

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO ALIMENTICIO

*José- A. PIQUINELA*

**Historia clínica.** — P. I., ingresa a la sala Artigas, H. Maciel, el 21 de Agosto de 1932, por la noche.

Ha estado bien hasta el día 20 de noche, — habiendo cenado más abundante que de costumbre, — a las 5 de la mañana se inicia el cuadro con un dolor periumbilical, que se acompaña de vómitos biliosos y aumenta progresivamente de intensidad, irradiándose pronto al hipocondrio derecho y más tarde al hombro derecho. En el momento de iniciarse el dolor, el enfermo tiene una deposición con caracteres normales. El dolor se le calma por momentos para reagudizarse después, tomando el carácter de un verdadero cólico.

A las dos horas del comienzo del cuadro doloroso, es visto por un médico de la Asistencia Pública, que diagnostica cólico hepático, administra una inyección de morfina y deja al enfermo una poción para beber por cucharadas. El dolor se calma y el enfermo queda con un ligero dolor, muy tolerable, en todo su hipocondrio derecho.

Pasa así doce horas; a la hora 21 se repite el cuadro: los dolores cólicos tienen su máximum en el hipocondrio derecho y se acompañan de vómitos biliosos. Es llevado al Maciel; en el servicio de Puerta piensan en cólico hepático inyectándole un centigramo de morfina. Se calma completamente hasta la mañana del día siguiente en que lo vemos en la sala.

A las 9 — doce horas después de su segundo episodio doloroso — han recomenzado sus dolores: iniciación periumbilical, irradiación al hipocondrio derecho y hombro del mismo lado, acompañados de vómitos biliosos. La cara del enfermo denota un sufrimiento intenso. Apirético, pulso de 80, bien golpeado; lengua húmeda; no hay subictericia. Al examen de su abdomen: el hipocondrio derecho se moviliza poco con la respiración; las inspiraciones profundas provocan dolor intenso a ese nivel. Se deprime bien la fosa ilíaca derecha, que no duele; la decompresión brusca de dicha zona provoca dolor a nivel del hipocondrio derecho. No duele el hemivientre izquierdo, pero la decompresión da dolor en el hipocondrio derecho. Signo de Murphy intensamente positivo.

---

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del día 2 de setiembre de 1936.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE MONTEVIDEO

Dolor a nivel de los puntos correspondientes al frénico derecho, especialmente el punto superior cervical.

Fuera del hipocondrio derecho el vientre se deja deprimir bien. No hay dolor; no hay balonamiento; el enfermo ha expulsado gases.

Base pulmonar derecha bien; resto de pulmón bien; aparato circulatorio bien. Pensamos en un cólico hepático e indicamos un enema laudanzado que calma los dolores. A la media hora, ya completamente calmado es visto por el profesor de la clínica y el médico adjunto a la misma. Comparten el diagnóstico, dejando al enfermo en observación con hielo y enemas laudanzados en caso de que se repita el dolor.

Volvemos a ver al enfermo de noche; acaba de pasar un nuevo episodio doloroso, el cuarto desde el comienzo de su enfermedad: dolores cólicos, dolor más intenso en el hipocondrio derecho al decomprimir la fosa ilíaca derecha, que en la mañana;  $37 \frac{1}{2}$  de temperatura axilar, buen pulso, buen estado general; vientre no balonado: ha expulsado gases.

A la mañana siguiente: el enfermo no sufre desde las 22 horas del día anterior; apirético, pulso de 80, buen estado general, pero el examen de su abdomen revela un cambio importante que decide la intervención.

Es posible deprimir el hipocondrio derecho inmediatamente por debajo del reborde costal. — zona ayer intensamente dolorosa — sin provocar dolor; no duelen los puntos frénicos derechos; pero hacia abajo hay una zona en que la palpación es imposible por el dolor intenso; el Mac - Burney no duele pero la decompresión a ese nivel provoca un dolor intensísimo en el hipocondrio derecho. Es decir que el examen pone de manifiesto un cambio en el sitio del máximo dolor y un aumento franco de la reacción peritoneal. Douglas muy doloroso.

