

## *Estrangulación intestinal*

### Algunos aspectos clínicos y radiológicos

Dres. ALBERTO VALLS, OSCAR BALBOA y JOSE TROSTCHANSKY \*

La estrangulación intestinal es la forma de oclusión intestinal que se acompaña de sufrimiento vascular.

Uriburu (14) señala que la estrangulación puede ser: 1º) concomitante con la oclusión, en hernias externas o internas estranguladas, por ejemplo; 2º) el sufrimiento vascular ser inicial, infarto intestinal mesentérico con obstáculo al tránsito intestinal secundario; 3º) la oclusión preceder a la estrangulación, oclusión bipolar, en los extremos distal y proximal, oclusión en asa cerrada descrita en el delgado, en nuestro medio por Cendán (1) y en el colon por Piquinela (7, 8, 9, 10, 11, 12), donde la distensión por penetración progresiva a un asa, con válvula continente en el colon, por penetración de líquidos llega a niveles de 40 c.c. de agua, que pueden llegar cuando se vence la suma de la presión intraabdominal y la resistencia del asa, a la rotura diastática y, por otra parte, al perturbar la circulación arteriolar, cuya presión es 25 mm. de Hg. Esto lleva a la producción de zonas de necrosis, placas de esfacelo que se perforan en forma secundaria. A veces se encuentra un aumento de la permeabilidad en forma previa con pasaje de gas sólo al peritoneo.

Vamos a referirnos a determinados aspectos clinicoradiológicos, dejando de lado las oclusiones bipolares de delgado y de colon, así como los aspectos clásicos de los vólvulos.

Clínicamente los enfermos pueden presentarse: 1º) Como una oclusión común [Uriburu (14)] porque la zona de estrangulación está alejada de la pared del abdo-

men o en la pelvis. En caso de cicatrices operatorias se puede pensar en oclusión por bridas, con sufrimiento vascular en la zona de estrección intestinal. 2º) Shockados en forma aguda por el sufrimiento nervioso distensivo y las pérdidas hídricas, con dolor intensísimo, continuo, que a veces alivian algo con la actitud de flexión extrema del abdomen, que obligan al enfermo a adoptar una actitud de oración mahometana, lo que denota un anillo cuya parte anterior fibrosa, sobre todo vertical, disminuye su tensión en esa posición.

### EXAMEN

Al examen, en todos los casos se encuentra un abdomen tenso. La tensión en los vólvulos y hernias internas es zonal, adopta el aspecto de un balón tenso muy doloroso. A veces es sonoro a la percusión y corresponde radiológicamente a los aspectos clásicos de las asas volvuladas o de las hernias internas, pero a menudo, como se ve en nuestras historias, es mate a la percusión porque corresponde a asas totalmente llenas de líquido, que infiltra sus paredes, sin gases, como veremos, opaca a los rayos X y permiten diagnosticar sufrimiento avanzado intestinal. La auscultación muestra frecuentemente ausencia de ruidos hidroaéreos, que denuncia la inhibición motora por sideración nerviosa a partir de la zona estrangulada, que tiene su traducción radiológica [Mondor (4)].

### RADIOLOGIA

La radiología es de suma importancia en el diagnóstico.

No nos vamos a referir a los aspectos clásicos de la oclusión en asa cerrada del

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. Héctor Ardao. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 6 de mayo de 1970.

\* Profesor Adjunto de Cirugía; Adjunto y Asistente de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

colon, la de delgado y vólvulos, sino a determinados aspectos de las estrangulaciones internas. Aprendimos del Prof. J. C. del Campo que la radiología es derrota.

En estos enfermos la radiología junto a los elementos clínicos de oclusión, con dolor y tumefacción tensa circunscripta y dolorosa a la palpación, se puede llegar al diagnóstico [Mondor (4) y Frimann Dahl (2)].

