

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**Facultad de Ciencias Médicas**

# **Nueva Técnica para el Tratamiento de la Ascitis**

**TESIS presentada a la Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad  
de San Carlos de Guatemala, por LEONIDAS  
LETONA CERMEÑO, en el acto de su inves-  
titura de MEDICO y CIRUJANO.**



**GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1951**

## **PLAN DE TESIS**

**INTRODUCCION.**

**FISIOPATOLOGIA.**

**INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.**

**ANESTESIA.**

**PRE y POST-OPERATORIO.**

**TECNICA.**

**ANATOMIA PATOLOGICA.**

**OBSERVACIONES.**

**CONCLUSIONES.**

**BIBLIOGRAFIA.**

## INTRODUCCION

La base de este trabajo la constituyen las experiencias que, para el alivio de la ascitis en la Cirrosis Portal, ha efectuado el Dr. Guillermo Morán por medio de una modificación ideada y reglada por él, a la Operación de Talma-Morison. Como en esta operación, se utiliza el epiplón mayor, pero, en lugar de anastomosarlo al peritoneo, se le llevará a través de una insición efectuada en el peritoneo y la fascia profunda, al músculo recto anterior del abdomen al cual se le hará unirse íntimamente (Fig. N° 1).

Existen varias modificaciones a la operación de Talma, pero no me fué posible encontrar una técnica con las características de la que es objeto de este trabajo, por lo que me parece que es original.

La primera operación fué efectuada por el Dr. Guillermo Morán en el año de 1948. Actualmente hay un total de 18 casos. En los resultados, muy alentadores, influyen las condiciones biológicas precarias de la mayoría de los pacientes, el grado de ataque a la función hepática, el grado de desarrollo del epiplón mayor y los músculos rectos y la adecuada selección de los casos.

Comprendo que para llegar a una conclusión definitiva es necesario estudiar muchos casos más, siendo la intención de este trabajo contribuir al estudio definitivo de este problema.

## HISTORIA

Talma, de Utrecht, Países Bajos, sugirió en 1887, intentar el desarrollo de circulación colateral entre el peritoneo parietal y el visceral. Van Der Meulen puso en práctica el procedimiento en 1888 con resultados fatales en un paciente que murió de shock. Independientemente, Morison hizo una omentopexia en 1894; no hubo curación, pero

el enfermo sobrevivió 18 meses. Poco tiempo después un paciente era operado con éxito y la Clínica Mayo reportó pocos años más tarde varios casos afortunados.

En Guatemala, nuestros cirujanos han preferido otros métodos quirúrgicos no reportando ningún caso de Talma o modificación a ella.

Existe una modificación a la operación de Talma sacando el epiplón a través de una insición transversal del peritoneo y fascia profunda, suturando esas formaciones anatómicas a través del epiplón y extendiendo éste por debajo del músculo. Esta técnica de la que no se dan datos estadísticos, fué preconizada por Babler y tiene la desventaja de estrangular el epiplón en su base y no establecer uniones íntimas con el músculo recto.

### FISIOPATOLOGIA

La vena porta y sus ramas no son un sistema venoso aislado ya que está comunicado, en circunstancias normales, con las venas cavas superior e inferior. Cuando existe una obstrucción completa o incompleta de la circulación portal, esas anastomosis cobran gran importancia.

Las comunicaciones más importantes entre la vena porta y las venas cavas superior e inferior son las siguientes:

Vena cava superior: 1) anastomosis de las venas gástricas con las esofágicas; 2) entre las peritoneales y la diafragmática, las cuales comunican con la vena cava inferior; y por medio de la intercostal, los ácigos y la semiácigos, con la cava superior; 4) entre las umbilicales y paraumbilicales con las venas de la pared anterior del abdomen.

