

Oclusión intestinal y Rayos X. Casos sin niveles líquidos.

Por el Dr. J. C. DEL CAMPO

El año pasado, en colaboración con el Dr. Enrique Lamas, presentamos a esta misma Sociedad un trabajo sobre los resultados del examen radioscópico en la oclusión intestinal.

No es mi intención volver a insistir sobre los mismos puntos tratados en esa comunicación, sino sobre otros que tiene su interés; me refiero a casos de oclusión intestinal sin imágenes hidroaéreas. (Observaciones hechas en posición de pie).

Aunque el hecho es conocido y citado, lo cierto es que la redacción de algunos trabajos, haría pensar lo contrario.

Mondor, en su libro tan difundido "Diagnostics urgents - Abdomen", dice en la página 455: "He aquí como Hintze trata de dar a los signos clínicos sus equivalentes radiológicos. Los gorgoteos tendrían su equivalente en las imágenes de zonas con niveles líquidos (signo de Schwartz). El signo Schlange, asa distendida y contracturada, tendría como equivalente la zona arqueada, clara, por acumulación de gas (signo de Stierlin).

En fin, para el signo de Von Wahl, la imagen radiológica sería la masa gaseosa inmóvil en una región del abdomen (signo de Hintze).

Si para Hintze, el primero de estos signos falta se puede afirmar que no se trata de una oclusión orgánica, sino de fenómenos reflejos.

El segundo signo ayudaría a la localización, el tercero al diagnóstico de causa, vólvulo. Para estas dos últimas afirmaciones yo me permito hacer reservas y esperar lo que pensarán los radiólogos franceses".

El autor admite, al parecer de plano, la primera afirmación.

J. Gatellier, F. Montier y P. Poreher, — "Radiologie clinique du tube digestif", t. II, fasc. 1°, pág. 51, — dicen: "Las estenosis del delgado presentan, cualquiera que sea su causa, caracteres radiológicos bastante claros, que las diferencian de las simples estasis y de un ententecimiento puramente funcional del tránsito ileal.

Fuera de toda preparación si se examina al sujeto en estación vertical, se ven varios niveles líquidos, horizontales, sensibles a la pesantez, por lo tanto, a los desplazamientos del enfermo "surmontés" de una bolsa de aire, que representa lo más a menudo el vértice de un asa a "boucle" superior y de la cual se advierten los dos niveles generalmente "decalés".

Este aspecto del todo característico se encuentra en todas las estenosis del delgado por poco que ellas sean un poco apretadas; el obstáculo provoca, en efecto, una retrodilatación pasiva con refuerzo extraordinario del peristaltismo. La topografía radiológica de las imágenes varía así de un momento a otro, sin perder su caracter esencial: los niveles horizontales "surmontés" de playas aéreas".

Los autores, sin embargo, reservan esta opinión para las oclusiones del delgado. En efecto, respecto de las oclusiones del colon dicen: "Se puede observar directamente a la pantalla ora imágenes gaseosas, ora imágenes hidrogaseosas".

Podría citar otras opiniones concordantes.

Pasamos a la relación de los casos clínicos, que dividiremos en dos grupos: oclusiones del delgado y oclusiones del colon.

Oclusión del intestino delgado

Dentro de este grupo podemos presentar cuatro casos, que corresponden a modalidades diferentes.

1.) Oclusión intestinal ligera, pasajera.

Observación clínica.—H. M. R. Año 1931. H. 9. Operado de herida de bala abdominal hace 17 meses; resección de diez centímetros de intestino delgado. Operado hace cinco meses de oclusión intestinal, enteroanastomosis laterolateral. Viene a consultarnos alarmado, porque desde hacía dos horas había empezado a sentir fuertes dolores abdominales a tipo cólico. No hay ningún otro signo clínico de oclusión intestinal. En un examen radioscópico no se ve nada anormal. Se le da a tomar 200 gramos de poción baritada.

Seis horas después parte de la barita ha llegado al colon transversal, parte ha quedado en el estómago. Hay un nivel líquido por arriba y a izquierda del ombligo, correspondiendo a un asa delgada; los dolores se van atenuando. A las doce horas desaparecen los dolores y a las veinticuatro horas se constata que toda la comida opaca ha pasado al colon.