Las radiografías correspondientes al enfermo N<sup>o</sup> 1 (fig. 1) son ilustrativas:

Primero se ven asas delgadas rellenas de gas en el cuadrante superior izquierdo (hipocondrio izquierdo), correspondientes a las primeras asas yeyunales, aeroyeyunia sin niveles, como lo destaca Mondor (4), por la existencia de la inhibición de la musculatura intestinal. En el caso de este enfermo se comprobó en el acto operatorio esas distendidas y, por debajo, una zona de intestino contraído, intensamente espasmódico, hasta la zona de estrangulación, con asa no viable. Mondor hace un pronóstico reservado de la vitalidad del asa cuando faltan niveles. Las placas del en-

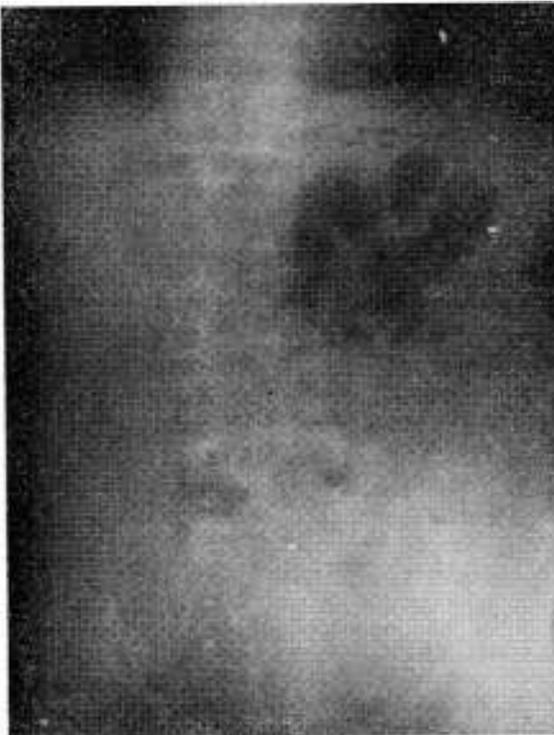


FIG. 1.—Asas delgadas distendidas en el hipocondrio izquierdo sin niveles.



FIG. 2.—Niveles en delgado, el intestino era viable.

fermo N<sup>o</sup> 2 (fig. 2) muestran niveles, correspondían a un intestino viable.

En segundo lugar se aprecia que en la zona correspondiente a la tumefacción dolorosa existe una opacidad, como si no hubieran asas a ese nivel [Frimann Dahl (2)]. Está denunciando la zona de asas totalmente llena de líquido e infiltración de su pared y desaparición de los gases. Tenemos un vólvulo de sigmoide con tumefacción dolorosa que mostraba la imagen de una oclusión de colon con afinamiento espiral del recto en el estudio contrastado, que en la zona de volvulación mostraba una opacidad solamente.

El tercer elemento es la persistencia de gases en el colon, a menudo en forma discreta, porque la inhibición de la musculatura colónica no permite la evacuación de estos.

La observación de esta placa, en forma superficial, llevó a que se informara con pequeños trastornos: sólo se veían algunas asas con gases sin niveles y había gases

en el colon, pero detrás estaba el trípode: aeroyeyunia, opacidad de la zona de asas en sufrimiento y gases en el colon persistentes.

A veces se puede ver un asa [Gauthier (3)] o en borde de tarjeta de duelo [Moulonguet y Debreil (5)].

La aeroílea puede ser el hecho más llamativo. Donde se aprecia relleno gaseoso del delgado sin niveles, falta de gases en colon que permite diagnosticar oclusión mecánica de delgado y una opacidad difícil de apreciar en fosa iliaca derecha y pelvis. Esta enferma tenía una estrangulación baja postapendicectomía con asa no viable, que evolucionó bien.

La opacidad correspondiente al asa en sufrimiento la vemos en el enfermo N° 5 con un vólvulo de sigmoide, donde las placas simples revelan una oclusión de colon; en cuadrante inferior izquierdo hay una opacidad, correspondiente a un balón tenso doloroso que corresponde a un vólvulo de sigmoide como lo demuestra la terminación en espiral del recto, en el examen baritado. Era un asa no viable.

Con respecto al estudio contrastado con hipaque, sólo se hizo en el enfermo N° 4 y hubo pasaje a las primeras asas yeyunales, al revés de la retención gástrica descrita en la estrangulación, que se explica porque el paciente había sido gastrectomizado, se suprimió la porción horizontal gástrica y hay una anastomosis gastro-yeyunal.