Vena cava inferior: 1) plexo pudendo hemorroidal: la hemorroidal superior es una rama de la vena porta. Las hemorroidales media e inferior son ramas de la hipogástrica que las conecta con la cava inferior. El plexo pudendo hemorroidal también comunica con las venas escrotal,

espermática y ovárica que también forman conexiones entre la cava y la porta; 2) entre las venas peritoneales y las del plexo lumbar. Estas venas comunican también con la cava superior por la ácigos y la semiácigos; 3) con las venas de la pared anterior del abdomen que pertenecen al sistema porta y las venas subcutáneas que comunican con las venas cava superior e inferior; 4) entre las venas peritoneales y las de la cápsula renal.

Cuando la vena porta se obstruye, completa o incompletamente como sucede en la cirrosis portal, el organismo recurre a las citadas anastomosis, las cuales se dilatan y tratan de sustituir al conducto principal.

Esta operación, como la de Talma busca llevar la sangre de la circulación mesentérica a la de la pared anterior del abdomen, estableciendo así una comunicación entre la mencionada circulación y la vena cava superior sin pasar por la vena porta (Fig. Nº 1).

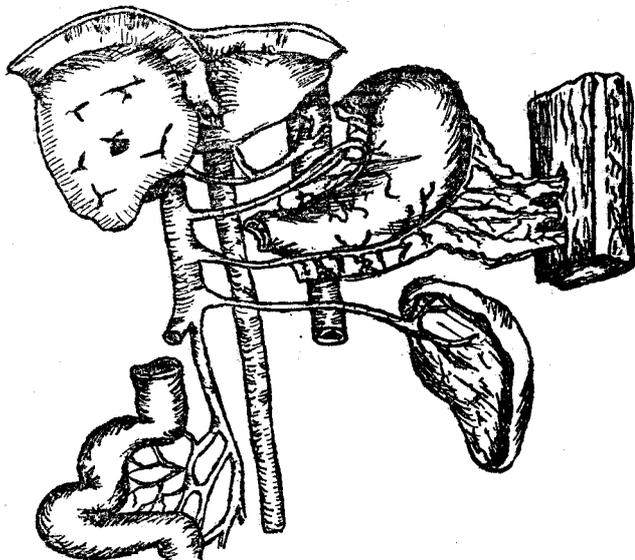


Fig. Nº 1.

La operación de Talma lleva el epiplón al peritoneo utilizando así muy pobres anastomosis y otras técnicas, utilizan el tejido celular subcutáneo que también es muy mal elemento de drenaje.

Después de analizar el anterior bosquejo vascular anatómico es fácil comprender que ésta es la vía que ofrece más ventajas.

#### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La selección de los casos es motivo de gran divergencia. Morison afirmaba que la cirrosis alcohólica era la de pronóstico más favorable y la sifilítica la menos susceptible de éxito.

La operación debe efectuarse en la llama Cirrosis Portal por los autores americanos, es decir, en la que predomina el Síndrome de Hipertensión Portal, debe de ser precoz, antes que sobrevengan las complicaciones propias de la enfermedad, que la capacidad funcional hepática no esté muy afectada y que el estado general del paciente no sea demasiado pobre. Se verá también favorecida por un buen desarrollo de los músculos rectos del abdomen.

Entre las contraindicaciones encontramos las siguientes:

- 1) Carcinoma del hígado o del peritoneo.
- 2) Tuberculosis peritoneal.
- 3) Diabetes (White, 1908).
- 4) Enfermedad de Brighth.

La operación fallará en casos de congestión hepática crónica, (Hígado Moscado), en los cuales hay hipertensión venosa generalizada con cardiopatía concomitantes.

Al abrir el abdomen debe observarse si existen adherencias o un epiplón arrugado y pequeño, condiciones ambas que también hacen fracasar la intervención.

### ANESTESIA

Siendo una operación de corta duración y relativamente sencilla, la anestesia no ofrece dificultades. Es necesario, sin embargo, dadas las malas condiciones generales del paciente, atender con cuidado cualquier complicación imprevista. En los casos operados se ha usado con éxito la anestesia raquídea con procaína y meticaína.