Ha habido, por lo tanto, un episodio de oclusión intestinal, atestiguada por el nivel líquido y la retención gástrica, constatado a las ocho horas, incompleta como lo indica el pasaje de parte de la comida baritada al colon transversal y en el cual a las dos horas de iniciado el cuadro, no se encuentra nivel líquido.

Podemos decir que este caso entra dentro de la regla general, pues los autores han señalado un plazo de tres horas (Kloiber), de seis a ocho horas (Case), para la aparición de los niveles líquidos.

Pero el plazo señalado se alarga demasiado en el caso siguiente.

2.) Oclusión intestinal aguda.

Observación clínica.—J. D., ingresa al Hospital Maciel el 25 de Julio de 1933. Operado de hernia inguinal izquierda hace 21 meses, operado de apendicitis en frío hace 19 meses. Después de un día de malestar general con dolores intestinales, durante

el cual tiene una deposición espontánea normal, le empieza bruscamente, a las tres de la mañana, un cuadro abdominal agudo con dolores violentos a tipo de cólico y estado sincopal.

Vemos al enfermo catorce horas después de iniciado el episodio agudo. Es un cuadro típico de oclusión intestinal. Estado general bueno. Temperatura 37° 3/5; pulso 70. Dolores netamente a tipo cólico intestinal, intermitentes; acaba de tener un vómito porráceo; ruidos hidroaéreos a la auscultación del vientre. Hay, en la región infraumbilical, una zona dolorosa aún a la palpación superficial y que duele a la presión y a la decompresión.

Al examen radioscópico se constata, por debajo del colon, que se visualiza bastante bien tres ampollas gaseosas diseminadas en la parte media del vientre. En un momento dado se notó, en una de ellas, una contracción que disminuyó su calibre. El aspecto observado era casi igual al de una placa (A. 3484), sacada a las siete horas de empezar su afección.

La intervención mostró una oclusión del delgado: adherencias de asas delgadas entre sí y a la pared abdominal, formando un masacote congestionado, con infiltrado gelatinoso reciente, donde se angula un asa. Hay una asa dilatada, congestionada, color rojo vinoso.

3. Oclusión subaguda del delgado.

En el caso que vamos a relatar la oclusión data de cinco días, pero se trata de una oclusión a marcha lenta y, a pesar de la interrupción total del tránsito intestinal durante esos cinco días, quizás pudiera ser interpretado como un caso de estenosis intestinal incompleta por perivisceritis crónica, cuyo aspecto radiológico reproducimos (ver placa ...).

He aquí la historia resumida:

Observación clínica.—J. B. 1933. H. 2. Operado hace tres meses y medio de peritonitis apendicular (simple drenaje del Douglas), puede decirse, según datos de un enfermero que lo siguió después de salir del hospital, su estado no fué nunca el de una persona sana; muy denutrido. Por el orificio donde estaba el tubo, de cuando en cuando salía una gotita de pus.

Nos viene a consultar porque desde hace cinco días está con dolores abdominales a tipo cólico intestinal, intermitentes, evolucionando por crisis y acompañados de vómitos espontáneos, biliosos, y además de cualquier alimento que ingería. Constipación absoluta: ni materias ni gases; todos los días se ha hecho lavaje intestinal, saliendo el agua limpia.

Examen del enfermo: Apirético, pulso 100. Abombamiento y distensión de la región infraumbilical; la misma tensión se siente por el tacto rectal. No hay dolor a la palpación ni defensa muscular.

Radiografía y radioscopia (en posición de pie): Movilidad diafragmática conservada. Distensión gaseosa del intestino con aspecto de intestino delgado (aspecto en escalera de cuerda).

El enfermo se niega a hospitalización y tratamiento. Sabemos que al final salió de su complicación.

4.) Oclusión del delgado y peritonitis.

En este caso al cual corresponde la radiografía (...) que presentamos, asis-

timos a la aparición y multiplicación de los niveles líquidos, pero dada la coexistencia de absceso apendicular y oclusión mecánica, nos es imposible determinar la fecha de comienzo de ésta, que es el punto de gran interés.