De los 5 enfermos presentados, que fueron operados precozmente, 2 sufrieron resección intestinal, y de ellos falleció 1 en el postoperatorio, el del vólvulo del sigmoide, lo que ya deja entrever en esta corta serie el hecho destacado por Celso Silva en nuestro medio (13), de la alta mortalidad de los grados avanzados (grado N° 3).

## HISTORIAS CLINICAS

**HISTORIA N° 1.**—I. S., varón, 60 años. CASMU, 07.071. Gastrectomizado en febrero de 1968 por úlcera de duodeno; en febrero de 1969 hace bruscamente dolor abdominal intenso, colapso, vómitos abundantes, biliosos y piórreos.

**Examen.** Enfermo deshidratado, dolorido, pulso 120, presión arterial 9 y 7. Abdomen, balón tenso doloroso, donde se pueden distinguir asas en cuadrante inferior derecho del

abdomen. Mate a la percusión, ausencia de ruidos hidroaéreos. Radiografía (fig. 1): asas delgadas, sin niveles en hipocondrio izquierdo; opacidad de cuadrante inferior derecho, donde está el balón de asas, doloroso; gases en colon.

**Operación** (II-69; Dres. Valls, Balboa y Tronchansky). Mediana infraumbilical. Gran paquete de asas que corresponde a un sector de 1 metro de íleon infartado, negruzco, no viable, que pasa por un anillo formado por una brida fibrosa, elástica, como un elástico fino de goma, que la estrangulaba en su base, con su meso. Sangre en peritoneo. Resección de 1 metro 20 de intestino. Anastomosis terminoterminal en dos planos con lino, que queda a 10 cm. del ángulo ileocecal. Evolución perfecta. Alta al 7° día.

**HISTORIA N° 2.**—O. M., varón, 50 años. H. C. N° 286.222. Operado hace 7 meses de peritonitis apendicular. Enfermedad actual: cuadro agudo de abdomen de 36 horas de iniciación, dolor muy intenso progresivo, de tipo cólico pero continuo, vómitos profusos biliosos y contenido intestinal.

**Examen.** Algo deshidratado, dolorido. Cicatriz de Mc Burrey y de drenaje suprapúbico; abdomen distendido, tensión dolorosa en cuadrante inferior derecho. Radiografías: gases con niveles en primeras asas yeyunales, opacidad en cuadrante inferior derecho, donde se palpa la tensión dolorosa, algunos gases en colon.

**Operación** (Dres. Balboa y Valls). Tres asas volvuladas, con anillo de estrictura al pie de ellas, situadas en fosa iliaca derecha, color rojo azulado, líquido serohemático en peritoneo. Se liberan las asas de la brida, se devolvulan. Con compresas e infiltración del meso con 10 c.c. de novocaína al 1% se recoloran. El contenido del delgado pasa al ciego. Cierre por planos, lino en piq. Postoperatorio excelente.

**HISTORIA N° 3.**—A. M. C., mujer, 17 años. H. C. N. 282.948. 13-I-69: Operada de urgencia por cuadro doloroso de fosa iliaca derecha. Ovario poliquístico, resección cuneiforme de ovario, apendicectomía. Anatomía patológica: ovario poliquístico, apéndice con lesiones inflamatorias leves. Reingreso (21-VIII-69): cuatro días de evolución. Vómitos de alimentos y biliosos abundantes, que presenta hasta su ingreso; dolor en epigastrio. No cuadro infeccioso; no deposiciones en 4 días. Meteorismo. No síndrome urinario bajo.

**Examen.** Deprimida, apirética, globos oculares hundidos, mucosas secas, lengua seca. Abdomen distendido, duele epigastrio y ambos hipocondrios. Hipersonoro; auscultación, no hay ruidos hidroaéreos. Tacto rectal; dolor en el Douglas. Radiografías: falta de gases en colon; gases en delgado, sin niveles hidroaéreos; opacidad de fosa iliaca derecha y pelvis.

