

Nuevo caso de obstrucción intestinal por orejón

Por el Dr. D. PRAT

En mi casuística profesional he tenido ocasion de diagnosticar un nuevo caso de obstrucción intestinal por orejón, cuya historia clínica tengo el honor de comunicar a la Sociedad de Cirugía.

Observación.—M. S. de C. de 47 años, uruguaya. A las 11 de la mañana come unos diez orejones crudos, que traga sin masticar, pues es desdentada. A las 7 de la noche, fuertes dolores abdominales en forma de crisis paroxísticas, como cólicos intestinales. Esa noche la ve su médico, quien constata el peristaltismo intestinal, calmándole los dolores con una inyección de un opiáceo. Lavaje intestinal que no elimina nada; el agua sale limpia. Vómitos. Al día siguiente los dolores y los vómitos continúan, por lo cual somos llamados a la 1 $\frac{1}{2}$ p. m., para ver a la enferma. La vemos en consulta, a las 2 $\frac{1}{2}$, con nuestro colega Sáenz (G.), y diagnosticamos una obstrucción por orejón. En los vómitos la enferma ha devuelto siete orejones, el último muy grande.

Examen: vientre muy voluminoso de obesa, quizás algo balonado. No se constata reptación intestinal. Blando y depresible en el intervalo de los paroxismos dolorosos. Vómitos. Pulso 90, sin fiebre. Facies de sufrimiento; estado general bueno.

Resolvemos hacer en seguida un examen radiológico, que se practica de inmediato en el Laboratorio de Barcía, y que pone de manifiesto la dilatación gaseosa de las asas intestinales y niveles líquidos. Se resuelve la operación inmediata y la enferma va directamente al Sanatorio. Se le inyectan 2 miligramos de eserina sin ningún resultado. Lavaje gástrico que extrae gran cantidad de líquido bilioso. Tonificación.

Operación.—Prat-Sáenz (G.). Pte. Berreta.—Anestesia raquídea 0gr.10 de novocaína 1.^a lumbar. Celiotomía mediana infraumbilical. Se trata de un voluminoso vientre de obesa. Por una brecha mediana introducimos una mano que hace la exploración del vientre sin evisceración. Sale líquido citrino en cierta abundancia. La mano toca una tumefacción intestinal que se exterioriza; se trata de una tumefacción puriforme, como un huevo, en la terminación del íleon, a unos 80 centímetros del ciego. Es un orejón fijo en la luz del íleon. Se desplaza y desliza con los dedos, por arriba el delgado está distendido y lleno de gases. Enterotomía, previa coprostasis, extracción del orejón, que está enormemente aumentado de volumen. Sutura del intestino con dos planos de catgut cromado. Limpieza al éter y yodo, y cierre de la pared en tres planos, un punto en capiton.

Post operatorio bueno. Aceite de ricino al 2.^o día. Deposiciones al tercero. Los dos primeros días tuvo vómitos, por lo que hubo que hacer lavaje gástrico y cloruro de sodio hipertónico, después todo entra en orden y cura regularmente.

Con éste es el tercer caso de obstrucción por crejón que he tenido ocasión de observar y tratar, en los tres hice el diagnóstico previamente y que fué confirmado en dos casos, en el tercero no, porque no fué operado. El diagnóstico se hizo, porque se trataba de una enferma desdentada, que había comido orejones crudos y que presentó un síndrome de íleo, ocho horas después de la ingestión de los orejones. Como vemos, el dato de la falta de dentadura y la ingestión de crejones, es fundamental para establecer el diagnóstico verdadero ante un síndrome de íleo. Con nuestro caso van ya 15 casos de obstrucción por cuerpos alimenticios que, en poco espacio de tiempo, se han observado en nuestro país; de éstos, 11 casos fueron por orejón, 2 por gajo de naranja, 1 por durazno y otro por pasa de higo.

En nueve casos se hizo la enterotomía con extracción operatoria del orejón, en tres se le hizo deslizar al intestino grueso, en dos casos no se operó por la extrema gravedad del paciente y otro curó sin operación. En un caso se hizo el vaciamiento intestinal por aspiración.

En las operaciones se empleó cinco veces la raquianestesia, en cuatro el éter, otro con anestesia local y uno con raquí y éter.

De los 15 casos de obstrucción por cuerpo extraño alimenticio, murieron 6 enfermos, 4 operados y 2 sin operar; 8 enfermos curaron, lo que da el 42 % de mortalidad.

Nuestra enferma fué operada de las 24 a las 26 horas del comienzo de su cuadro de obstrucción, lo que quiere decir, que debe ser uno de los enfermos operados más precozmente de obstrucción intestinal. El diagnóstico clínico lo hicimos sin mayores dudas, porque además de los antecedentes de la falta de dentadura e ingestión de orejones crudos, presentaba los característicos dolores paroxísticos intestinales, y la noche anterior nuestro colega el Dr. Sáenz, había comprobado la presencia de peristaltismo intestinal y vómitos; vómitos que continuaban cuando vimos a la enferma. Todo este cuadro clínico, nos daba la casi seguridad del diagnóstico de obstrucción por orejón, lo que nos hizo plantear la operación de inmediato. La familia de la enferma, como siempre ocurre en estos casos, nos exigía la seguridad del diagnóstico y nos hacía notar que la paciente había devuelto siete orejones, lo que les hacía suponer la posibilidad de que no existiera ningún otro orejón abdominal, puesto que esa cifra correspondía a los orejones comidos. A pesar de la rica y expresiva sintomatología del caso, no estábamos autorizados para dar la seguridad absoluta del diagnóstico y entonces, de acuerdo con la práctica que hemos adoptado en estos casos, indicamos un examen urgente de rayos X, que se practicó en seguida en

