

Falsa obstrucción del colon

Dres. Gustavo Bogliaccini y Roberto Perdomo

Se llama la atención sobre una entidad que puede confundirse con la oclusión mecánica del colon y desorientar la terapéutica médica y quirúrgica. Referimos las características patológicas y clínicas del cuadro de falsa obstrucción del colon y las condiciones para despistar su diagnóstico.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Colon / Oclusion.

Todos los cirujanos se encuentran de tiempo en tiempo ante una situación poco común y compleja, cuyo cuadro clínico es similar al de la obstrucción intestinal baja de tipo mecánico. Cuando se operan estos pacientes, se comprueba una gran distensión intestinal a predominio colónico, sin una causa objetivable. A esta situación (2, 4, 25) se la reconoce como falsa obstrucción del intestino grueso. [Dudley y col. (7)].

Es una entidad poco frecuente. Zimmerman (26) juntó 159 observaciones publicadas hasta 1930, sin separar las referidas al intestino delgado. En el archivo del Hospital de Clínicas de Montevideo hay 24 casos registrados en los últimos 18 años.

Predomina entre los 50 y 80 años para todas las series examinadas (3, 5, 23), incluida la nuestra; con la sola excepción de la de Zimmerman (26) que da un rango de distribución más precoz, entre los 20 y los 60 años.

En la serie de Bardsley (3) hay un franco predominio del sexo masculino.

De las laparotomías y autopsias realizadas, se desprende que son pacientes añosos que se encuentran cursando una grave enfermedad respiratoria, neurológica, cardiovascular o urinaria, de índole infecciosa o metabólica, o por intoxicación por drogas, alcohol o bajo tratamiento con gangliopléjicos (10, 16, 21). En los que existe una distensión de diferente grado pero de distribución bastante constante y particular, que según Byrne (5) predomina en tres topografías: cerca del ángulo esplénico, en la unión recto-sigmoidea y en la zona ileo-cecal. Como señala Bardsley (3), zonas de unión de un sector de colon móvil a otro acolado.

La distensión es retrógrada con respecto a uno de estos tres puntos, pudiendo hacerse pre-

Clinica Quirúrgica "F" (Prof. Luis Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, Uruguay.

sente en el delgado según que la válvula ileocecal sea continente o no. En la zona de transición se puede comprobar un pasaje gradual a la normalidad o un cambio brusco del diámetro del colon. Se ha encontrado [MacFarlane (13)] un anillo espasmódico que puede ceder bajo los efectos de la anestesia o de la laparotomía.

En algunos casos el problema se complica por la existencia de una lesión parietal de colon, sobre todo a nivel cecal; esto condiciona la evolución y la actitud terapéutica (6, 18).

La Fisiopatología de este proceso se ha enfocado desde dos puntos de vista distintos y complementarios.

De causa nerviosa: La motilidad intestinal depende del Sistema Nervioso Autónomo, siendo estimulada a través del parasimpático, en sus sectores sacro y bulbar y por los plexos de Auerbach y Meissner; el simpático tóraco-lumbar tiene una acción inhibitoria. Las contracciones intestinales ocurren en ambos sentidos, siendo habitualmente inhibidas las antiperistálticas; en caso de obstrucción cesa dicha inhibición, sumándose así otro elemento para mantener o agravar la obstrucción (16). Se comprende así que la estimulación simpática o la inhibición parasimpática puedan dar origen al ileo. Se debe agregar que la hiperactividad del centro parasimpático sacro, puede dar origen a una estenosis funcional; este centro actúa en la zona más ricamente inervada del colon, desde la parte distal del transversal al recto. Zimmerman (26) que aboga por un origen nervioso para esta entidad, concluye de este esquema fisiológico la siguiente clasificación de las causas:

a) *Por irritación local* (efector el plexo intrínseco).

Por ej. cuerpos extraños, parásitos intestinales o insuficiencia vascular transitoria de un sector del colon que sin llegar a la necrosis, produce una contracción espasmódica de la zona isquemiada (Payr, Mueller, Lecene). (14)

b) *Por lesión del plexo celíaco o mesentérico inferior.*

Por ej. infiltración neoplásica del plexo celíaco (Síndrome de Ogilvie) (8, 19).

