

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. INVAGINACIÓN

(Comentarios Radiológicos)

POR EL DOCTOR J. A. VILLANUEVA D.,

del Departamento de Radiología del Centro Médico Hondureño, y del Departamento de Radiodiagnóstico del Hospital General «San Felipe», Tegucigalpa, D. C., Honduras, Centro América.

Una de las condiciones patológicas en las que el Radiólogo puede dar importantísima colaboración al clínico y cirujano, y con diagnóstico precoz e indicaciones precisas sobre la etiología y localización de la noxa, es el síndrome de obstrucción intestinal.

Ante un abdomen agudo o quirúrgico como se le llama, el clínico está en la mayoría de las veces imposibilitado de hacer el diagnóstico preciso y muchas veces tiende a seguir una política expectante, que a veces se prolonga por excesivo tiempo, a no ser que los exámenes hemáticos lo pongan en la pista de una enfermedad de tipo inflamatorio como apendicitis, diverticulitis, etc. En muchas ocasiones hemos visto cirujanos haciendo una laparotomía con diagnóstico preoperatorio de «abdomen agudo», el cual está justificado solamente cuando se han agotado todos los medios diagnósticos, y honradamente se decida a intervenir exploratoriamente.

Ante un paciente que vomita en forma progresiva, aún cuando no exista el cuadro clásico de la obstrucción intestinal, se impone hacer un examen radiológico del abdomen. Son muchas las veces que hemos encontrado, aún en pacientes asintomático, los signos radiológicos característicos de obstrucción intestinal, que si bien en estos momentos eran incompletas, han salvado situaciones subsecuentes mucho más difíciles. Por otra parte en las obstrucciones intestinales completas, la imagen radiográfica es patognomónica solamente precozmente, ya que cuando ha pasado algún tiempo, las asas intestinales distendidas por gas a presión al principio, *se* llenan de líquido después que aquel se ha absorbido, borrando por completo algunas veces las sombras aéreas, y dificultando y confundiendo el diagnóstico.

Un detalle muy importante es la tendencia a administrar un enema evacuante a los pacientes que no han defecado ni expulsado gases, cuando se sospecha impactación fecal o simplemente para

siguientes molestias para el paciente y el cirujano en el momento de la intervención quirúrgica si se practica. Lo primero que debe hacerse es un enema baritado el cual nos dará el dato preciso del tipo de obstrucción, su etiología y localización si está en el intestino grueso. Si logramos hacer pasar el bario de la válvula ileocecal, tendremos la oportunidad de estudiar íleon terminal, donde podremos encontrar muy frecuentemente ileitis regionales y tumores de diversa índole. Al obtener un enema de bario negativo, y el cuadro clínico obstructivo es claro, llegamos a la conclusión de que se trata de patología de intestino delgado y si el cirujano insiste en interrogarnos sobre la naturaleza y localización exacta de aquella tendremos que opacificar los segmentos proximales del intestino delgado. Para ello, el mejor método es introducir por una sonda de Miller Abbott, que se ha hecho descender bajo control fluoroscópico hasta donde sea posible, una pequeña cantidad de agua baritada, lo suficientemente espesa para hacerla solamente visible a la fluoroscopia. De esta manera podremos localizar las lesiones altas del intestino delgado.

Entre causas de obstrucción intestinal aguda en el niño, la más frecuente es la debida a invaginación intestinal. Clínicamente se sospecha por su aparición brusca en el niño sano, vómitos, aumento rápido del volumen abdominal con exageración de los ruidos peristálticos y timpanismo. Casi constantemente hay evacuación de sangre y moco por el recto. La palpación de una masa en el abdomen con un cuadro como el descrito es casi patognomónica. El examen radiológico flat del abdomen muestra las características asas intestinales distendidas con niveles líquidos en escalera. Al hacerse el enema de bario, hay paro brusco de la columna y la cabeza de la invaginación se delimita por una lámina delgada de bario que la rodea, dando la apariencia de una U, V o cúpula. La mayor parte de los casos los pliegues intestinales en esta región están borrados debido al aplanamiento de los mismos por la invaginación. El tipo íleo cólico es el más frecuente, y en este caso podremos encontrar la cabeza invaginada a diferentes niveles del colon, dependiendo de la longitud de intestino delgado invaginado. Las otras variedades cólica y cólico entérica son más raras.

