

## Mesenteroplicatura total con tutor transitorio. Prevención de la obstrucción recurrente por adherencias

### *Total mesenteric plication with temporary suture support. Prevention of recurrent bowel obstruction due to adhesions*

Julio J. Dousset 

Servicio de Cirugía y  
Medicina de Urgencia.  
Hospital San Bernardo,  
Salta. Argentina.

El autor declara no  
tener conflictos  
de interés.

Correspondencia:  
Julio J. Dousset  
e-mail:  
[julio.dousset@hotmail.com](mailto:julio.dousset@hotmail.com)

#### RESUMEN

La preocupación por los trastornos intestinales y la oclusión, como consecuencia de la formación de bridas peritoneoviscerales producidas por gestos quirúrgicos manuales e instrumentales, ha dado lugar a procedimientos con miras a evitarlas o minimizarlas.

En este marco, la técnica de mesenteroplicatura con sostén transitorio tiene el propósito de favorecer el ordenamiento fibrointestinal, cuando la patología tratada haga sospechar que se producirán adherencias y más aún si la intervención ha sido causada por estas.

Los fundamentos del procedimiento son los mismos que sostienen las técnicas usuales, por lo tanto no hay controversias en cuanto a las indicaciones. La lógica de la sutura transitoria está en que el tutor pierde su objetivo y se retira cuando finaliza el proceso adherencial, alrededor de las dos semanas de la intervención.

Se presentan tres casos de oclusión intestinal operados con el procedimiento, controlados y con buenos resultados.

■ **Palabras clave:** Mesenteroplicatura, adhesiolisis, oclusión intestinal por bridas.

#### ABSTRACT

Peritoneal adhesions produced as a consequence of manual or instrumental manipulation during surgery cause bowel obstruction. Several procedures have been developed to avoid or minimize adhesions.

Mesenteric plication with temporary suture support organizes the healing process in the bowel in case of high suspicion of adhesions will develop, particularly when bowel obstruction is produced by adhesions.

The basis of this technique is the same as for standard procedures and, thus, there are no controversies about its indications. The rationale of temporary suture support is that when the healing process is over, about two weeks after the intervention, the suture support is no longer needed.

We report three cases of intestinal obstruction undergoing mesenteric plication and temporary suture support, with favorable outcomes.

■ **Keywords:** Mesentery plicature, adhesiolysis, intestinal occlusion by adhesences.

Recibido el  
03 de noviembre de 2017  
Aceptado el  
11 de mayo de 2018

ID ORCID: Julio J. Dousset, 0000-0002-0339-2703.

## Introducción

La formación de bridas se presenta en un alto porcentaje de casos después de intervenciones abdominopelvianas, lo que genera diversas complicaciones, cuya expresión patológica más grave es la obstrucción intestinal. Se ha comprobado experimental y clínicamente que la génesis adherencial se inicia por las maniobras quirúrgicas, en forma similar a la cicatrización; ambos procesos de acciones biológicas con movilización química y activación celular finalizan en dos semanas, con la estabilidad de la fibrosis.<sup>1,2,9,10.</sup>

Los procedimientos tendientes a minimizar adhesiones que puedan ocasionar trastornos se pensaron para "guiar lo inevitable", disponiendo las condiciones anatómicas favorables para el establecimiento de futuras adherencias, con menos probabilidades de alterar el tránsito intestinal<sup>3.</sup>

Las técnicas para prevenir la oclusión se fundamentan en los principios establecidos por T. Noble; consisten en el acercamiento y sutura de asas, a las cuales siguieron otras de fijación mesentérica, como Childs-Phillips y variantes<sup>4-6,8.</sup>

Lo nuevo es la remoción de la sutura basada en que, al término aproximado de 14 días, finaliza el proceso de fibrosis<sup>7.</sup>

El retiro de los hilos está justificado, como cuerpo extraño y porque, establecidas las adherencias, pierden su objetivo fijador.

Esta técnica, con iguales principios y objetivos que otras, no da lugar a controversia conceptual, pues se diferencia por la extracción de los hilos de sostén.

## Material y métodos

Se presentan tres casos operados en los años 1981/82, por oclusión, con mesenteroplicatura y tutor temporario.

Primer caso: varón de 20 años que ingresó con abdomen agudo oclusivo. Se intervino quirúrgicamente, encontrándose peritonitis fibroplástica tuberculosa. Se realizó enterólisis y mesenteroplicatura con tutor transitorio. Evolucionó en forma favorable y se otorgó alta hospitalaria, continuando tratamiento específico en forma ambulatoria.