### PRE Y POST OPERATORIO

No debe descuidarse el tratamiento médico durante los días que preceden o siguen a la operación. Debe hacerse buen uso de los ácidos aminados, suero glucosado y preparados vitamínicos. La intervención no exige ninguna medida especial pues como apunté anteriormente es de técnica sencilla y muy poco traumatizante.

### TECNICA

#### *Primer tiempo*

Insición supraumbilical paramediana derecha que interesa piel y tejido celular subcutáneo de 15 centímetros de longitud. Esta incisión debe de hacerse cuidadosamente debido a la delgadez de la pared que expone a irse demasiado profundamente. Hemostasis.

#### *Segundo tiempo*

Colocación de campos en los bordes de la herida.

*Tercer tiempo*

Insición de la vaina del músculo recto en la misma extensión que la herida cutánea. Se libera el músculo tanto en la cara anterior como en los bordes y cara posterior. Se hace hemostasis de los vasos que sangran principalmente a nivel de las metámeras y se dejan las epigástricas unidas al músculo.

*Cuarto tiempo*

El ayudante levanta y lleva el músculo hacia la línea media con dos separadores de Farabeuf invertidos colocados debajo de él.

*Quinto tiempo*

Se procede ahora a insidir la hoja posterior de la vaina del recto en un solo plano con el peritoneo. Se deja salir cierta cantidad de líquido, se amplía la insición en sentido longitudinal y se colocan pinzas en sus bordes para trabajar en alto y evitar en esa forma que se escape mayor cantidad de líquido.

*Sexto tiempo*

Se exterioriza el epiplón mayor con una pinza de anillos, luego, a una distancia conveniente de sus bordes, se abren cuatro ventanas de tres a cuatro centímetros de diámetro en regiones avasculares (Fig. N° 2).

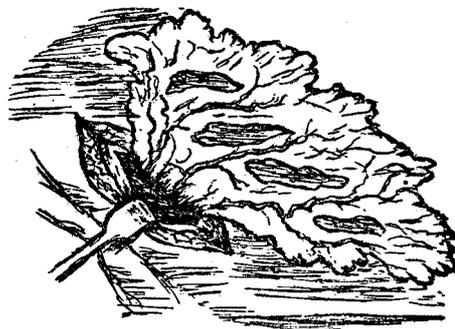


Fig. N° 2.

### *Séptimo tiempo*

Luego de ligar algunos vasos que sangran, se pasa una pinza de Alice a través de la ventana inferior y se lleva el borde interno de la insición conjunta de la pared posterior de la vaina del recto y el peritoneo en contacto con el borde externo de la misma, para formar un puente con algunos puntos de catgut. Se ejecuta la misma maniobra en las otras tres ventanas levantando siempre para no estrangular los vasos del omento. Quedan formadas así cuatro columnas de epiplón con vasos de importancia como puede apreciarse en la Fig. N° 2.

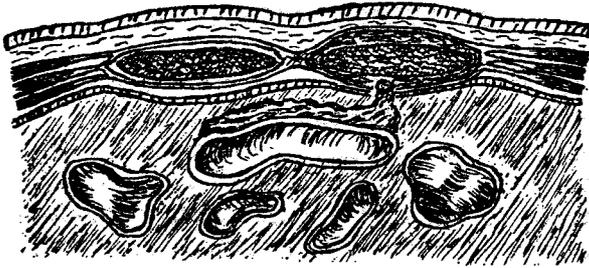


Fig. N° 3.

### *Octavo tiempo*

Se rodea al músculo con el epiplón fijándolo a su borde interno con puntos flojos de catgut.

### *Noveno tiempo*

Cierre del resto de la pared: la aponeurosis se sutura con cátgut cromizado N° 1 y se refuerza con puntos separados de algodón; en la piel se colocarán los puntos más cerca de lo normal para evitar la salida de líquido.