**Operación.** Estrangulación de últimas asas ileales en un anillo formado por ovario pegado al sigmoide, delgado dilatado cianótico. Asa viable, enterotomía de desgravitación, se despega el ovario y liberan las asas atricionadas. Buena evolución.

**HISTORIA Nº 4.**—J. P., varón, 42 años. H. C. Nº 295.249. Operado en noviembre de 1969 por neoplasma cardinal, esofagogastrectomía con esplenectomía. Evolución buena. Anatomía patológica: carcinoma glanduliforme de estómago. 22-XII-70: reingresa; 36 horas antes del ingreso, dolor intenso tipo cólico, persistente, con fondo de dolor continuo. Vómito al comienzo del cuadro, que luego se repite. Detención del tránsito para materias y gases.

**Examen.** Dolorido, distensión epigástrica. Actitud de plegaria mahometana. 23-XII: sigue igual con mayor distensión, dolor de intensidad enorme, acompañada de actitud extrema de oración mahometana. Se hacen placas que muestran opacidad en la zona de tensión, gases en primeras asas, que se llenan con hapaque. Por la tarde vómitos confusos.

**Operación** (Drs. Valls y Balboa). Oclusión, estrangulación por hernia interna. Anillo formado por un asa que se fija alto, al peritoneo parietal posterior, alto a izquierda, asa que está volvulada. Por ese anillo pasan asas que están cianóticas. Se hizo enterotomía de desgravitación. La evolución fue excelente.

**HISTORIA Nº 5.**—A. O., varón, 62 años. H. C. Nº 293.241. Comienza 24 horas antes con dolor en región umbilical, irradiado a hipocondrio derecho e izquierdo, tipo retortijón, intenso; vómitos biliosos.

**Examen.** Muy dolorido, deshidratado. Presión 11 y 8, pulso 96. Abdomen: defensa difusa, tumefacción en regiones umbilical, flanco y fosa iliaca izquierdas. Tacto rectal: Douglas doloroso. Radiografías: gases en colon distendido y delgado, opacidad desde flanco izquierdo hacia abajo. Estudio baritado por enema, recto que termina en espiral, como corresponde a los vólvulos de sigmoide.

**Operación.** Vólvulo de sigmoide, asa no viable, resección anastomosis. Fallece bruscamente 7 días después, el 7-IX-70. Anatomía patológica: infarto hemorrágico de sigmoide. Autopsia. Sutura en buenas condiciones; no hay peritonitis.

## RESUMEN

Se destacan algunos aspectos clinicorradiológicos de la estrangulación intestinal.

**Clínicamente:** 1º) la intensidad del dolor; 2º) la actitud antálgica de flexión en algunas hernias internas; 3º) la existencia de una tumefacción tensa, dolorosa, correspondiente a las asas estranguladas.

**Radiológicamente:** 1º) una zona de opacidad, correspondiente a las asas estranguladas, de acuerdo con un grado de sufrimiento avanzado; 2º) la aeroyeyunia, sin niveles hidroaéreos en las situaciones de mayor compromiso de vitalidad del asa; 3º) la existencia de gases residuales en el colon.

El conjunto radiológico puede (junto con la clínica) hacer el diagnóstico temprano y eficaz de afección tan grave.

## RÉSUMÉ

L'accent est mis sur quelques aspects clinico-radiologiques de l'étranglement intestinal.

**Clinique:** 1º) intensité de la douleur; 2º) effet antalgique de flexion dans certaines hernies internes; 3º) existence de tuméfaction durcie et douloureuse des anses étranglées.

**Radiologie:** 1º) zone d'opacité, des anses étranglées, dans le cas des douleurs aiguës; 2º) aérojéjunite, sans localisations hydro-aériques dans les cas les plus légers de l'anse affectée; 3º) existence de gaz résiduels dans le colon.

L'étude radiologique complète et l'étude clinique peuvent établir à temps le diagnostic efficace d'une affection aussi grave.

## SUMMARY

The paper refers to some clinical and radiological aspects of intestinal strangulation.

**Clinically:** 1º) intensity of pain; 2º) antalgic flexure posture in some internal herniation; 3º) existence of tense, painful tumefaction which corresponds to the strangled loops.

