

## COMENTARIOS ACERCA DE UNOS CASOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Por el DR. JOSE GÓMEZ MÁRQUEZ GIRONES

He venido hoy a presentarles algunos casos de obstrucción intestinal cuyo interés radica, en algunos de ellos, en la vaguedad de la sintomatología clínica; en todos en el valor enorme que tuvo para nosotros la cooperación radiológica del Doctor Cornelio Corrales y además la descripción y discusión de las diferentes técnicas operatorias que a mi modo de ver hubo que adaptar en cada caso según las circunstancias. No se trata por otra parte de presentar éxitos, si bien en los casos que se van a presentar éste fue rotundo en dos de ellos y relativo en el otro, porque ya se ha decidido en esta Asociación Quirúrgica, con muy buen criterio, que lo importante es la discusión y la crítica constructiva del trabajo de cada uno de nosotros.

El primer paciente cuyos problemas os voy a relatar era P. M. de 35 años de edad, quien fue operado por mí el 1° de junio de 1950 por una peritonitis generalizada de origen apendicular. La intervención fue sumamente laboriosa por tratarse de un paciente en estado de toxemia muy avanzada y por tener el apéndice en posición retrocecal y gangrenosa. Prescindiremos de una serie de detalles acerca del curso postoperatorio porque no serían aquí de ningún interés. Bástenos decir que después de quince días de lucha el enfermo logró restablecerse por completo. No lo volvimos a ver sino hasta el 5 de octubre del año en curso en que se presentó de nuevo a nosotros con un cuadro de dolor abdominal difuso, vómitos alimenticios y biliosos y disminución de sus evacuaciones; había una tendencia marcada al estado de algidez. Al examen encontramos un abdomen moderadamente doloroso a la presión, sin resistencia de la pared y sin puntos específicos de mayor sensibilidad. El estado general bastante malo, con tendencia al enfriamiento periférico y el pulso que al principio era normal empezó a tener tendencia a volverse rápido, depresible e irregular. Durante veinticuatro horas estuvo en observación con la administración únicamente de venoclisis, tonicardíacos, anal-

gésicos y antiespasmódicos. El recuento globular fue normal y la temperatura también. Un flai abdominal reveló presencia de líquido libre en la cavidad abdominal, distensión marcada del intestino delgado con niveles líquidos, sentándose en consecuencia el diagnóstico de obstrucción intestinal y recomendándose por lo tanto la intervención quirúrgica inmediata.

Al llevar a cabo la laparotomía se encontró, de acuerdo con el diagnóstico radiológico presencia de trasudadosanguinolento en la cavidad y muy fuertes adherencias de diversos segmentos del ileon entre sí y con la pared abdominal que cerraban la luz intestinal. El desprendimiento de estas adherencias fué sumamente laboriosa y se consiguió, tras provocar una perforación intestinal que a continuación fué suturada. Otras adherencias no oclusivas fueron respetadas porque el enfermo había entrado ya en estado de shock; tampoco se hizo resección intestinal, como hubiera sido lo recomendable dado el estado de la pared de una buena porción de intestino, por la misma razón. El postoperatorio fue sumamente azaroso y el paciente tardó varios días en salir del shock. Al ser removidos los puntos al octavo día hubo salida de abundante pus de tipo colibacilar lo cual en un principio dio la impresión de que fuera establecerse una fistula lo cual afortunadamente no sucedió. La herida operatoria quedó abierta hasta la aponeurosis en toda su extensión. Fue dado de alta a los quince días cuando la herida empezaba a granular. Inesperadamente la cicatrización ulterior de la herida siguió un curso sumamente favorable y al cabo de un mes había cicatrizado por completo observándose una cicatriz casi lineal. El estado general del enfermo mejoró rápidamente y todas sus funciones recobraron la normalidad. El segundo paciente era R. B. de trece años de edad, a quien tuvimos ocasión de ver por primera vez el 2 de octubre del corriente año. Los familiares referían que hacía cinco días se había iniciada la enfermedad con la aparición repentina de un dolor agudo en el abdomen que se repetía con frecuencia en forma de calambre; al mismo tiempo eructos, vómitos alimenticios y diarrea con sangre. Posteriormente se notó meteorismo y el estado general empeoró en forma alarmante tras la administración de un purgante salino. Fue en estas condiciones que el enfermo fue internado en La Policlínica. Al examen físico se encontró marcado meteorismo con relieve de asas intestinales distendidas a través de la pared abdominal, reacción peritoneal generalizada y dolor abdominal provocado. No se encontró ninguna masa sospechosa. Estado general con tendencia al shock, pulso de 195 por minuto, regular e hipoienso. Temperatura 37 grados, tensión arterial máxima 80 y mínima 40. Recuento globular: 22.850 glóbulos blancos con 94 por ciento de neutrófilos. Tacto rectar normal. Diagnóstico clínico: obstrucción intestinal por probable invaginación. Examen radiológico (Fiat abdominal): marcada distensión de intestino delgado. Ya hay presencia de niveles líquidos: marcada opacidad de todo el abdomen que hace pensar en la existencia de un trasudado peritoneal.

