con historia de un año de estenosis esofágica indiagnosticada, era una mujer de 60 años y pesaba 27 kilos, tenía lige-

ros edemas, que no fué posible corregir, a pesar de un abundante suministro de sangre y plasma en el pre y postoperatorio. Tuvo dehiscencia de la herida de toracotomía a los 17 días, y a los 30 días de operada, cuando ya se alimentaba con casi dieta normal, tuvo una dehiscencia de la sutura esófago-gástrica que se comprobó en la autopsia.



Fig. 1.

La dehiscencia tardía de la sutura esófago-gástrica representa, a nuestro juicio, el punto clave del pronóstico operatorio de la resección del esófago bajo, y creemos que, aparte del déficit de viscosidad sanguínea o posibles defectos técnicos durante su ejecución, deben ser tomados en consideración los siguientes detalles:

a) Los puntos han podido quedar tensos por insuficiente movilización del estómago cuando



Fig. 2.—La linea punteada expresa la zona de resección.

se desplaza a tórax para alcanzar con facilidad y comodidad la boca esofágica.

b) Si no se ha hecho parálisis del frénico, los movimientos respiratorios del diafragma pueden dificultar el reposo necesario de la zona de sutura esófago-gástrica.

c) El material de sutura empleado puede engendrar puntos de necrosis y consecutiva dehiscencia. Nosotros tenemos una experiencia desfavorable del lino y la más favorable en favor de la seda negra torcida, esterilizada al autoclave. También estimamos utilizable el perlón.

El hecho de que el esófago carece de cubierta serosa exige el máximo cuidado en la colocación de los puntos y en su grado de tensión. En lo

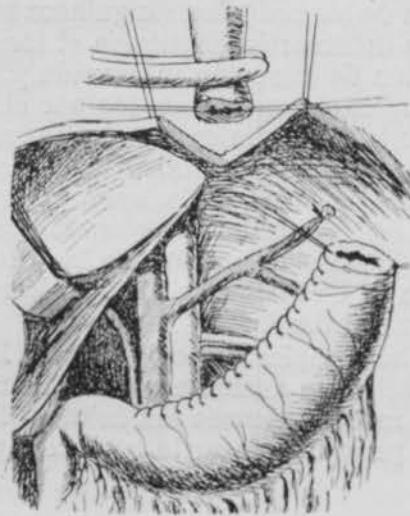


Fig. 3.

possible procuramos proteger la sutura, cubriendola con colgajos de pleura mediastínica, y sujetamos con puntos entrecortados el estómago a la pleura que recubre el bastón aórtico.

La dehiscencia de la sutura de los enfermos



Fig. 4.

muy debilitados se produce en la unión esófago-gástrica. Pero no se produce en la sutura de la brecha del diafragma, así como tampoco en las suturas de la yeyunostomía de los casos inoperables.

Estimamos de gran interés para la conserva-

ción de la sutura esófago-gástrica el mantener el drenaje aspirativo del tórax un mínimo de 4 ó 5 días con dos tubos unidos con el mismo



Fig. 5.—Pieza de resección abierta.

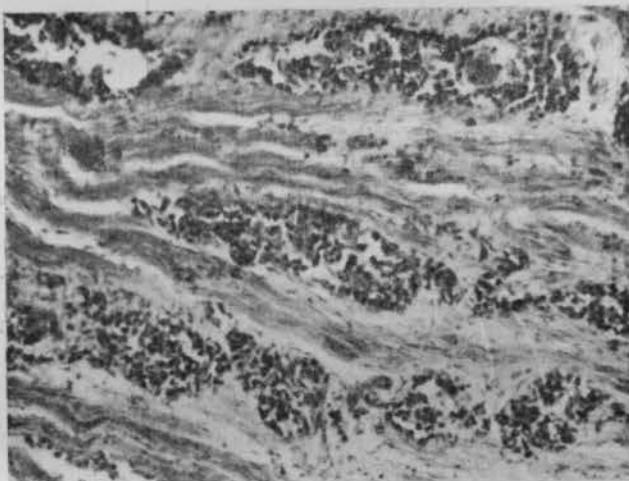


Fig. 6.—Carcinoma sólido diseminado entre los haces de musculatura lisa.

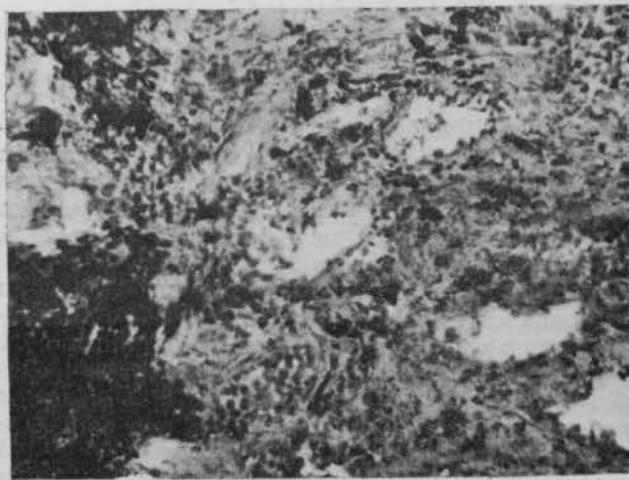


Fig. 7.—Depósito meiómico que se funde entre las células tumorales del carcinoma sólido.

foco de aspiración mediante un tubo en Y, a fin de que cuando se extraigan no quede ningún residuo de seroma torácico, cuya persistencia dificultará la evolución cicatricial de la unión esofago-gástrica.