A las 36 horas de empezar el cuadro abdominal, D. A. de B., de 54 años, 1933. H. 19. Operada de quiste de ovario hace dos años. Se queja de dolores que primero fueron epigástricos y luego en la fosa iliaca izquierda, con exacerbaciones a tipo cólico y vómitos biliosos a repetición. Ha tomado purgante y ha tenido cuatro o cinco deposiciones líquidas y gases. Febril. Tiene un vientre distendido y doloroso y en el cual la auscultación deja oír sólo muy de rato en rato ruidos intestinales que coinciden con las exacerbaciones dolorosas.

Tacto vaginal: Fondos de caso tenso y ligeramente doloroso.

Radioscopia: Distensión gaseosa del delgado sin niveles líquidos. Ambos diafragmas se movilizan bien.

Creímos que la decisión operatoria podría beneficiar de una observación de varias horas y la enferma ingresa al hospital.

La radiografía (...) y en la cual se ven dos niveles líquidos, corresponde a las 48 horas de comenzado el cuadro. La placa había sido solicitada por nosotros, pero la enferma no estaba ya bajo nuestra asistencia.

A las 80 horas somos por segunda vez llamados de urgencia para ver a la enferma. Se ha empeorado visiblemente. La radioscopia permite constatar varios niveles líquidos (por lo menos cuatro), situados en la región infraumbilical y más o menos en la misma línea y con los caracteres del intestino delgado. Las asas delgadas altas sólo están distendidas por gas.

La intervención comprobó la existencia de una apendicitis con absceso y de un íleo mecánico por adherencias de asas entre sí y sobre todo por acodamiento completo de la última asa ileal al adherir al foco apendicular.

Oclusión del colon

Tenemos tres casos sin niveles líquidos. De estos tres casos dos corresponden a oclusiones agudas y uno a un episodio agudo en el curso de una obstrucción crónica.

1.) Oclusión aguda del colon. Vólvulo del sigmoide.

Observación clínica.—R. S., 65 años, ingresa al Hospital Maciel el 15 de Diciembre de 1932. Viejo constipado crónico y hemorroidario, operado de litiasis vesical hace tres años. Cuadro doloroso abdominal datando de cuatro días; dolores en ambas fosas ilíacas y en la fosa iliaca derecha, intermitentes, paroxísticos, sin el tipo de cólico, modificándose con la posición que adopta el enfermo. Estado nauseoso; no ha tenido vómitos; constipación absoluta (ni materias ni gases), a pesar de repetidos lavajes. Estado general bueno, apirético, buen pulso. Vientre muy distendido, tenso y ligeramente doloroso a la palpación.

Radioscopia: Vientre uniformemente claro, sin niveles líquidos, diafragmas levantados, móviles.

Siete horas después el examen clínico permite comprobar la presencia de un asa muy voluminosa, sonora, dolorosa, que se extiende desde el reborde costal izquierdo hasta la fosa iliaca derecha.

El examen radioscópico hecho en ese momento permite ver una gran asa cólica cuyo lomo levanta el diafragma y en cuya base se ve un nivel líquido; por debajo de este nivel se ve otro más.

La intervención hecha por el Dr. A. Chifflet, comprueba la existencia de un vólculo del sigmoide.

Es a un hecho similar a éste que corresponde uno de los dos casos citados por Meller (Rontgen-Praxis, 1930, pág. 964), vólculo del sigmoide de 180 grados, en el cual el examen radiológico fué completado por un enema opaco, y uno de los casos presentados por Grille en nuestra Sociedad de Cirugía (Nov. 12 de 1930), en el cual también se hizo enema opaco.

2.) Oclusión aguda del colon.

Observación clínica.—J. S., 39 años, ingresa al Hospital Maciel el 11 de Junio de 1927. Cuadro de oclusión intestinal dotando de once horas. Cólicos intestinales, vómitos alimenticios. En la fosa ilíaca derecha se palpa un cilindro membranoso, tenso, que se endurece en el momento de los cólicos y levanta la pared abdominal.

Radioscopia: Distensión gaseosa del delgado y del colon hasta el ángulo esplénico. No se ven niveles líquidos.

La intervención indica un obstáculo situado al nivel del ángulo esplénico y que desaparece al movilizar el ángulo para su exoración, pues al hacerlo se ve desaparecer la distensión del colon transverso y ascendente.