Se indicó la intervención quirúrgica inmediata llevando al enfermo a la anestesia con suero glucosado endovenoso y transfusión

sanguínea. Al hacer la Laparotomía se puso de manifiesto la presencia de líquido intraperitoneal y muy marcada distensión del intestino delgado. Se encontró la obstrucción en el punto de unión del íleon con el ciego. El primero se había invaginado en el interior del ciego a través de la válvula ileocecal y aquel parecía como una masa distendida, maciza y sumamente dura al tacto. Las maniobras encaminadas a hacer la reducción de la invaginación fracasaron por ser el proceso ya muy viejo y haberse establecido fuertes adherencias. Se llevó a cabo una amplia resección que abarcaba por un lado desde la parte baja del colon ascendente y por otra parte, el íleon sano más próximo al ciego, obteniéndose la pieza anatómica que aquí podéis ver. Acto continuo se hizo sutura terminal del colon descendente en íres planos y a continuación una ileoneocolostomía. Una vez terminada esta parte de la operación nos encontramos con que el intestino delgado sumamente dilatado hacía imposible su restitución al interior de la cavidad abdominal, viéndonos obligados a practicar una ileotomía con el objeto de aspirar gran parte del contenido intestinal. Acto continuo colocación de un dreno de Penrose y sutura de la pared abdominal. Curso postoperatorio con venoclisis de sueros selino y glucosado, transfusiones sanguíneas, antibióticos y prostigmina. El curso general fue sumamente bueno consiguiéndose las primeras evacuaciones al cuarto día. A los ocho días y después de quitar los puntos, supuración moderada pero con abertura completa en todos sus planos de la pared. Nuevamente fue llevado el enfermo a la sala de operaciones para la reparación oportuna de la herida. Tres días después aparición de fistula al parecer de yeyuno. En esta situación y estando los familiares escasos de recursos económicos el paciente fue llevado al Hospital General donde quedó bajo los cuidados del Dr. Carlos A. Delgado, quien afortunadamente no tuvo que intervenir más que mejorando el estado general del paciente y hacer las curaciones locales ya que en el curso de unos quince días la fistula cerró por completo.

E.1 tercer caso fué H. P. quien fue operada a fines del mes de abril por uno de nuestros colegas con el diagnóstico de apendicitis aguda. Ya una vez hecha la laparotomía se comprobó que el apéndice estaba sano y que lo que en realidad había, era una salpingitis aguda bilateral. Se efectuó la salpinguectomía sin ninguna complicación. El postoperatorio fue sumamente molesto, ya que la enferma se quejó continuamente de distensión abdominal con dificultad para la emisión de gases. Fue dada de alta en los primeros días del mes de mayo. Las primeras semanas transcurrieron muy bien pero pronto empezó a quejarse de dolores abdominales más o menos vagos. Por fin, el día 10 de noviembre fue internada en este Hospital por su médico de cabecera y fuimos llamados en consulta. Había dolor abdominal bastante intenso, que se presentaba por crisis, con náuseas y vómitos de tipo bilioso y ausencia de evacuaciones. La exploración dio como resultado, una moderada distensión del abdomen, dolor en todo el cuadro cólico sin reacción peritoneal. Al día siguiente un «Fiat», puso en evidencia un cuadro radiológico típico de obstrucción intestinal, con gran distensión del intestino delgado y presencia de