**Radiologically:** 1º) opacity zones which correspond to strangled loops, with an advanced degree of suffering; 2º) aeroyejunia, without hydroaerial levels in those situations which most affect the vitality of the loop; 3º) the existence of residual gas in the colon.

Radiological and clinical studies may lead to an early and efficient diagnosis of this serious disease.

## BIBLIOGRAFIA

1. CENDAN ALFONSO, J. E., LATOURRETTE, F. y CLARK, O. Obstrucción cerrada en asa omega del intestino delgado. 5º Congreso Urug. de Cirugía, 1: 473, 1954.
2. FRIMANN DAHL, J. Roentgen examinations in acute abdominal diseases. C. Thomas Springfield. Illinois, 1951.

3. GAUTHIER. Citado por Mondor (4).
4. MONDOR, H., PORCHER, F. and OLIVER, C. *Radiodiagnostics urgents. Abdomen*. Masson. Paris, 1943.
5. MOULONGUET y DEBREIL. Citado por Mondor (4).
6. PIQUINELA, J. A. El esfínter ileocecal. Su observación en el hombre. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 16: 67, 1945.
7. PIQUINELA, J. A. El estínter ileocecal (segunda comunicación). *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 17: 179, 1946.
8. PIQUINELA, J. A. El esfínter ileocecal. Estudio experimental. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 18: 184, 1947.
9. PIQUINELA, J. A. Vólvulo de ciego. Los vólvulos de colon derecho. *An. Fac. Med. Montevideo*, 37: 3, 1952.
10. PIQUINELA, J. A. Oclusión de colon. Obstrucción en asa cerrada. *An. Fac. Med. Montevideo*, 39: 9, 1954.
11. PIQUINELA, J. A. Vólvulo de sigmoide. *An. Fac. Med. Montevideo*, 39: 21, 1954.
12. PIQUINELA, J. A. Las formas anatomoclinicas de la oclusión de colon. *5º Congreso Urug. de Cirugía*, 1: 335, 1954.
13. SILVA, C. Estrangulación intestinal. *Rev. Cir. Uruguay*, 36: 116, 1968.
14. URIBURU, J. Obstrucción intestinal aguda. *31º Congreso Argentino de Cirugía*, 1: 636, 1960.

## DISCUSION

Dr. Stajano: Una vez más el vasto tema de la oclusión intestinal seguirá preocupando al cirujano y dará siempre motivos para puntualizar nuevas circunstancias, pequeños y grandes hechos que incesantemente proporciona la clínica, y la experiencia, no sólo en lo que se refiere a las incidencias diagnósticas, como a las directivas terapéuticas, en las más variadas situaciones.

La puntualización del tema presentado, gira alrededor del aspecto radiológico y del comportamiento de los gases en el íleo y en el colon en diferentes circunstancias a través de los casos presentados, radicando en esos elementos la importancia de esta comunicación, que ha suscitado importantes consideraciones y aportaciones de la Asamblea. De la casuística presentada creo que en el tercer y cuarto caso el Dr. Valls recurre a la novocaína en el meso en el tratamiento del ansa torturada en el accidente oclusivo y se me ocurre interrogar a la Asamblea si esa práctica complementaria y admirable, se ha incorporado definitivamente y sistemáticamente en la docencia y en la práctica habitual. Con tal motivo desearía aportar como útil mi inquietud por conocer la opinión de los cirujanos de esta hora, lo que a mi juicio condensa el gran problema fisiopatológico que plantea el estado circulatorio del asa distendida o estrangulada en sus diversos grados de evolución, por bridas, torsiones o anillos inextensibles. Estas situaciones, bien conocidas por todos, plantean indicaciones en los casos límites, ante el dilema no siempre bien resuelto de la resección, o de la reinte-

gracion, con sus inmediatas o retardadas consecuencias no sólo en el asa torturada y a su alrededor, sino en la vasomotricidad intersticial distante (Del Campo, Loubejac). Tengo la impresión, por lo que veo actualmente en los quirófanos, que este problema no constituye un objetivo fundamental y es desmagnetizado, frente al preciso objetivo morfológico que resuelve técnica y fundamentalmente el cirujano.