No hemos tenido ningún caso en el que la deshiscencia haya sido imputable a necrosis del estómago.

En cuanto a la vía de acceso, nosotros encontramos menos grave la vía torácica con resección de la séptima costilla (fig. 1). La vía tora-

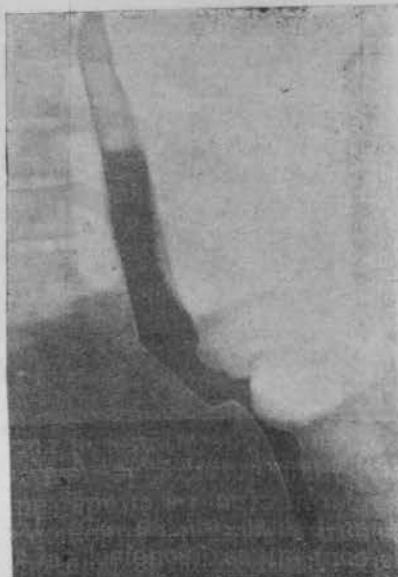


Fig. 8.—Antes de la operación.

co-abdominal, que da un campo más amplio para liberar las lesiones, resulta más cruenta y nos ha dado peores resultados.



Fig. 9.—Radiografía después de operado.

El caso que publicamos, de 65 años de edad y buen estado de nutrición, tenía un carcinoma de cardias con invasión de la zona gástrica y escasa extensión por el esófago torácico (figs. 5, 6 y 7).

Se operó por toracotomía, con resección de la séptima costilla, sin laparotomía. La técnica seguida con conservación del bazo, está expresada en los dibujos adjuntos (figs. 2, 3 y 4). A los cuatro días se extrajeron

los tubos de drenaje. A los 17 días tuvo dehiscencia por la parte alta de la herida de toracotomía con expulsión de un seroma residual. A los 21 días se apreció que ha-



Fig. 10.—La radiografía después de resecado el esófago, retocada para hacerla más fácil de interpretación.

bía dehiscencia de la sutura esófago-gástrica, porque expulsaba sustancias deglutidas por la fistula de toracotomía.

Bajo control radioscópico se introdujo una sonda ali-

menticia en estómago, por vía nasal, y por esta sonda se sostuvo 15 días más la alimentación del enfermo hasta su curación.

Las tres radiografías adjuntas (figs. 8, 9 y 10) presentan la imagen antes de la operación, a los 17 días y a los 30 días, respectivamente. En la figura 9 es posible apreciar que el esófago se encuentra dilatado, con retención de papilla, y en la parte alta del punto de unión



Fig. 11.—Esquema aclaratorio de la interpretación de las radiografías antes y después de la operación.

con estómago se percibe una imagen en punta que corresponde al sitio que se hizo dehiscente. En la figura 10, aun cuando el esófago persiste dilatado, la evacuación es más fácil y rápida.

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO ACTUAL DE LOS CALCULOS RENALES LOCALIZADOS. NEFRECTOMIAS PARCELARIAS

M. RABADÁN MARINA.

Ex Médico Interno por Oposición y ex Ayudante de Clases prácticas de la Cátedra de Urología de Madrid. Ex fellow de la Sección de Urología de la Clínica Mayo, de Rochester (Estados Unidos). Ex becario en Inglaterra del Consejo Británico.

La presencia de cálculos en el tracto urinario es una enfermedad que amenaza a la humanidad desde las épocas más remotas, y así es conocida su existencia desde cinco mil años antes del nacimiento de Cristo. Su incidencia aparece en la historia por áreas calculosas, en ocasiones en forma de ondas a través de edades y vida de los pueblos, con ciertos grados de susceptibilidad racial, desde el conocido y poco afortunado pueblo árabe hasta la suerte del negro.

Existe una voluminosa y múltiple literatura con-

cerniente a dilucidar por qué se forman los cálculos en el riñón. El urólogo, después de la extracción calculosa, trata de indagar, revisando los conceptos patogenéticos, el quid del problema que le permita llegar a una conclusión para evitar la recidiva de la litiasis.

Si tenemos en cuenta que en la mayoría de las ocasiones los cálculos maduran y crecen en un cálix o grupo de cálices como enfermedad localizada, y que su recurrencia aparece después de su extracción en el mismo grupo, generalmente en el cálix menor más inferior, no existe nada más que un método quirúrgico para evitar su recurrencia, el cual es la extirpación de dicho sistema mediante nefrectomías parcelarias.

El término de nefrectomía parcelaria significa la exéresis de una porción de riñón, generalmente un solo polo, a veces los dos, y raramente, pero posible, la porción media.

No debe confundirse tal expresión con la de heminefrectomía, la cual indica la extirpación de una completa unidad, tal como en el riñón en herradura o la mitad de un doble riñón congénito.