

## ANASTOMOSIS INTESTINAL EN EL BOVINO

Dr. Ramiro Oballe Morante  
 Universidad Nal. Mayor San Marcos  
 LIMA - PERU

Con relativa frecuencia en la práctica clínica del ganado bovino se presentan trastornos en los cuales el síntoma inicial predominante es el dolor abdominal. Este dolor acompañado de otras manifestaciones clínicas y de laboratorio que el médico veterinario está obligado a reconocer, puede deberse a una gran variedad de -- trastornos, siendo los más frecuentes la gastritis traumática, impactación severa del rumen, omaso y/o abomaso, timpanismo primario agudo, abscesos en hígado, bazo, etc., problemas génito-uritarios, etc., etc.

En el trabajo que nos ocupa esa manifestación clínica, de dolor, está asociada a una alteración en el intestino ya sea en el mismo o en su vecindad. Dos son las alteraciones intestinales, que en el ganado bovino, mayormente nos llevan a realizar una anastomosis intestinal, con: Incarceración o Estrangulación, alteración -- que puede causar aguda obstrucción intestinal o constricción y arresto a la circulación sanguínea dentro de la cavidad abdominal o a través de una abertura natural o adquirida. Ejemplo de esta alteración es: la hernia estrangulada, adherencias provenientes del útero, ovario, retículo, pueden llevar a estrangulación.

La intususcepción es otra alteración que con frecuencia lleva a realizar anastomosis intestinal puesto que también por lo general produce una aguda forma de obstrucción intestinal y arresto circulatorio. Esto consiste en la invaginación de un segmento proximal de intestino dentro de un segmento adyacente distal. Se han descrito ~~to~~ cuatro tipos: Ileo-cecal, Ideal, cólico e ilio-cólico. La frecuencia depende entre otros factores de la especie animal.

También tenemos la intususcepción retrógrada donde un segmento distal de intestino pasa dentro de uno proximal.

Otras causas de anastomosis intestinal en el ganado bovino serían: cuerpos extraños, estenosis congénita, perforación intestinal etc..-

Pero en esta necesidad de realizar una anastomosis la preocupación del cirujano siempre fue: peritonitis y estenosis ya que estas razones fueron las causas de alta mortalidad,

Casi con seguridad podríamos afirmar que estas complicaciones se deben a defecto de sutura y en esto reside nuestra preocupación demostrar en este trabajo, al médico veterinario de campo, solamente las técnicas que consideramos más seguras y sencillas.-

Con la finalidad antes mencionada hemos preferido eliminar toda revisión histórica, bibliográfica, etc. Para limitarnos a la anastomosis intestinal capaz de ser realizada por el médico veterinario general.

//

//

No es además añadir la importancia que tiene, en el éxito de esta intervención, el diagnóstico precoz, la anestesia, la asepsia correcta y la elección del material quirúrgico. El tratamiento pre y post operatorio es de acuerdo a la condición del animal y al criterio profesional.

ESTRUCTURA DEL INTESTINO.

Histológicamente el intestino está constituido por varias capas:

Serosa: Ofrece la estructura típica de esta clase de membranas, constituida por una capa epitelial, una lámina propia de tejido conjuntivo elástico y un estrato subseroso laxo. El conjuntivo de la serosa está formado por haces colágenos entrecruzados y una fina red de fibras elásticas.

Túnica Muscular: Se compone de una capa externa, delgada de fibras musculares lisas y dispuestas longitudinalmente y de otra interna de fibras circulares de mayor grosor.

Sub Mucosa: Región limitada por la muscular de la mucosa y el plano muscular interno; presenta fibras colágenas en gran cantidad y fibras elásticas. Las fibras colágenas ocupan todo el espacio existente. Entre ellas se encuentran diversos tipos de células como son los fibroblastos, células cebadas y células plasmáticas; ganglios y fibras nerviosas, además de nódulos linfáticos o placas de Peyer.

ANASTOMOSIS.

1) LAPAROTOMIA: Fosa paralumbar derecha y de la manera usual.