Los fundamentos del bloqueo regional novocaínico erigido por Crile a principios de siglo y olvidado durante decenios, constituyó el objetivo trascendente y primordial que transmití en mi actuación docente en el acto operatorio, imponiéndolo rigurosamente a los cirujanos del Servicio. El objeto de mi solicitud es inducir a los jóvenes cirujanos a la reactualización del tema a mi juicio trascendente por su significación.

Dr. Perdomo: Como el Dr. Valls se ha referido fundamentalmente al diagnóstico radiológico, creo que vale la pena relatar una situación que tuvimos oportunidad de vivir, que para nosotros fue de gran enseñanza en su momento y que tiene que ver con el diagnóstico radiológico de la oclusión intestinal.

Era la primera etapa de nuestro aprendizaje de la cirugía de urgencia y estábamos de guardia en el Hospital Pasteur con el Dr. Fernández Chapela. Había ingresado un paciente que tenía dolores abdominales y una sonda de Cantor colocada que daba material fecaloideo. Nos pidió que lo viéramos y luego nos preguntó: "¿Qué tiene el enfermo?". Respondimos: "Una oclusión intestinal". No era clara la causa, pero clínicamente tenía una oclusión intestinal.

Después de eso nos mostró la placa, en la que no se veía absolutamente ningún nivel, y había escasos gases en el colon. La recordamos todavía porque motivó una larga discusión en el turno de guardia y realmente nos quedó grabado.

Tal radiografía trajo inseguridad en el diagnóstico y entonces se decidió darle bario al enfermo para ver si pasaba y aclaraba las cosas. Bueno, el bario no se quedó en el estómago, pasó perfectamente a las primeras asas ileales en forma rápida.

Recordamos aún las palabras del cirujano de Bureau que concurrió a ver este paciente: "Cómo vamos a pensar que este enfermo tiene una oclusión si le estamos enseñando a los estudiantes que el signo más precoz de la oclusión intestinal es el nivel líquido en el intestino delgado".

Sin embargo, al día siguiente el Dr. Larghero decidió operarlo y el enfermo tenía una reducción en masa de una hernia inguinal estrangulada, con una auténtica oclusión de delgado y con un intestino de viabilidad dudosa.

El único dato radiológico que hubiera podido servir de guía era que tenía escasos gases en el colon.

Creemos que una de las cosas que resulta más útil para el diagnóstico de la oclusión

mecánica en el delgado, es no sólo la ausencia la falta total de gas en el colon, sino la disminución de esos gases. Porque en el colon siempre, en condiciones normales y más aún cuando sea un cuadro abdominal agudo no oclusivo, el gas está en cantidad muy abundante; su escasez en esas condiciones debe despertar la sospecha de una oclusión mecánica del delgado.

*Dr. Raúl Praderi:* Desde luego que el tema es muy extenso y todos tenemos experiencia en estrangulaciones intestinales. Pero creo que aunque sea una cosa de todos los días ha sido interesante la comunicación del Dr. Valls en recalcar la presencia de oclusiones intestinales con compromiso vascular, con lesiones irreversibles en algunos casos, sin la existencia del signo clásico del nivel. Es un hecho conocido, pero es importante el haberlo destacado con observaciones vividas.

Las observaciones que hacía el Dr. Suiffet creo que son fundamentales y a tener en cuenta.

Hay una serie de factores que se suman sobre el funcionamiento del intestino por encima de la oclusión del píloro, de la pinza aortomesentérica, de cómo vomita, cómo se aspira el enfermo, que hay que asociarlos a la radiología.

Por ejemplo, yo personalmente hace años que no uso sondas intestinales pues creo que muchos enfermos se murieron por colocarles sonda de Cantor, porque ésta aspiraba el líquido y el gas y desde luego que después no se ve nada en la placa. Muchos enfermos con un vientre deprimido y depresible, tenían una semejante oclusión intestinal por debajo, con necrosis, se murieron porque como estaban bien no los operaron. Si a esos enfermos se le sacaba la sonda de Cantor, aparecía al poco tiempo la imagen radiológica.