Se decide la intervención, pensándose en una apendicitis, un poco por razones de frecuencia, pero ante el hecho evidente del cambio de sitio de máximo dolor, el profesor Lamas señala la posibilidad de una obstrucción intestinal por cuerpo extraño alimenticio, no siendo posible obtener ningún dato al respecto por el interrogatorio del enfermo.

Llega la leucocitosis estando el enfermo en la mesa: 9000.

Agosto 23. Intervención. Prof. Alfonso Lamas, Dr. Piquinela. Anestesia general, éter. Incisión de Jalaguier: líquido seroso abundante en peritoneo; ciego alto, apéndice retrocecal, ligeramente congestionado, sin periapendicitis; apendicectomía. Como el estado del apéndice no explica el cuadro, se agranda el Jalaguier hacia arriba: vesícula sana; se palpa un ansa ileal retobada sobre un cuerpo extraño, que amenaza perforar las paredes intestinales. Enterotomía, extracción del cuerpo extraño, un orejón; cierre del intestino. cierre del Jalaguier.

Post-operatorio. Al día siguiente de operado mueve el vientre; deposiciones diarreicas fétidas. Al 2º día aparece un foco congestivo en la base pulmonar derecha, con temperatura elevada. Al 5º día de operado la complicación pulmonar ha mejorado francamente pero hay un proceso supurado de la herida que obliga a hacer saltar dos puntos para colocar un tubito de drenaje. Llega el Wassermann: Hº.

Al 10º día de operado la supuración de la herida ha disminuído casi completamente y el estado general del enfermo es excelente. Lo vemos a las 19 horas perfectamente bien. A las 5 de la mañana del día siguiente: dolor intenso precordial, angustia, sensación de muerte inminente; el enfermo fallece momentos después.

Necropsia practicada por el Dr. Lasnier seis horas después de la muerte: cavidad peritoneal completamente libre; ansa ileal suturada — parte media del yeyunoileón — adherida al peritoneo parietal. Ciego, cicatriz de apendicectomía, perfectamente bien.

Cavidad pericardiaca con líquido. Infarto en la pared del ventrículo izquierdo dando una mancha perfectamente visible en la superficie cardíaca. Nada valvular. Infarto en la base del pulmón derecho.

---

En 1926 el Dr. Valdez Olascoaga presenta a la Sociedad de Cirugía dos casos de oclusión intestinal por orejón a los que agrega una observación del Dr. Iraola, otra del Dr. Bottaro y otra del Dr. Piquerez.

En 1929 Roldán comunica un caso y Grille presenta dos más. Lamas - Pouey y V. Pérez Fontana publican dos observaciones más.

El profesor Prat, en su libro "Ileo" agrega a las anteriores tres observaciones personales, una de ellas comunicada a la Sociedad de Cirugía en 1933. En esta fecha, al considerarse la comunicación del Dr. Prat, el Dr. Stajano hace referencia a tres casos en que pensó en íleo biliar y se encontró con cuerpos extraños alimenticios y el Dr. del Campo se refiere a dos casos, uno de ellos por ollejo de naranja.

Siendo practicantes de Maciel en 1931, tuvimos oportunidad de observar otro caso: un enfermo de 36 años, con un cuadro doloroso de fosa ilíaca derecha que databa de 10 horas; la palpación daba un dolor intenso en Mac - Burney. Operado por el Dr. Devicenzi, ayudando nosotros, con el diagnóstico de apendicitis aguda, se encontró una obstrucción intestinal por ollejo de naranja no masticado y detenido en la parte media del yeyuno. Anestesia general éter; extracción del cuerpo extraño por enterotomía. El enfermo fallece tres días después en pleno ileus paralítico.

---

El estudio comparativo de los casos arriba citados y del que presentamos ahora permite algunas consideraciones.

1º NATURALEZA DEL CUERPO EXTRAÑO. — En trece casos se trata de un orejón; en dos casos ollejo de naranja; en uno pasa de higo. La riqueza en celulosa de estas frutas, ingeridas sin una masticación adecuada y su natural avidez por el agua, explica que al infiltrarse por los jugos digestivos, adquieran un volumen más que suficiente para obturar la luz intestinal. De hecho, los relatos operatorios informan de un orejón, en general, considerablemente aumentado de volumen.