2) ENTERECTOMIA (Procedimiento General). Elegida la zona de resección se procede a desplazar el contenido intestinal tomando el asa entre los dedos y deslizándolos lateralmente. Luego se ocluye el intestino mediante el uso de r pinzas de Carnalt o mediante dos tubos de goma de 4 mm. de diámetro por 2 cm. de largo y dos tubos de goma o plástico de 3-5 mm. de diámetro. Se ligan los vasos mesentéricos con el mismo material de sutura que se emplea en la anastomosis intestinal, poniendo especial énfasis en conservar el riego sanguíneo en las porciones a unir.

Se secciona el intestino con un bisturí siguiendo el borde externo de las pinzas intestinales o tubos de goma. El mesenterio se corta en triángulo por debajo de las ligaduras de los vasos.

Se limpia el orificio de los segmentos y el intestino se mantiene húmedo mediante el uso de agua destilada estéril mantenida a la temperatura corporal, o suero fisiológico.

3) ANASTOMOSIS:

a) Técnica de Poth y Gold.

Efectuada la enterectomía se hace disección muy cuidadosa del

Jornadas de Buiatría. III Uruguayas  
17 al 20 de junio de 1975 - Paysandú, Uruguay

//

//

mesenterio en su inserción intestinal. Luego se procede de la siguiente manera:

- Ingresa la aguja por el lado mesentérico a 4 mm del borde de la incisión y atraviesa la pared intestinal de serosa y mucosa.
- Regresa la aguja penetrando la mucosa del mismo cabo intestinal a más o menos un mm. del borde y sale por la sub-mucosa.
- Pasa al otro cabo intestinal y hace el recorrido inverso.
- Se procede a hacer la primera lazada con la cual, al juntar los cabos intestinales, se notará que los tejidos incluidos en el punto se tornarán pálidos, lo que significa que la microcirculación ha sido comprimida.
- Al hacer esta primera lazada se tracciona adelante y atrás una o dos veces para que el hilo corte todas las estructuras, excepto las fibras colágenas; en este momento los tejidos se tornan rosados nuevamente ya que la micro-circulación ha sido liberada y restablecido el definitivo aporte sanguíneo capilar. La sutura queda completamente escondida en la pared del intestino a nivel de la sub-mucosa, encerrando el tejido colágeno de las otras estructuras y el de la fuerte sub-mucosa.
- La segunda lazada fijará el nudo y resistirá la máxima tensión.
- La tercera lazada asegurará el nudo.
- La cuarta lazada permite cortar los cabos lo más cerca a él, proporcionando una apropiada longitud para el tercer nudo.
- La distancia recomendada entre punto y punto es de más o menos 5 mm.

En algunos casos hay dificultad para efectuar los últimos puntos, esto se supera atravesando la aguja de serosa a mucosa y regresando de mucosa a serosa del otro cabo intestinal a 3 ó 4 mm. - del borde respectivamente.

Es frecuente que la mucosa tienda a salir ya que al ser cortada el intestino, hay un relajamiento de la muscular de la mucosa y contracción de los planos musculares; se consigue su introducción mediante el uso de una pinza

Una vez terminada la anastomosis se retiran las pinzas, restableciéndose la permeabilidad del asa intestinal.

Se sutura el mesenterio con puntos simples discontinuos usando el mismo material de sutura empleado en la anastomosis intestinal.

Se lava el intestino con agua destilada estéril y antibióticos (Pericilina, Dihidro estreptomicina 1%), se retiran los campos operatorios y se efectúa la reposición del intestino en la cavidad peritoneal.

//

La pared abdominal se sutura mediante una sutura simple continua del peritoneo y del músculo transverso del abdomen; y los músculos oblicuo abdominal interno y externo con puntos simples discontinuos, el músculo cutáneo con sutura simple continua. El material a emplear es Catgut crónico N° 3.

b) Anastomosis: Término-terminal, sutura simple discontinua.

Se ingresa la aguja por el lado mesentérico de uno de los extremos intestinales tratando que el punto quede lo más cerca posible del borde incidido y atravesando la pared intestinal de serosa a mucosa, luego se introduce la aguja de mucosa a serosa en el otro extremo intestinal tratando de tomar igualmente que el punto sea lo más cerca posible al borde del corte. Realizada la primera lazada que, en caso de Catgut y seda se emplea un nudo simple y en el caso de Acido Poliglicólico el nudo cirujano; se realiza una segunda lazada para fijar el nudo y para resistir la tensión, en algunos casos se realiza una tercera lazada para asegurar el nudo y permitir de esta manera cortar los cabos de los hilos de sutura cerca de él. La distancia recomendada entre nudo y nudo es de más o menos 3 a 4 mm.