abundantes niveles líquidos en el mismo, estando la obstrucción según el radiólogo en el yeyuno. Fue intervenida el día siguiente, encontrándose varias asas intestinales yeyunales íntimamente adheridas entre sí y al muñón de la trompa derecha; este proceso adhesivo, ocluía completamente la luz intestinal. En las maniobras de desprendimiento de dichas adherencias, el intestino resultó perforado en varios lugares. En este momento la enferma entró en shock, a pesar de la sangre que le estaba siendo transfundida, con caída completa de la tensión arterial que se hizo imperceptible así como también el pulso, que ya no era contable. En esta situación tan desagradable, decidimos hacer una resección intestinal lo más rápida posible. Hubo necesidad de resecar cerca de un metro de intestino, con el temor de que la enferma falleciera en la mesa de operaciones. La sutura terminoterminal hubo que hacerla con gran precipitación y lógicamente no quedamos satisfechos de la misma. La pared fue suturada con únicamente puntos totales, que abarcaban peritoneo, aponeurosis y piel. La enferma salió de la sala de operaciones en estado agónico. Nuevas transfusiones de sangre, introducidas a gran presión, tonicardíacos y oxígeno, hicieron posible que saliera del shock y al día siguiente el estado de la paciente era relativamente bueno. A los tres días se observaron los primeros síntomas de motilidad intestinal. Sin embargo la temperatura empezó a elevarse llegando en algún día hasta 40° C. y así continuó en los días subsiguientes a pesar de la ierramicina endovenosa que se administró continuamente. A los 8 días, y como quiera que el cuadro febril persistiera, además de un dolor bastante marcado en el vacío izquierdo, resolvimos explorar de nuevo el abdomen. Al dejar de nuevo expuesta la cavidad, observamos, que varias asas intestinales se habían adherido a la pared abdominal muy íntimamente; por otra parte no se pudo encontrar ninguna colección de pus. Como quiera que la enferma empezara a entrar de nuevo en shock y que para despegar las adherencias, probablemente hubiera sido necesario llevar a cabo de nuevo una resección intestinal, nos limitamos a dejar colocado un dreno de hule y hacer esta vez la sutura de la pared en tres planos. Nuevamente el postoperatorio fue bastante bueno, pero al tercer día, se estableció una fístula estecorácea. Desde entonces, la cantidad de contenido intestinal derramado por la fístula ha ido decreciendo aunque muy paulatinamente, día a día, y las evacuaciones se han ido haciendo asimismo, más grandes y frecuentes. La alimentación de la enferma ha sido mediocre y se ha estado ayudando con sueros, transfusiones sanguíneas, extracto de hígado y complejos vitamínicos parentéricos.

No pudiéndose a nuestro parecer hacer nada por la enferma al menos por el momento, con el fin de activar el cierre de la fístula, y ante la intranquilidad de los familiares, decidimos aconsejar su traslado a un centro hospitalario del exterior. Quince días después tuvimos la información directa de que la enferma estaba en excelentes condiciones y que el tratamiento que se había seguido con ella había consistido única y exclusivamente en continuar mejorando el estado general y en hacer una aspiración continua del contenido intestinal

que se derramaba sobre la herida operatoria. En esta forma, según se me informó, la fistula había cerrado casi por completo.

Como decíamos al principio de este trabajo, una de las cosas que a nosotros nos llamó más poderosamente la atención, fue el gran papel que en los distintos diagnósticos, desempeñó la radiología. Efectivamente, una simple revisión, de los casos primero y tercero, nos hará ver inmediatamente, que se trataba de cuadros de obstrucción subclínicos, que no habrían podido ser diagnosticados con certeza, sin el auxilio de los Rayos X, sino al cabo de muchas horas, y por lo tanto, con grave perjuicio de los pacientes, que hubieran sido llevados a la sala de operaciones, en estados más avanzados de toxemia y posiblemente con procesos más acentuados de déficit de irrigación sanguínea del intestino.

También nos parece digno de hacer resaltar, en el caso del niño ■ de la invaginación intestinal, su resistencia, a pesar de la edad, que no parece ser la más apropiada para hacer resecciones, a una amputación bastante considerable de colon e íleon. Por otra parte, si bien es cierto que no tenemos la evidencia, sospechamos que en este paciente la fistula que se formó fue debida a la enterostomía practicada con el fin de extraer fluido intraintestinal, lo cual en realidad creemos que se hubiera podido evitar si hubiéramos efectuado esta maniobra a través del extremo del íleon antes de practicar su abocamiento al colon.

En el último caso, en el de la señora, hubo necesidad de hacer la resección de 1 m. de intestino delgado, creemos que aunque parezca un detalle sin mayor importancia, cabe resaltar, que la enferma pudo salir del estado de shock gravísimo en que se encontraba al terminar la operación, gracias a la sangre introducida en su torrente circulatorio a gran presión, por medio de una maniobra que practicó el Dr. Napoleón Alcerro, lo cual por otra parte se evidencia como muy lógico ya que se comprende, que llega un momento, en el cual, debido al grave estado de shock, el corazón se contrae prácticamente sin encontrar masa sanguínea; en estas ocasiones la transfusión sanguínea corriente, gota a gota, no resulta efectiva y nosotros hemos visto ya morir algún paciente en estas condiciones. La introducción rápida de sangre, es por lo tanto la única forma de restablecer urgentemente la presión del shockado.