En este momento, la operación ha concluído, pero es necesario agregar algunos detalles de técnica: 1) Si el epi-

plón es demasiado grande se realizan tres lenguetas de las cuales sólo se utiliza la central siguiendo la conducta ya indicada. 2) La operación se efectuó con éxito en un enfermo en quien se encontró el epiplón con algunas adherencias.

La Figura N° 3 muestra la forma en que el epiplón mayor quedara rodeando al músculo recto anterior mayor del abdomen. Puede apreciarse en el grabado la penetración del epiplón a través de la insición realizada en peritoneo y pared posterior de la vaina del recto.

#### ANATOMIA PATOLOGICA

En un enfermo que murió de uremia fué posible efectuar cortes que demostraron plenamente las íntimas conexiones que se establecen entre el músculo recto anterior del abdomen y el epiplón mayor. La importancia de esta investigación estriba en la evidencia que da sobre el futuro de la unión realizada por el cirujano.

Para ilustrar mejor este punto, me parece oportuno transcribir el informe que, sobre las microfotografías de los cortes realizados sobre el mencionado enfermo, rindió el Dr. Carlos Martínez Durán.

“En la microfotografía N° 1, aumento menor, se observa el tejido muscular y, dentro de él, el epiplón con numerosos vasos, unos cortados transversalmente y otros longitudinalmente, muy demostrativos de la anastomosis realizada como consecuencia de la operación.

En la microfotografía N° 2, aumento mayor, se observa con más detalle el epiplón mayor adosado al tejido muscular, el corte longitudinal de un vaso y por debajo de él, la grasa del epiplón”.

Estas microfotografías corresponden a las Figuras Nos. 4 y 5 de este trabajo.

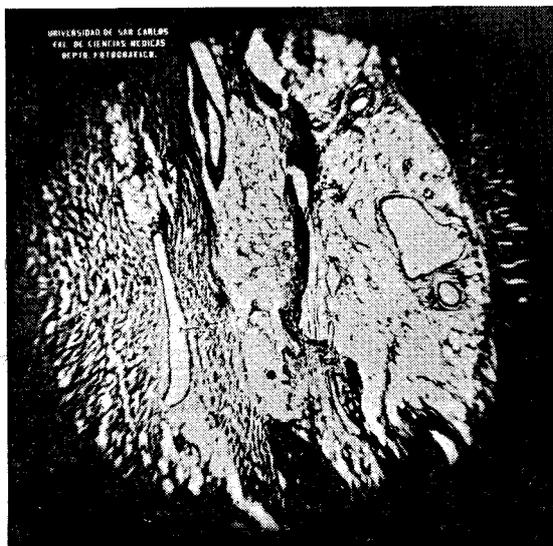


Fig. Nº 4.



Fig Nº 5.

## Observación N° 1

B. C.

Originaria: Huehuetenango.

Residencia: Huehuetenango.

Estado Civil: Casada.

Ingresa: 10 de septiembre de 1951.

*Historia*

"Hinchazón" en el vientre que había notado desde hacía poco más o menos un mes; el abdomen le creció progresivamente. Además: orina escasa, disnea, sed intensa. La fiebre oscila alrededor de 37 grados con alzas intermitentes hasta de un grado.

*Antecedentes Fisiológicos*

Casada, madre de 10 hijos de los cuales han muerto dos: uno de un año y medio, de indigestión (?) y otro de veinte años, de los pulmones. Menarquía: a los 14 años. Menopausia: a los 35 años. Higiene y alimentación: buenas. Hábitos: ha ingerido licor esporádicamente.

*Antecedentes Hereditarios*

Sin importancia.

*Antecedentes Patológicos*

Sin importancia.

*Examen Físico*

Aspecto general: malo. Fascias: terrosa. Membranas mucosas: pálidas. Temperatura: 37.5 Pulso: 130 por minuto. Presión: 115/60.