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 11 de agosto de 1976.

Asistente y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Juan Paullier 1110 ap. 16. Montevideo. (Dr. Bogliaccini).

c) *Por disturbios en el Sistema Nervioso Central.*

Por ej. traumatismos raquimedulares o pelvianos, teniendo en cuenta aquellos que se acompañan de elementos que hacen sospechar una obstrucción mecánica, como ser el síndrome de lucha (Watkin, Bado) (1, 23).

Al no comprobarse siempre estas lesiones, MacFarlane (13) agrega:

d) *Idiopáticos.*

De causa mecánica. Para quienes piensan en una patogenia mecanicista como origen de este cuadro [Ferguson, Cameron (9)] la distensión del colon proximal o móvil, propulsa a éste sobre la zona fija y lo hace girar como sobre una charnela (kinking), que al ocluir la luz por aposición de las paredes, puede mantener la distensión en forma indefinida [Wanebo y col. (21)].

Causas combinadas. Como se comprende fácilmente ambas causas señaladas se complementan: un factor capaz de introducir una modificación en el mecanismo de regulación nerviosa iniciaría el proceso que luego se perpetuaría merced a disturbios mecánicos, o por parálisis por anoxia secundaria a isquemia debida a la distensión [Dudley (7)].

Por ej. los secundarios a retenciones agudas de orina, cesáreas o intervenciones ginecológicas).

MATERIAL Y METODOS

Hemos analizado 26 casos tratados en los Hospitales de Clínicas y Maciel con este cuadro clínico y confirmación radiológica, operatoria o necrópsica de la inexistencia de mecanismos orgánicos de obstrucción.

Esta afección se caracteriza por la detención del tránsito intestinal para materias y gases, en pacientes con antecedentes de alteraciones del tránsito previas. Se acompaña de dolores cólicos, en general difusos y vómitos de aparición tardía.

Al examen se aprecia una distensión progresiva asimétrica, que puede predominar en el hemiventre inferior o a derecha, timpanismo generalizado y ruidos hidroaéreos, que son fundamentales para el diagnóstico, ya que separan este cuadro del íleo paralítico. Puede existir dolor a la palpación y defensa, que cuando aparece lo hace sobre el lado derecho por sufrimiento cecal. El tacto rectal es negativo, mostrando una ampolla vacía. Estos pacientes presentan diversos grados de deshidratación, con frecuencia importante (22, 24).

Esta sintomatología aparece corrientemente como un epifenómeno en pacientes que cursan una enfermedad grave en sí misma, de índole infecciosa, metabólica, vascular o por intoxicación por medicamentos (gangliopléjicos), drogas o alcohol.

Desde el punto de vista clínico evolutivo importa fundamentalmente dividirlos en dos grupos principales como ilustran las siguientes observaciones.

Con sufrimiento cecal:

Obs. 1.— Varón, 65 años.

Desde hace 96 horas dolor en hemiventre derecho y detención del tránsito intestinal para materias y gases. Fiebre de 40°C.

Examen: Febril, deshidratado. Importante distensión, mayor a derecha. Dolor en F.I.D. espontáneo y a la palpación. Timpanismo generalizado. T.R. ampolla vacía. Síndrome en menos de base derecha.

Rx. de abdomen: gran distensión, no hay niveles.

Operación: 20-X-57. Ciego y ascendente enormemente distendidos con paredes finas y cianóticas. Transverso distendido, la distensión no progresa del ángulo esplénico. Descendente y delgado s/p. No se pudo evidenciar un obstáculo mecánico. Se practicó una colostomía transversa.

Evolución: Cierre de colostomía, 5-II-58. Luego empiema pleural derecho y meningitis supurada. Posteriormente mejoría y alta.

Sin evidencia de sufrimiento cecal:

Obs. 2.— Varón, 79 años.