Muchas veces el enema de bario tiene además de la importancia diagnóstica un valor terapéutico. He visto varios casos en los cuales se ha hecho la reducción completa por este simple método, que consiste en usar una sonda rectal con una perilla de goma en su extremo que se pueda insuflar. De esta manera el bario puede ser introducido a presión moderada y mediante masaje manual, se puede conseguir desinvaginar porciones considerables de intestino, cuando se trata de la variedad ileocólica o cólica. En la pantalla fluoroscópica se puede observar como la cabeza de la columna de bario va progresando hasta pasar la válvula ileocecal. Generalmente debe intentarse, cuando no haya pasado mucho tiempo de la instalación de los síntomas, y se tenga la seguridad de ausencia de gangrena del segmento invaginado. Nunca debe usarse presión ex-

intentar un diagnóstico por la cantidad de agua tolerada. Esta es una práctica que causa más disturbios que ayuda, pues altera la distribución de los gases, además de los que introduce, y también se forman niveles líquidos artificiales que confunden al radiólogo. En mi concepto, al paciente que siquiera remotamente, se le sospeche patología abdominal aguda, debe referirse al radiólogo sin ninguna preparación previa. La técnica a seguir es la siguiente: un flat abdominal y una placa en posición vertical con BUCKY. Si el paciente no puede mantenerse en pie, se hará una placa lateral del abdomen en posición supina. Estos exámenes son a veces suficientes para llegar a diagnóstico, por la distribución del gas intestinal, la distensión del lumen de las asas, el grosor de las paredes y por la apariencia de la grasa peritoneal. Normalmente en el intestino delgado existe gas mezclado con los jugos intestinales y el bolo alimenticio, y se observan burbujas distribuidas en todo el abdomen. Cuando sobreviene una obstrucción, aguda o crónica las asas intestinales proximales se distienden. El gas se separa de los líquidos en los cuales está mezclado el bolo alimenticio y ocupa las porciones altas. Se forman entonces los niveles líquidos que en la posición erecta y en la supina, aparecen en forma de escalera. Las asas delgadas se colocan paralelamente unas con otras y aparecen visibles los pliegues intestinales o de Kerkring, perpendicularmente a la dirección del intestino, muy juntos entre sí en el intestino delgado y especialmente en el yeyuno donde los pliegues de la mucosa son más aparentes, y muy separados en el intestino grueso. Los pliegues de Kerkring pues, nos dan indicación de las asas afectas por la distensión y de esta manera podemos hacer el diagnóstico diferencial entre obstrucción del intestino delgado o del grueso.

En la obstrucción intestinal simple, es decir sin peritonitis ni extrangulación, las paredes intestinales aparecen delgadas o no se pueden precisar exactamente. Cuando hay exudado o trasudado en la cavidad peritoneal, el edema de las paredes es visible en contraste con las sombras aéreas, y el diagnóstico de peritonitis o mejor de líquido libre abdominal se impone. La grasa peritoneal desaparece en el íleo paralítico, la distribución del gas es más uniforme y se puede ver en todo el trayecto intestinal hasta la ampolla rectal, y la distensión es en grado menor. En la obstrucción de intestino delgado no encontramos asas de intestino grueso dilatadas con sus características haustraciones, y el colon aparece vacío de contenido fecal. En las obstrucciones de intestino grueso, la dilatación puede no pasar de la válvula íleocecal, debido a la competencia de esta, pero en la mayoría de los casos habrá distensión de todo el intestino delgado también.

Muchas veces, especialmente en las obstrucciones que han pasado más del tiempo prudencial, el examen radiológico simple del abdomen no es suficiente para diferenciar entre íleo paralítico y obstrucción mecánica. Se impone entonces verificar el examen con medio de contraste, pero noción importantísima, no debe administrarse bario por la boca. Este se sedimenta en las regiones declives de un intestino atónico y hasta puede llegar a secarse con las con-

cesiva, y si, no se logra la reducción con presión suave, debe recurrirse a la cirugía.

Mi experiencia personal se reduce a seis casos apenas, de los cuales he visto reducciones fáciles por enema de bario en dos de ellos y una que fue muy laboriosa con recidiva de la invaginación a las veinticuatro horas, habiendo que recurrir a la cirugía. En los otros tres casos, ya había transcurrido algún tiempo después de la instalación de los síntomas y ni siquiera se intentó por medio de producir la ruptura del intestino con la presión del bario. En el caso que vimos con el Dr. Delgado no fué posible intentarla por carecer de la sonda rectal necesaria, y fue necesario recurrir a la cirugía.

- 1.—Portis S. A. The Clinical significance of Roetgelologic findings of the small intestine. Journal o Radiology. Spt. 1941.
- 2.—Feldman. Clinical Roetgenology of the digestive tract.
- 3.—Pillmore. Clinical Radiology, F. A. Davis C». 1947, 4.—
Caffey, Pediatric radiology. 1950.