*Examen Local*

Abdomen distendido, globuloso, cicatriz umbilical protuberante. Circulación Colateral: escasa.

Palpación: Panículo adiposo: escaso, ninguna zona dolorosa. Existe signo de la Onda Líquida.

Percusión: Matidez en todo el abdomen con una pequeña zona de sonoridad a nivel del ombligo que se desplaza con los cambios de posición del enfermo. Hígado pequeño, no doloroso.

*Examen General*

Estertores en ambas bases pulmonares.

Resto: Normal.

*Exámenes Complementarios*

Orina: Negativa.

*Sangre:*

Glóbulos Rojos .....	2.490,000 por m. m.
Glóbulos Blancos .....	4,000
Hemoglobina .....	12.5 grs. x 1000
Proteínas .....	7.10 grs. x 1000
Urea .....	23 mgrs. x 100
Glucosa .....	60 mgrs. x 100
Cloruros .....	400 mgrs. x 100
Nitrógeno no protéico .....	33 mgrs. x 100

V.D.R.L.: Negativo.

Van den Berg:

Hematozoarios: Negativo.

Directa Inmediata: débil.

Indirecta: 3.5 u.

Indice Ictérico: 15 u.

Rayos X: "Campos pulmonares libres. Corazón horizontal. Diafragma muy elevado por Ascitis".

*Diagnóstico*

Cirrosis Hepática.

*Tratamientos*

Medico: Intenso antes de la Intervención sin que en sus condiciones mejoran.

Fué operada el día primero de octubre con éxito. Pesaba antes de la operación: 140 libras. A los 18 días después pesó: 142 libras. Después del acto operatorio siguió con tratamiento médico en el cual se agregó Estreptomina.

*Comentario*

He colocado este caso en primer lugar porque es muy ilustrativo en lo que se refiere a los motivos que obstaculizan el éxito. En esta enferma se unían 3 factores de importancia: Primero: pésimo estado general; Segundo: terreno posiblemente tuberculoso; Tercero: los músculos rectos anteriores del abdomen eran muy poco desarrollados.

La enferma sobrevive pero ha experimentado muy poca mejoría.

**Observación Nº 2**

S. B.

Originario: capital.

Edad: 44 años.

Residencia: capital.

Estado Civil: soltero.

Ingresó: 20 de julio de 1951.

Motivo Ingreso: "Hinchazón en el abdomen".

*Historia*

Refiere que el abdomen le comenzó a "crecer" hace un mes y medio acompañado de dolor en el epigastrio de regular intensidad. Plenitud post-prandial en la misma región. La "hinchazón" del abdomen ha aumentado progresivamente. Trastornos gastro-intestinales vagos. Repugnancia por las grasas. Hace 20 días: edema de los miembros inferiores que ha ido cediendo.

*Antecedentes Fisiológicos*

Soltero. No tiene hijos.

*Antecedentes Patológicos*

Sin importancia.

*Antecedentes Tóxicos*

Ninguno.

*Examen Físico*

Aspecto general: regular. Fascias: normal. Membranas mucosas: rosadas. Temperatura: 37. Pulso: 75 pulsaciones por minuto. Presión sanguínea: 130/70.

*Examen Local*

Abdomen muy distendido. Cicatriz umbilical: plana. Circulación colateral: escasa. Panículo adiposo: escaso. Onda Líquida: presente. Macidez en los flancos, hipogastrio y epigastrio, con una zona sonora a nivel de la región umbilical de forma seminular y de concavidad superior. Percusión hepática no dolorosa, que revela un hígado pequeño. En esta observación sólo he anotado datos positivos.

*Exámenes complementarios*

Orina: Negativa.

Sangre:

Glóbulos Rojos .....	1.650,000
Glóbulos Blancos .....	6,800
Sedimentación .....	132 m. m. a la hora
Hemoglobina .....	4.5 grs.
Proteínas .....	7.65 grs. %
Urea .....	28 mgrs. %
Glucosa: .....	60 mgrs. %
Cloruros .....	500 mgrs.