2º FRECUENCIA DE LA OCLUSIÓN POR CUERPO EXTRAÑO ALIMENTICIO. — Desde el año 1926 a la fecha se han publicado 14 observaciones; agregando los tres casos del Dr. Stajano, los dos casos del Dr. del Campo y los dos casos que traemos nosotros, hace un total de 21 casos. Hay otros casos operados en nuestro medio que no han sido publicados pero de cuya existencia tenemos conocimiento. Podemos pues decir que el cuerpo extraño alimenticio, generalmente el orejón, es causa relativamente frecuente de oclusión cuando se ha ingerido crudo y sin masticar o insuficientemente masticado.

3º EDAD. — Un enfermo tiene 28 años; otro 36; seis tienen entre 40 y 50 años (40, 42, 45, tres tienen 48); tres tienen entre 50 y 60 (52, dos tienen 57), uno 68, uno 70, uno 85.

Es decir: doce son mayores de 40 años y seis de ellos tienen más de 50 años.

4º DENTADURA. — No todas las observaciones hacen referencia al estado de la dentadura de los enfermos. Es posible, sin embargo, destacar que cinco tienen una dentadura en pésimas condiciones y tres enfermos de edad avanzada, carecen de dientes.

Se reúnen así los dos factores causales principales de este íleo: la ingestión de fruta cruda o casi cruda y la masticación insuficiente o nula.

5º ANTECEDENTES DE INGESTIÓN DEL CUERPO EXTRAÑO ALIMENTICIO. — En trece casos fué posible establecer — en algunos después de ser operados — la ingestión del c. e. a. En dos casos no se pudo por haber llegado los enfermos casi agonizantes.

En el caso que presentamos no fué posible establecer el momento de la ingestión del orejón, ni antes de operarse cuando se

sospechó la posibilidad de una oclusión de este tipo ni después, cuando la intervención permitió hacer un diagnóstico exacto.

6º TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA INGESTIÓN Y EL COMIENZO DE LOS SÍNTOMAS. — En los trece casos en que fué posible establecer el momento de la ingestión del c. e. a., el estudio del tiempo transcurrido entre dicha ingestión y el comienzo de los síntomas lleva a observar lo siguiente: en un caso a las 5 horas; en cinco casos entre 8 y 12 horas; en cinco casos a las 24 horas; en un caso a los tres días; en otro entre los 12 y los 14 días.

Vale decir, que en algunos casos la oclusión se instala a las pocas horas y en otros demanda un intervalo más largo, de 2 a 3 días en el caso del Dr. Bottaro, de 12 a 14 días en uno de los casos del Dr. Iraola.

7º TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL COMIENZO DE LOS SÍNTOMAS Y LA INSTITUCIÓN DEL TRATAMIENTO. — De los trece casos en que se hizo diagnóstico de oclusión intestinal, ocho tenían dos días o más de evolución, habiendo llegado dos de ellos agonizantes a manos del cirujano; dos tenían un día de evolución y sólo tres estaban entre las 8 y las 11 horas del comienzo de los síntomas.

Por consiguiente la mayoría de estos enfermos se han operado cuando ya llevaban muchas horas de oclusión; algunos con más de 2 días. Esto influye naturalmente sobre la fuerte mortalidad que veremos más tarde gravita sobre este tipo de oclusión a juzgar por el resultado de los casos publicados.

8º DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de oclusión intestinal por orejón fué hecho en cinco casos.

1º Caso del Dr. Piquerez: oclusión, comprobada por los rayos X, que estalla horas después de la ingestión de 3 orejones crudos; la operación confirma el diagnóstico.

2º Caso del Dr. Grille; oclusión en enferma con mala dentadura; el tacto vaginal revela en el fondo de saco vaginal anterior una tumoración irregular que da la sensación de un cuerpo extraño intestinal; ingestión de orejón crudo el día anterior; la operación confirma el diagnóstico.

3º En tres casos del Dr. Prat: a) vieja desdentada con oclusión avanzadísima; ingestión de orejones crudos varios días antes;

la enferma fallece sin poder ser operada; todo hace pensar que el diagnóstico era exacto.

b) Viejo sin dientes que come el día anterior orejones crudos y hace a las 30 horas fenómenos de oclusión; una inyección de sulfato de eserina permite la eliminación de tres orejones.

c) Mujer joven pero sin dientes que a las 8 horas de ingerir orejones crudos sufre de su vientre; oclusión clínica comprobada por la radiología; la operación confirma el diagnóstico.