Constipado habitual que comienza con detención del tránsito intestinal para materias y gases de dos días de evolución. Dolores difusos abdominales tipo cólico. Tuvo algún vómito al ingreso.

A.P.: Operado de meningioma dorsal, gastrectomizado por ulcus, adenomectomizado de la próstata.

Ex: Deshidratado. Distensión importante del abdomen predominando a derecha, timpanismo; auscultación ruidos hidroaéreos de timbre alto, frecuentes.

Rx. de abdomen: gran distensión y un nivel único en el ángulo izquierdo del colon.

Tratamiento: Médico con sonda rectal, sonda nasogástrica y reposición hidrosalina por vía parenteral.

Evolución: Mejoró. Posteriormente repitió el cuadro en tres oportunidades. La rectosigmoidoscopia y el colon por enema fueron normales.

Se ha señalado ya la existencia de dolor en el lado derecho del abdomen, que puede hacerse permanente. Este dolor se objetiva a la palpación y junto con la aparición de defensa son los elementos clínicos que en orden cronológico de aparición nos van dando la evolución del sufrimiento cecal por distensión.

Las radiografías simples de estos pacientes, muestran una distensión generalmente sin niveles, referida a la topografía colónica (Fig. 1) que cesa bruscamente a nivel del ángulo esplénico, de la unión rectosigmoidea o del ceco-ascendente, con escasa o nula participación del delgado. Se ha señalado el valor de medir la luz del ciego en las radiografías, cuando la misma supera los 9 cm de diámetro (Lowman), existe una presión intraluminal tan alta que la ruptura por isquemia parietal puede suceder en cualquier momento (12).

El colon por enema es de enorme valor, ya que si el estudio simple es indicativo de una obstrucción, el enema baritado (Figs. 2 y 3), al sobrepasar el supuesto obstáculo y rellenar la zona distendida, permite descartar una etiología orgánica (15).

No se han encontrado elementos de valor, en el laboratorio salvo un discreto descenso de la potasemia [Wanebo y col., Rothwell-Jackson (20, 21)]. En la mayoría de nuestros pa-

cientes, existía una elevación de la urea, que puede correlacionarse con la deshidratación que presentan.

La rectosigmoidoscopia tiene un enorme valor [Hawthorne, Frobese, Sterling (11)] para



FIG. 1.—Rx. simple preoperatoria.

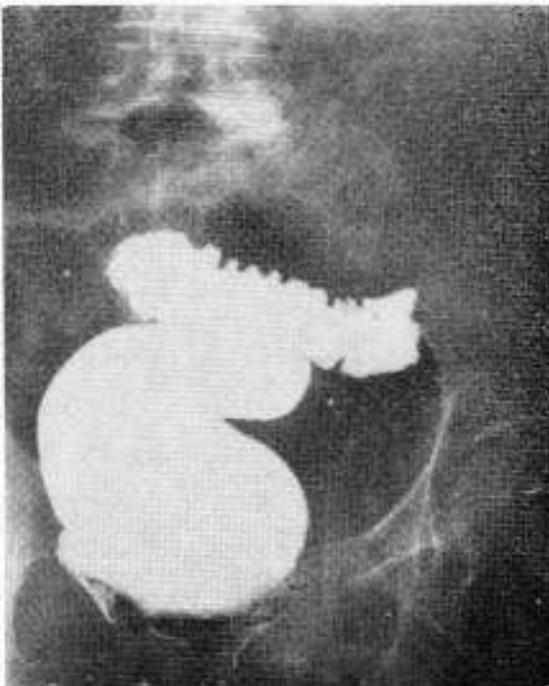


FIG. 2.—Colon por enema preoperatorio.

descartar una obstrucción a nivel rectosigmoideo y además puede ser terapéutica, al dar lugar a la liberación de flatos que alivien la distensión al vencer el anillo espasmódico si lo hay o devolvular la charnela del sector móvil, si éste es el mecanismo condicionante. Se realizó en cuatro de nuestros pacientes. La colonoscopia con fibrocolonoscopio podría ser útil en los casos de topografía más alta, aunque su uso no ha sido publicado al momento actual.