Segundo caso: varón de 26 años que ingresó por oclusión intestinal. Se intervino quirúrgicamente hallándose tuberculoma de ciego, sin adherencias yeyunales. Se observaron adherencias parietocólicas que se liberaron. Se realizó hemicolectomía derecha y se confirmó tuberculosis pulmonar. Se otorgó el alta y continuó tratamiento específico en forma ambulatoria. Diecisiete meses más tarde reingresó con oclusión por peritonitis tuberculosa. En una nueva intervención, se observaron adherencias parietoyeyunales. Se realizó enterólisis y mesenteroplicatura con sostén transitorio. Evolucionó

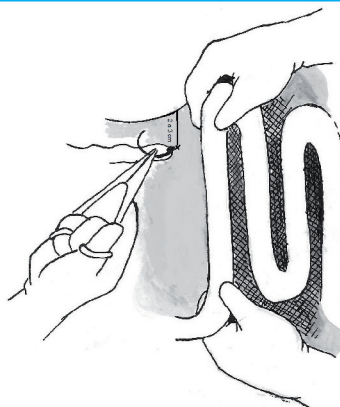
favorablemente otorgándose el alta para continuar tratamiento específico.

Tercer caso: varón de 50 años a quien se realizó colecistectomía por colecistitis aguda. Evolucionó favorablemente pero cinco años después requirió internación por cuadro de oclusión. En la cirugía se hallaron bridas peritoneoviscerales, realizándose enterólisis y mesenteroplicatura con sostén transitorio. Se sospechó probable hábito fibroplástico. Evolucionó favorablemente.

## Técnica quirúrgica

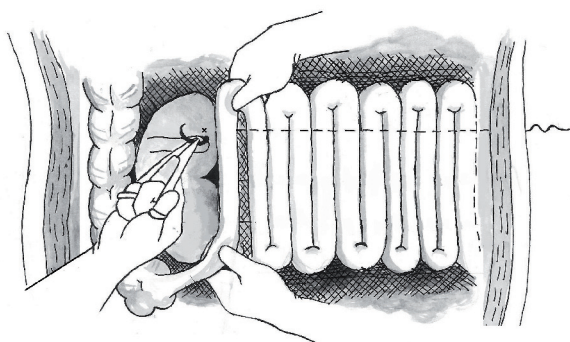
Dejando libre un tramo intestinal de 20 a 25 cm desde la unión ileocecal, se forma el primer codo yeyunomesentérico superior, que presenta digitalmente el ayudante (Fig. 1)

FIGURA 1



Elegido el punto de pasaje mesentérico a 2 o 3 cm del borde de inserción mesentericoyeyunal y del ángulo de repliegue, con el extremo de aguja curva enhebrado con seda, se presiona con movimientos suaves observando y desplazando vasos rectos hasta atravesar la primera hoja mesentérica (Fig. 2).

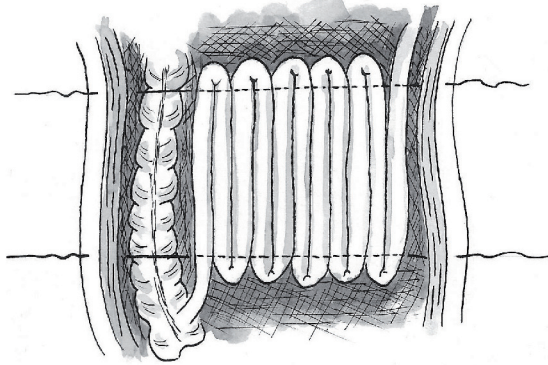
FIGURA 2



Esta maniobra se repite en el repliegue mesentérico opuesto, formándose el primer bucle inicial superior. Así sucesivamente se arman los codos superiores del "paquete" intestinal.

De la misma forma se realiza la fijación transmesentérica de los dobleces inferiores que se forman necesariamente hacia la pelvis (Fig. 3).

FIGURA 3

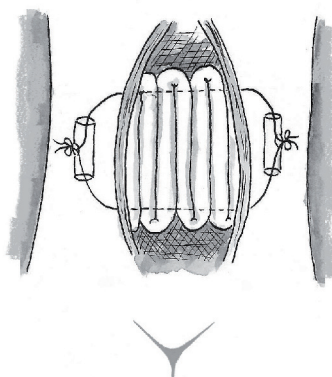


Finalizada la mesenteroplicatura, los hilos se toman de los extremos, se levantan con suavidad, observando la conformación de los pliegues y a la vez haciendo control minucioso de hemostasia, luego de lo cual se reintegra el yeyuno-íleon a la cavidad abdominal.