En un caso se pensó en íleo biliar; en otro se diagnosticó oclusión por brida: laparotomía mediana por quiste del ovario derecho tres años antes; dolor predominante en fosa ilíaca derecha a la compresión y a la decompresión; en otros dos casos se pensó en apendicitis: dolor umbilical en uno, en fosa ilíaca derecha en otro.

El caso que presentamos tiene en ese sentido interés por el problema diagnóstico que originó. El dolor inicialmente periumbilical, se irradia luego al hipocondrio derecho y al hombro del mismo lado, tomando los caracteres de un cólico; vómitos biliosos y deposición normal. Lo ve un médico que piensa en cólico hepático y le da una inyección de morfina. El cuadro se repite a las 12 horas: dolores cólicos en hipocondrio derecho y vómitos biliosos. Visto en la puerta del H. Maciel se hace nuevamente diagnóstico de cólico hepático y se administra al enfermo una inyección de morfina. A las doce horas de este segundo cuadro doloroso lo vemos en sala nuevamente con dolores cólicos en hipocondrio derecho y vómitos biliosos; signo de Murphy intensamente positivo; dolor a lo largo del frénico derecho, especialmente en el punto superior cervical. No hay balonamiento; el enfermo ha expulsado gases. Resto del vientre blando e indoloro; buen estado general. Pensando en cólico hepático le indicamos un enema laudanizado que calma completamente al enfermo. De tarde nuevo cuadro doloroso; expulsa gases; no ha tenido vómitos; vientre no balonado. Hay dolor a la decompresión en hipocondrio derecho.

A la mañana siguiente, es decir 53 horas después del comienzo doloroso del cuadro, el enfermo no sufre de su vientre pero al examen del mismo, hay un cambio fundamental que decide la intervención: el hipocondrio derecho absolutamente in-

doloro puede ser palpado con toda facilidad, habiendo desaparecido el dolor del frénico; en cambio un poco por encima del Mac - Burney, zona hasta entonces completamente indolora, hay ahora un dolor intenso que imposibilita toda palpación; el dolor a la decompresión se ha acentuado. Estado general bueno; apirético; pulso de 80.

Se piensa en apendicitis, un poco por razones de frecuencia, pero teniendo en cuenta el cambio evidente de sitio del dolor, el profesor Lamas señala la posibilidad de una obstrucción por cuerpo extraño alimenticio.

Interrogado el enfermo en ese sentido, no es posible obtener ningún antecedente que robustezca el diagnóstico.

En los casos restantes, los enfermos llegaron en oclusión avanzada, no haciéndose diagnóstico de causa.

El estudio de las historias clínicas publicadas, muestra en cuanto al cuadro clínico presentado, hechos interesantes.

a) *Dolor*. — El dolor ha sido el primer síntoma, aunque no siempre de carácter igual.

1º *Tipo de dolor*: en algunas de las observaciones se habla de “dolores abdominales”, sin precisar el tipo del mismo ni su topografía. En otras se trata de cólicos intestinales de intensidad variable; en algunas violentos, en otras atenuados; haciéndose en general más frecuentes a medida que el cuadro evoluciona. Comparado a “calambres” por dos enfermos. Un enfermo del Dr. Prat, de 85 años, no sufre; llega al vómito fecaloideo sin dolores.

2º *Topografía del dolor*: variable; difusos en algunos enfermos, hipogástricos en otros, epigástrico, umbilical; simulando un cólico hepático por el sitio y la irradiación en el caso que presentamos.

3º *Variabilidad del sitio del dolor*: este hecho bien observado tiene indudablemente un gran valor. Establecido en forma categórica en nuestro enfermo, que simulaba en las primeras horas un cólico hepático, permitió si no rectificar el diagnóstico — aunque se planteó la posibilidad —, modificar la orientación terapéutica, vale decir abandonar el tratamiento médico e ir a la intervención.

b) *Tacto rectal*. — Dió Douglas ocupado y no doloroso en un caso; muy doloroso en otro enfermo y en el que presentamos.

c) *Tacto vaginal*. — A destacar que permitió el diagnóstico

en una enferma del Dr. Grille, revelando un cuerpo duro, intra-intestinal, al palpar el fondo de saco vaginal anterior.

d) *Estado general.* — Bueno en siete enfermos, era malo en los restantes, siendo pésimo en cuatro de ellos que llegaron a la mesa casi agonizantes.

e) *Rayos X.* — Sólo en tres historias se hace mención a un examen radiológico antes de la operación.