3. Episodio agudo en el curso de una obstrucción crónica del colon.

Observación clínica.—J. C., 69 años, ingresa al Hospital Pasteur el de Setiembre de 1933. Antiguo hemipléjico, con insuficiencia mitral. Sufrimientos abdominales datando de dos meses. Cuadro agudo datando de cinco días. Dolores a tipo de cólico y vómitos repetidos. Se palpa en el hemiventre derecho un gran balón tenso, doloroso, que creemos sea el ciego y colon ascendente. Se me muestra una placa sacada por el médico tratante, con toma de comida opaca y en la cual se ve el estómago lleno, sin ninguna anormalidad; parte de la comida ha pasado al colon y permite comprobar que el asa distendida llena de gas pertenece al ciego y colon ascendente. No hay ningún nivel líquido.

El ingreso del enfermo al hospital es retardado por la familia y cuando lo hace el episodio de oclusión ha pasado. Una serie de exámenes del colon indica un obstáculo en el tercio superior del descendente. El enfermo vuelve a hacer un episodio agudo (en su casa) y a los tres días de empezado reingresa al hospital, donde se constatan, radioscópicamente, cuatro niveles líquidos de tipo del colon.

La intervención — simple ano artificial — comprueba una distensión enorme del ciego, señal del obstáculo cólico.

Ileo reflejo

A pesar de ser discutible en su interpretación (pues el enfermo había tomado un purgante horas antes y había empezado a eliminar gases) nos parece interesante esta observación.

Observación clínica.—Se trata del enfermo R. S., 28 años, ingresado al Hospital Maciel el 1.º de Noviembre de 1932. Hace seis años traumatismo de la fosa lumbar izquierda con secuelas urinarias que duraron un tiempo.

Desde cuatro días cólico nefrítico izquierdo con poliaquiluria y expulsión de un coagulito de sangre al tercer día. En vista de que no ha tenido emisión líquida ni gases al tercer día tomó purgante, que vomita. Al cuarto día vuelve a tomar purgante y es atacado en seguida de vómitos y grandes dolores intestinales. Expulsa algunos gases. Febril, 38° 1; el examen de vientre no constata una gran distensión abdominal. El examen radioscópico señala una gran distensión cólica. Se le somete a bolsa de hielo y cloruro de sodio (dos inyecciones de 20 c. c. de Na Cl al 20 %). A raíz de esta última, a las 12 horas de ingresar al hospital, tiene una gran debacle intestinal.

Exámenes posteriores comprobaron que se trataba de una litiasis ureteral.

Sin eliminar la posibilidad de otras interpretaciones creemos que nos hemos encontrado frente a un íleo reflejo acompañando a un cólico nefrítico. El caso confirmaría lo que dicen quienes se han ocupado de este punto, es decir, que en el íleo reflejo no hay niveles líquidos.

Tales son los hechos.

Han sido encontrados en 36 exámenes radioscópicos efectuados en un total de 55 casos de oclusión intestinal.

No están comprendidos en este número las hernias estranguladas y sólo hemos utilizado nuestros casos personales (los del Servicio de Guardia a cargo nuestro y aquéllos que hemos tratado en Sala; no comprendemos en ellos casos vistos, pero que no nos pertenecen).

La frecuencia traducida en cifras nos daría un 25 % — 8 en 36 pero hay un factor de serie: sólo tuvimos dos en los primeros 26 exámenes radioscópicos y (la cifra es demasiado grande) 6 en los últimos diez.

Una prolongación de la observación redujo esos casos a 4.

Nuestra creencia es que si el medio médico adelanta en la sospecha clínica del íleo, estos casos se multiplicarán.

Respecto de las imágenes radiológicas halladas todas no tienen el mismo valor.

Hay un caso en que no se encontró absolutamente nada, pero el momento de la observación, dos horas de comenzado el cuadro, era muy precoz para una oclusión ligera y que resultó pasajera.

Corresponde al período — podemos decir normal — de ausencia de niveles.

Hay allí un margen variable de seis a ocho horas enteramente en favor de la clínica

Creemos que en este período el diagnóstico es claro por los únicos datos clínicos: el dolor a tipo cólico nunca tan evidente como al prin-

empio, la dilatación segmentaria no ahogada aún en la distensión general y los ruidos hidroaélicos claramente auscultables.

En cuatro casos había aeroilea, en tres sola y en uno asociada a aerocolia con distensión.

Sabido es que la presencia de gas en el intestino delgado es un fenómeno anormal.