Se exteriorizan los sedales en forma transparietal, de peritoneo a piel (Fig. 3).

Los dos extremos, a izquierda y derecha de la incisión, se anudan sobre un tubo de goma colocado entre los puntos de emergencia de los hilos (Fig. 4).

FIGURA 4



Los nudos deben realizarse de manera que puedan deshacerse fácilmente en el posoperatorio,

adecuando la tensión de acuerdo con la distensión abdominal, para luego rehacerlos.

## Resultados

No se presentaron inconvenientes intraoperatorios ni posoperatorios, salvo discreto íleo resuelto clínicamente. La evolución fue controlada durante dos años. No hemos observado reingresos.

Cognitivamente, esta experiencia tiene escaso valor, pues no permite obtener una inducción predictiva y mucho menos justificación. Sin embargo, nuestro propósito es aportar un recurso posible a los ya existentes.

## Posoperatorio y observaciones

Los tres casos, entre las 48 y 72 horas, presentaron íleo moderado, más notable en el hemiabdomen izquierdo. Se observará presión sobre los capitones. Previa antisepsia se desajustan los nudos para quitar esa tensión, luego de lo cual la pared avanza hacia el extremo de los hilos, que se anudan nuevamente de acuerdo con la distensión del momento. El control diario nos indicará si se debe repetir la maniobra.

Cumplidas las dos semanas de evolución, cortando cerca de la piel cada uno de los hilos, se retiran suavemente desde el otro extremo. Si hubiese resistencia para su extracción, se dejan el tiempo necesario hasta que el proceso fibrinoso los libere y no presenten inconvenientes.

## Discusión

La experiencia con tres casos controlados, que evolucionaron sin complicaciones, es exigua para sacar conclusiones. El fundamento de la técnica es el mismo de las usuales, por lo tanto la factibilidad de hacer una experiencia con esta es una opción razonable, opción de la que se esperan similares resultados sin las consecuencias de la sutura permanente. La práctica con las técnicas conocidas informa dificultades intraoperatorias, por la presencia de edema y distensión yeyunal, y complicaciones posteriores, cuya causa es la permanencia y estabilidad del material de sostén, que actúa como cuerpo extraño. Estos inconvenientes se obvian por la relativa facilidad del pasaje de la seda gruesa transmesentérica y la extracción de esta, cuando pierde su cometido, al finalizar el proceso fibrinoplástico, razón que justifica su transitoriedad.

Con esta técnica no esperamos resultados distintos de los de otras, por cuanto se rige por los mismos conceptos; pero sí, menos complicaciones, por el retiro oportuno del material de sutura. En razón de estos fundamentos y resultados hemos continuado con su práctica, en casos no mencionados en este trabajo.

## Referencias bibliográficas

---

1. Steed DL. Participación de los factores de crecimiento en la cicatrización. Rev Cir NA. 1997; 3:577.
2. Bitte M B, Barbul A. Principios de cicatrización. Clin Quir N A1997; 3:515.
3. Noble TB. Plication of small intestine as profilaxis against adhesions. Am J Surg. 1937; 35:41.
4. Childs W, Phillips RB. Experience with intestinal plication and proposed modification. Ann Surg. 1960; 2:52.
5. Andreasian B. Plicature mésentérique en paquets. J Chirurg. 1971; 101:187.
6. Del Soldato G, Sanguinetti F, Pradier R. Técnica de la operación de Noble con el empleo de un adhesivo tisular. Rev. Argent. Cirug. 1967; 12: 123.
7. Dousset J. Modificación de la técnica de Noble-Childs Phillips. Comunicación previa. Rev Argent Cirug. 1985; 49:135.
8. Ferrari ER, Latorre FC, Ayllon JC, Grinfeld D. Modificación de Operación de Noble. Bol y Trab Acad Argent Cirug. 1975; 200:9.
9. Gerzenstein JA, Grinspan RH. Enteropoliptiquia. Su empleo en el tratamiento de la oclusión intestinal por adherencias. Estudio clínico y experimental. Bol y Trab Soc Argent Cirujanos.1973; 4:74.
10. Raymond JC, Bouchet Y, Bileoma S. Étude critique des diverses techniques opératoires de prevention des occlusions par adherencias intestinales. J Chir Paris.1970; 99:25.