el Laboratorio del Dr. Barcia, y después del examen radioscópico, pero sobre todo ante las significativas y expresivas radiografías del caso, donde se veían netamente seis o siete niveles líquidos, no tuvimos ningún inconveniente en asegurar a la familia que persistía un obstáculo intestinal, que había una obstrucción, seguramente por orejón y que la operación estaba indicada de inmediato. La intervención, practicada dos horas después, comprobó completamente el diagnóstico clínico y el radiológico.

Este caso, como simple obstrucción por cuerpo extraño alimenticio, no tiene mayor importancia, en cambio, su significado es muy grande, si se le considera como conducta clínica para resolver favorable y definitivamente el problema diagnóstico y terapéutico del íleo. En efecto, nos parece que la conducta del futuro ante un cuadro sospechado de oclusión u obstrucción, debe realizarse de inmediato un examen radiológico, que nos permitirá asegurar y comprobar el diagnóstico de íleo, y nos dará la confianza y la autoridad necesarias para operar de inmediato al enfermo con grandes probabilidades de salvarlo, porque lo operaremos precozmente. El caso que presentamos a la consideración de la Sociedad de Cirugía, confirma esta opinión que tiempo ha está arraigada en nosotros y que deseamos vulgarizar para conseguir el rápido mejoramiento del tratamiento del íleo, cuyas estadísticas acusan una exagerada y constante mortalidad.

Dr. Stajano. — Encuentro muy interesante la observación del Dr. Prat, que se refiere a una eventualidad bastante frecuente. Deseo hacer notar la similitud de estos casos con el íleo biliar, en tres casos con diagnóstico de obstrucción por cálculo me encontré con cuerpos extraños alimenticios. El cuadro es a base de vómitos y luego el dolor a tipo cólico, vientre blando y depresible y dolor desplazable, ya que este síntoma sigue los movimientos del obstáculo. Hay reptación provocada. En un caso se trataba de una naranja, no hice ni radiografía ni radioscopia. Estudié en el primer caso la cloruremia y la cloruria: hubo hipocloruremia y casi acloruria; hice cloruro de sodio a altas dosis y la cloruria no se levantó hasta que, a los tres días, empieza una descarga de cloruros por la orina y, paralelamente, se eleva la cloruria.

Dr. Nario. — Llama la atención la mortalidad elevada en nuestro medio ya que el diagnóstico es, en general, fácil por el antecedente y la operación sencilla. He observado, como el Dr. Stajano, casos de muerte en enfermos que parecía que marchaban bien. Yo no creo que el íleo biliar sea superponible al alimenticio, lo que pasa es que los

enfermos del Dr. Stajano eran viejos biliares. Los íleos biliares se mueren aunque se operen precozmente, los hechos demuestran que hay una insuficiencia hepática que agrava el pronóstico, lo que no pasa en el íleo alimenticio "puro", por eso yo creo que no son casos superponibles a menos que el ocluido alimenticio sea un antiguo hepático. Yo creo que el factor tóxico en la oclusión debe ser retomado en nuestra Sociedad.

Dr. J. C. del Campo. — En mi guardia del Hospital Maciel he tenido dos casos de cuerpo extraño alimenticio, un caso por ollejo de naranja, operado a las 13 horas de ocluido con evolución fatal. En general, son casos graves porque empiezan siendo oclusiones altas, que son las más tóxicas. En cuanto a los rayos X soy cada vez más partidario, porque no sólo ayudan al diagnóstico, sino que hasta dan datos sobre la altura de la oclusión.

Dr. A. Lamas. — Tengo un caso de oclusión alimenticia muerto de embolia a los ocho días. No recuerdo los detalles clínicos, pero se había hecho diagnóstico de apendicitis, el dolor se desplazó hacia la región umbilical. Le ofrezco al Dr. Prat el caso con todos los detalles.

Dr. Prat. — Hay varias formas de hacerse la oclusión, algunos casos a los ocho días de haber comido, otros a las pocas horas. Operamos, en general, tardíamente, porque los enfermos llegan tarde y a veces porque el cirujano pierde también un poco de tiempo con lavajes y mismo purgantes. Los signos radiológicos llevan a la operación. Los cirujanos americanos que operan precozmente tienen de 5 a 10 % de mortalidad. Deseo insistir sobre la colaboración preciosa de los rayos X.

Inyección de alcohol en el nervio tibial posterior en el tratamiento de la arteritis obliterante.

Por los doctores J. MONTES PAREJA y A. MAISONNAVE

Los trabajos fundamentales de Leo Buerger y Parkes Weber, han tenido el mérito indiscutible de permitir, en el terreno anatómo-patológico de las arteritis periféricas, diferenciar las obliteraciones arteriales de los miembros por trombosis presenil de naturaleza inflamatoria. Pero aún cuando a esta identificación histológica fuera posible superponer su individualidad clínica, lo que no siempre es fácil, consideramos erróneo admitir que para cada forma se deduce un procedimiento terapéutico como el más ventajoso y eficaz. Desde este punto de vista es