Las sondas cumplieron su etapa de aspiración intestinal desde que Wangenstein las empezó a aplicar, sirvieron para demostrar la importancia de la pérdida electrolítica, en el balance del enfermo, etc., pero en el diagnóstico a veces engaño, y a mí personalmente creo que se me ha muerto algún enfermo en la época en que le colocábamos sonda de Cantor a todo el mundo.

Creo que es fundamental en el balance clínico de un enfermo con oclusión intestinal, reunir la radiología con la clínica, y uno de los datos clínicos fundamentales es que vomita, porque hay enfermos que tienen una oclusión de delgado y no vomitan nunca, y tienen un estómago en palangana y todo el delgado lleno de líquido y de gas. Pero hay enfermos que tienen una oclusión y no bien hacen la oclusión vomitan absolutamente todo el contenido que hay por encima de ella.

Un elemento fundamental es ése, lo que vomita y otro lo que se aspira al enfermo.

La imagen de opacidad total en el asa ocluida la hemos visto muchas veces, y también la imagen del gas, ayer mismo se operó una enferma en el Clínicas, con una oclusión abierta de colon derecho, y no se veía un solo nivel, pero tenía un neoplasma de oclusión del colon derecho.

Un elemento clínico que también es importante y que se ve en las observaciones de Valls, es la mancha de asas distendidas aisladas, o sea, dentro del vientre una isla de asas distendidas, es un signo clínico que indica la operación inmediatamente. Lo curioso es que uno a veces piensa que el asa estrangulada es esa que está distendida, y muy a menudo, como lo mostró Valls, el asa volvulada no es la que se ve sino que está por arriba. Nada más.

*Dr. Valls:* Agradezco los comentarios sobre este trabajo, no voy a contestarles uno a uno en virtud del tiempo, pero me voy a referir fundamentalmente a algunos puntos.

Por ejemplo con respecto a la existencia o no existencia de gases por encima. El enfermo gastrectomizado, el enfermo número uno, hay que tener en cuenta que tenía gases, si hubiera vomitado todo no hubieran quedado. Lo fundamental es que tenía gases sin niveles y con un asa que no era viable. En cambio, el otro enfermo tenía niveles, pero el asa estaba viable.

Es evidente también, como hago referencia en el trabajo, la importancia del sistema nervioso. No lo traté como tema de fondo, pero es evidente la influencia que tiene el sistema nervioso, y hablé de la importancia de la distensión y la estimulación del sistema nervioso en la explicación de la patogenia de estos cuadros.

A lo que quiero referirme también, es a los gases del colon. El enfermo número cuatro había sido gastrectomizado hace un mes, de los más recientes, por un neoplasma alto de estómago. Ese enfermo había ingresado dos días antes con el cuadro oclusivo y se tocaba el balón. Entró un domingo y lo operamos un martes, y tenía cuadros muy dolorosos. Me fue mostrado el martes de mañana después de haber estado en el Hospital de Clínicas dos días, y el enfermo tenía gases en el colon, a los dos días del cuadro de oclusión, estaba en actitud de oración mahometana, y pasó desde el domingo con períodos de dolor intensísimo. Es decir, debía tener como cuarenta horas de oclusión, de estrangulación, y tiene gases en el colon que se ven en las placas. Es decir, que evidentemente ese enfermo tuvo todo el tiempo necesario para expulsar los gases del colon, y no los expulsó. Claro que es de valor tener en cuenta el tiempo, porque si recién se ocluyó todavía no tuvo tiempo para eliminar los gases del colon, pero ese enfermo tuvo tiempo de sobra para eliminar los gases del colon, y los conservó.

Quise traer este trabajo porque como decía Del Campo muy bien, en las estrangulaciones puede aparecer derrotante la radiología. Por otro lado nosotros hemos aprendido de Del Campo que lo esencial no son los niveles hidroaéreos, es mucho más esencial lo de abajo, que falten gases por debajo. El insistía que cuando las oclusiones de delgado son muy altas y se ha evacuado todo el contenido no hay nada, no hay niveles. ¿Cómo va a haber niveles por encima si expulsó todo y si por debajo no hay nada? Era lo que se llamaba oclusiones anaéricas.