FIG. 3.—Colon por enema postoperatorio. Mismo caso de FIG. 1. Se había practicado una colostomía transversa

El tratamiento es médico, manteniendo una conducta expectante, en tanto no exista riesgo de perforación cecal.

Consiste en la recuperación del equilibrio hidrosalino, por medio de soluciones administradas por la vía venosa. La exclusión de la vía oral, la sonda nasogástrica para aspirar y la sonda rectal están indicadas para degravitar [Wangesteon (14,22)]. La terapéutica farmacológica en base a Guanetidina y Prostigmine está indicada en contados casos (17). Pero lo fundamental es el tratamiento de la afección de fondo que aqueja al paciente.

La conducta quirúrgica tiene tres indicaciones fundamentales: a) diagnóstica, si no se ha podido aclarar la naturaleza de la oclusión; b) terapéutica, si existe evidencia clínica de sufrimiento cecal o sospecha del mismo o si se perforó el ciego y hay peritonitis; c) para disminuir la distensión abdominal en pacientes con escasa o nula reserva funcional respiratoria, a los que la elevación de los diafragmas precipita en la insuficiencia respiratoria.

La táctica consiste en realizar una operación de criterio degravativo, si la exploración cuidadosa es totalmente negativa. Se podrá hacer progresar un tubo grueso desde el recto hasta sobrepasar la zona de la pseudoobstrucción, en los casos de inicio. Podrá ser necesario la realización de una cecostomía o de una colostomía transversa en los casos evolucionados. Por último si existe sufrimiento cecal irreversible o ruptura del cecoascendente se procederá a una hemicolectomía derecha (18).

En nuestra serie se operaron 14 pacientes. En 8 casos se hizo colostomía transversa. En uno de ellos se exteriorizó el sigmoides. En 2 se practica cecostomía, en uno de ellos además intubación transanal. En un caso enterostomía y en 3 casos solo la laparotomía.

Fallecieron 8, todos ellos operados. Sobrevivieron 6 operados y los 12 pacientes no operados.

Los 6 casos perforados se operaron falleciendo cuatro de ellos.

COMENTARIO

No es correcta la elaboración de un diagnóstico clínico de esta afección, el mismo debe sobrevenir por exclusión luego de descartada la existencia siempre más frecuente de una obstrucción mecánica originada en una causa orgánica.

Se pensará en la posibilidad de estar ante este cuadro clínico, frente a un paciente añoso, con antecedentes de alteraciones previas del tránsito y que cursa una afección grave, de índole infecciosa, vascular, traumática, metabólica o se halla bajo los efectos de una intoxicación por drogas, alcohol o medicamentos. El comienzo es con detención del tránsito intestinal para materias y gases, dolores cólicos difusos, vómitos y distensión progresiva y en el examen se comprueba timpanismo, ruidos hidroaéreos y una distensión asimétrica.

Evidentemente es imposible sentar el diagnóstico sin el enema baritado, una rectosigmoidoscopia o la laparotomía. La evolución puede aclarar retrospectivamente el diagnóstico.

La evolución de estos pacientes puede ser hacia la regresión espontánea, concurriendo estos cuadros escasamente estudiados a engrosar el conjunto de las llamadas suboclusiones o respondiendo al tratamiento médico o quirúrgico. Pero un alto porcentaje de ellos paga tributo a lo crítico de su condición y mueren ya sea por la evolución de su enfermedad de fondo, por peritonitis fecaloidea debida a la perforación cecal o por insuficiencia respiratoria irreversible al caducar el tiempo útil para que sea efectiva la terapéutica quirúrgica.

El pronóstico es grave; pues son pacientes añosos con taras metabólicas y cursando enfermedades de base de severo pronóstico en sí mismas.

RESUME

Fausse occlusion du gros intestin.

L'auteur appelle l'attention sur une condition pathologique qui peut être prise pour une occlusion mé-

canique du colon et faire hésiter quant à la thérapeutique médicale et chirurgicale à suivre.