Aún no terminada la anastomosis se retiran las pinzas de enterección para facilitar los puntos de sutura en los extremos mesentéricos y antimesentéricos del intestino.

Finalizada la anastomosis se procede a suturar el mesenterio con puntos simples usando el mismo material de sutura que el empleado en la anastomosis.

c) Anastomosis Latero-Lateral.

Una vez realizada la resección intestinal se procede a realizar sutura invaginante (Bolsa de tabaco, Cushing, etc.) en ambos cabos mesentéricos.

Luego ambos muñones son dispuestos en sentido opuesto con el borde antimesentérico hacia arriba.

Se procede a realizar una incisión en ambos cabos intestinales de más o menos 5-8 cm. iniciándose ésta cerca del muñón intestinal.

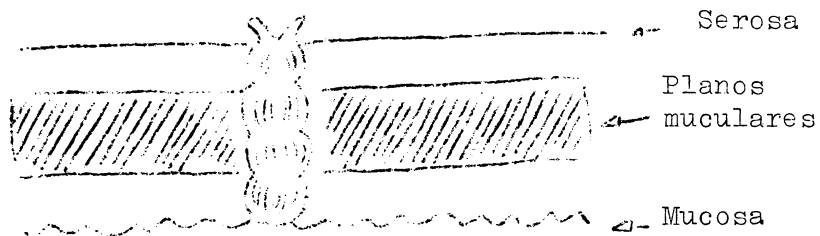
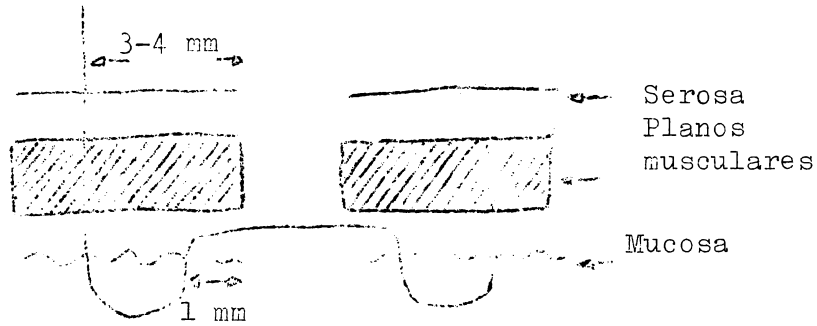
Se inicia sutura invaginante continua (Cushing) en los bordes internos de la incisión de ambos intestinos continuándose posteriormente en los bordes externos.

Jornadas de Buiatría. III Uruguayas  
17 al 20 de junio de 1975 - Paysandú, Uruguay

TECNICA DE POTH Y GOLD

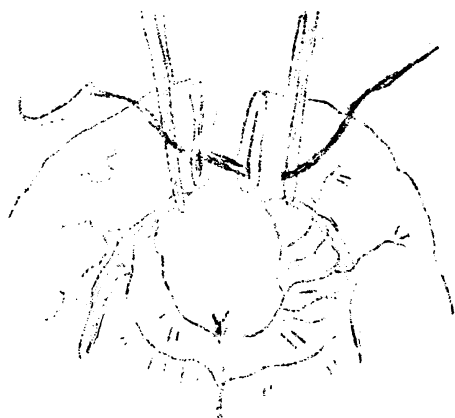
Anastomosis Terminal Terminal:

Jornadas de Buiatría. III Uruguayas  
17 al 20 de junio de 1975 - Paysandú, Uruguay



ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL ( PUNTOS SIMPLES DISCONTINUOS)

Jornadas de Buiatría. III Uruguayas  
17 al 20 de junio de 1975 - Paysandú, Uruguay



ANASTOMOSIS LATERO-LATERAL

Jornadas de Buiatría. III Uruguayas  
17 al 20 de junio de 1975 - Paysandú, Uruguay