Asociada a una aerocolia con distensión — se pondría por algunos la hipótesis de una falta de control de la válvula de Bauhin que permitiera el pasaje del gas del colon al íleon — explicación análoga a la dada en casos en que existen niveles líquidos en el íleon y en el colon, a raíz de una oclusión cólica.

De todas maneras la aeroilea es un fenómeno anormal y supone un obstáculo al tránsito en el intestino delgado.

En cuatro casos había aerocolia; en uno asociada a aeroilea, en tres sola.

Sin distensión la aerocolia es un fenómeno normal.

Con distensión se la encuentra en diversos estados cólicos y abdominales, megacolon, peritonitis, apendicitis, etc.

En un caso correspondía a un íleo reflejo acompañando a un cólico nefrítico. En los otros tres correspondía a un íleo mecánico: acodadura en el ángulo esplénico, vólvulo del sigmoide y probable neoplasma del descendente.

Diremos, sin embargo, que en estos tres casos se tiene radioscópicamente signos para señalar el obstáculo al tránsito: gran distensión del colon y modificaciones del volumen acompañando a las crisis dolorosas. Por otra parte, está indicado en ellos hacer un enema opaco que aclara la situación.

Como resumen general, podemos decir, que las observaciones de oclusión intestinal sin niveles líquidos correspondían, ya sea a observaciones muy precoces, ya sea a oclusiones a marcha lenta por naturaleza o por su situación cólica; y de hecho, en cuatro de los ocho casos, aparecieron posteriormente niveles líquidos.

No nos atrevemos, sin embargo, a sacar de esto ninguna deducción terapéutica. Cuando la clínica haya hecho la indicación operatoria no es el examen radioscópico sólo el que la invalidará; la decisión operatoria podrá quedar firme o la radioscopia podrá imponer un compás de espera o un examen complementario.

Queríamos solamente señalar estos hechos como contribución al estudio del aspecto radiológico de la oclusión intestinal.

Dr. García Lagos. — La afirmación del doctor del Campo de que

la precocidad en el estudio de estos casos es muy necesaria, debe ser apoyada, dado que hay casos en que el nivel líquido no aparece en los primeros momentos; por otra parte, se encuentran a veces niveles líquidos en estado normal. Estos principios hay que vulgarizarlos en los jóvenes, invitándolos a un buen examen clínico.

Dr. Stajano. — Considero muy interesantes las afirmaciones del doctor del Campo. Podría citar una auto-observación de un obstáculo a la evacuación de una asa ileal. En un momento dado el examen radioscópico demostró nivel líquido grande, sin embargo no había síntomas, recién un año después aparecieron los fenómenos agudos.

Dr. Prat. — Es un asunto que me ha interesado mucho y del que me he ocupado y creía haber encontrado una fórmula común y simple para el tratamiento. Corrientemente son enfermos que se operan tarde: de dos a tres días y medio; el médico y cirujanos esperan en general con grave perjuicio para el paciente. Yo decía: se lleva el enfermo a la pantalla y se encuentran en radioscopia y radiografía niveles líquidos. Según los autores, los niveles aparecen a las cuatro o seis horas y como nunca operamos antes de las doce o quince horas habrá niveles líquidos.

Así que oclusión = radiografía = operación.

Ahora estudiando un poco más el doctor del Campo nos dice que hay oclusiones sin niveles líquidos; yo creo que el porcentaje de estos casos sea reducido y que tal vez sea perjudicial darle demasiada importancia a ese hecho por su misma falta de frecuencia.

Me parece difícil diferenciar por los niveles líquidos oclusión parálitica de la mecánica; el líquido que siempre hay en el abdomen enmascara un poco el cuadro. El diagnóstico de íleo paralítico u orgánico puede ser muy difícil.

Dr. del Campo. — He presentado este trabajo a objeto de que no se abandone una oclusión por la falta de niveles líquidos. La distensión del delgado o grueso con un estudio precoz y minucioso del enfermo puede llevar a un diagnóstico exacto.

Yo no he hablado de íleo paralítico, sino reflejo (cólicos, torsiones, etc.). Yo no he hablado tampoco de íleo paralítico por peritonitis. Por otra parte, el diagnóstico radiológico del íleo por peritonitis no tiene valor, porque la aparición de niveles líquidos en estos casos es muy tardía, tanto que puede haber hasta pus en el vientre sin niveles líquidos.