Description des caractéristiques pathologiques et cliniques du tableau de fausse occlusion du colon et des conditions dont il faut tenir compte pour l'établissement du diagnostic.

SUMMARY

False colonic obstruction.

In this paper attention is drawn to a condition which can easily be mistaken for mechanic occlusion of colon, thus leading to mistaken medical and surgical therapy. Pathological and clinical characteristics of false colonic obstructions are described, together with the conditions which have to be born in mind in order to establish correct diagnosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BADO JL. Fracturas recientes del raquis. Montevideo, La Industrial, 1940.
- BAILEY H. Cirugía de Urgencia. Buenos Aires, Inter Médica, 1970.
- BARSDLEY D. Pseudo obstruction of the large bowel. *Br J Surg*, 61: 963, 1974.
- BOCKUS HL. Gastroenterology. Philadelphia. WB Saunders, 1943.
- BYRNE JJ. Unusual aspects of large bowel obstruction. *Am J Surg*, 103: 62, 1962.
- CAZABAN L, BALDIZAN J, FLORES N y CARRIQUIRY L. Ileo colónico postcesárea. Perforación cecal sin obstrucción mecánica. Revisión de la Bibliografía. *Cir Urug*. (En prensa).
- DUDLEY HAF, SINCLAIR LSR, McLAREN IF, McNAIR TJ and NEWSON JE. Intestinal pseudo-obstruction. *J R Coll Surg Edinburgh*, 3: 206, 1958.
- DUNLOP JA. Ogilvie's syndrome of false colonic obstruction, a case with postmortem findings. *Br Med J*. 1: 890, 1949.
- FERGUSON JHL and CAMERON A. Intestinal pseudo-obstruction *Br Med J*. 1: 614, 1973.
- GEELHOED GW and JOSEPH WL. Surgical sequelae of drug abuse. *Surg Gynecol Obstet*. 139: 749, 1974.
- HAWTHORNE HR, FROBESE AS y STERLING JA. Abdomen agudo. México, Interamericana, 1969
- LOWMAN RM and DAVIS L. An evaluation of cecal size in impending perforation of the cecum. *Surg Gynecol Obstet*, 103: 711, 1956.
- MAC FARLANE JA and KAY SK. Ogilvie's syndrome of false colonic obstruction; it is a New Clinical Entity. *Br Med J*. 3: 1267, 1949.
- MAINGOT R. The management of abdominal operations. London, Lewis, 1953.
- MAQUIEIRA G. Comunicación personal.
- MELAMED M and KUBIAN E. Relationship of the autonomic nervous system to functional obstruction of the intestinal tract. *Radiology*, 80: 22, 1963.
- NEELY J and CATCHPOLE BN. Ileus, the restoration of alimentary tract motility by pharmacological means. *Br J Surg*, 58: 21, 1971.
- NORTON L, YOUNG D and SCRIBNER R. Management of pseudo-obstruction of the colon. *Surg Gynecol Obstet*, 138: 595, 1974.
- OGILVIE H. Large intestine colic due to sympathetic deprivation; a new clinical syndrome. *Br Med J*, 4579: 671, 1948.
- ROTHWELL-JACKSON RL. Idiopathic large bowel obstruction. *Br J Surg*, 50: 797, 1963.
- WANEBO H, MATHEWSON C and CONOLLY B. Pseudo obstruction of the colon. *Surg Gynecol Obstet*, 133: 44, 1971.
- WANGENSTEEN OH. Intestinal obstruction. Springfield, Charles C Thomas, 1955.
- WATKIN DFL. Spinal ileus. *Br J Surg*, 57: 142, 1970.
- WELCH C. Intestinal obstruction. Chicago. Year Book Publishers, 1958.
- WELLS C, KYLE J and DUNPHY JE. Scientific Foundations of Surgery. Philadelphia. WB Saunders, 1974.
- ZIMMERMAN LM. Spastic ileus. *Surg Gynecol Obstet*, 50: 721, 1930.