Van den Berg:

Reacción directa: Negativa.

Indirecta: 0.4 unidades igual a 0.20 miligramos por ciento de bilirrubina.

*Diagnóstico*

Cirrosis hepática con ascitis.

*Tratamiento*

En este enfermo se había hecho un tratamiento médico completo sin lograr ninguna mejoría, fué operado el 13 de agosto de 1951 con todo éxito.

*Comentario*

Este enfermo está actualmente sin signos de líquido ascítico y en plena recuperación. Espera en el servicio para ser operado de dos hernias inguinales.

## Observación N° 3

F. C. C.

Edad: 60 años.

Ocupación: Agricultor.

Origen: Chiquimulilla.

Residencia: Guatemala.

Ingresó el 8 de octubre de 1951.

*Historia*

Hace cuatro meses: sensación de peso en el abdomen, más marcada después de las comidas; crecimiento paulatino del abdomen hasta tornarse globuloso. Edemas en pies y piernas progresivo, no doloroso, depresible, sin cambio en el color de la piel. Disnea, sensación de opresión precordial.

*Antecedentes Patológicos*

Paludismo hace algunos años. Fué hospitalizado en 1950 por Cirrosis hepática.

*Examen Físico*

Estado general: regular, fascies tranquila, membranas mucosas pálidas, pulso 72 por minuto, temperatura 36.6 grados centígrados.

*Resumen del Examen Físico*

Abdomen globuloso con circulación venosa colateral. A la palpación revela consistencia renitente, signo de la onda líquida. A la percusión, disminución de la matidez hepática; bazo percutible, matidez generalizada del abdomen.

*Exámenes Complementarios***Sangre:**

Glóbulos rojos .....	2.910,000
Glóbulos blancos .....	3,900
Hemoglobina .....	7.5 grs.
Heces .....	Uncinaria.
Hematozoario .....	Negativo.
Líquido peritoneal .....	Rivalta negativo.
	Albúmina: 3.80 grs.
	Linfocitos +++
	Bactereológico negativo.

**Van den Berg:**

Directa: negativa.

Indirecta: 0.4 unidades = a 0.20 por ciento de bilirrubina.

Índice Ictérico .....	4 unidades.
Cefalina-Colesterol .....	+++
Takata-Ara .....	++
Proteínas en sangre .....	6.66 grs.
Glucosa .....	85 mgrs. %
Urea .....	18 mgrs. %
Cloruros .....	440 mgrs. %

*Diagnóstico*

Cirrosis Hepática.

*Intervención*

12 de noviembre del corriente año.

*Resultado*

Satisfactorio.

## CONCLUSIONES

- 1ª—Esta intervención alivia enormemente al enfermo y en el paciente de la Observación N° 2 se observó curación completa de la Ascitis.
- 2ª—Evita al enfermo la expoliación continua que significan las paracentesis repetidas.
- 3ª—Los enfermos de Cirrosis Portal son los que más se benefician con esta intervención.
- 4ª—El éxito de la operación depende de la selección de los casos y de las condiciones del epiplón y de los músculos rectos del abdomen.
- 5ª—Anatomopatológicamente está demostrado el éxito de la anastomosis.
- 6ª—La técnica es relativamente sencilla y original.
- 7ª—Como un estímulo para los cirujanos que investigan, propongo a esta intervención se le titule: "OPERACION DEL Dr. GUILLERMO MORAN".

LEONIDAS LETONA C.

Vº Bº,

*Dr. Guillermo Morán*

Imprimase,

*Dr. C. Mauricio Guzmán,*  
Decano

#### BIBLIOGRAFIA

The Cyclopedia of Medicine, Surgery and Specialities.—

Editada por George Morris Piersol.

Manual de Patología Médica.—*Dr. M. Bañuelos.*

Surgical Treatment.—*Warbasse Smith.*

Diseases of the liver.—*Lichtman.*