En un caso nada de anormal; en otro asas distendidas; en otro asas distendidas y niveles líquidos.

Evidentemente el examen radiológico debe aplicarse a todo enfermo que sufre agudamente de su vientre, mucho más si se sospecha una oclusión. Sistemáticamente aplicado, permitirá establecer con frecuencia un diagnóstico precoz y por consiguiente autorizar y ordenar una intervención en condiciones favorables para el enfermo. No solamente da datos que ayudan a establecer con firmeza el diagnóstico de oclusión sino que en ciertos casos los datos radiológicos ayudan a establecer la altura de la oclusión.

9º *TRATAMIENTO.* — Debe ser siempre quirúrgico y lo más precoz que sea posible. A señalar un caso del Dr. Prat en que dispuestos ya a operar, se administra al enfermo — de edad avanzada y con buen estado general — sulfato de eserina; evacuación de gases y poco líquido primero, de tres orejones horas después.

Se operaron trece enfermos. Dos no se operaron por haber llegado moribundos.

1º *Anestesia:* local, una vez; general éter, cinco veces; raquídea, cinco veces; raquídea y luego general éter, una vez.

2º *Incisión:* mediana infraumbilical, nueve veces; Mac-Burney, dos veces; Max Schuller, una vez; Jalaguier, una vez.

3º *Líquido en el vientre:* sero-hemático una vez; turbio, una vez; citrino, cinco veces.

4º *Sitio en que se encontraba el cuerpo extraño.* — En tres casos se encontraba en la porción media del yeyuno; en nueve hacia el fin del íleon. entre 25 y 80 centímetros del ciego.

Es decir, siempre en el intestino delgado, y generalmente en su porción terminal, allí donde entran en conflicto las dimensiones del cuerpo extraño y el calibre del intestino, cuya luz es menor al aproximarse al ciego.

El e pasmo intestinal interviene evidentemente, lo que explica ese intestino retobado sobre el cuerpo extraño como en nuestra observación y en otras que se han publicado, y su reducción de calibre por encima y por debajo del lugar de la obstrucción.

5 *Conducta seguida.* — En tres casos el cuerpo extraño muy cercano al ciego, se le hizo deslizar a través del intestino delgado hasta el ciego; en los casos restantes se hizo extracción por enterotomía. En un caso se hizo vaciamiento intestinal por aspiración.

6 *Drenaje del Douglas.* — Se hizo en dos casos.

7 *Post - operatorio.* — Siete enfermos curan. Mueren seis; de ellos uno de bronconeumonía al 4º día de operado y otro — el que presentamos — de infarto del miocardio, a los 11 días de operado.

10. MORTALIDAD. — En 16 casos de oclusión por cuerpo extraño alimenticio mueren ocho enfermos, es decir 50 % de mortalidad. En trece enfermos operados, mueren seis, es decir 46 % de mortalidad.

Se trata pues de un tipo de íleo que da una elevada mortalidad.

11. PRONÓSTICO. — Lo dicho anteriormente pone de manifiesto la gravedad extrema de este tipo de oclusión y su rápida evolución hacia la muerte si se le deja seguir su curso o si se opera tarde.

El hecho se explica: se trata de una oclusión del delgado con toda la gravedad de las oclusiones altas; pero además se opera demasiado tarde. De trece casos operados, ocho estaban en un estado de oclusión avanzadísima, con más de dos días de evolución y sólo tres estaban entre 8 y 11 horas lo que ya es plazo grande para operar una oclusión del delgado con posibilidad de éxito.

Esa demora en la operación obedece a dos causas:

a) el enfermo pierde tiempo confundiendo sus dolores de vientre con una indigestión banal y aplicándose lavajes y purgantes que aumentan los trastornos;

b) el diagnóstico se equivoca y se espera un tiempo precioso para la vida del enfermo.

Surge así nuevamente la importancia del examen radiológico que permite en muchos enfermos que consultan a poco de iniciado su cuadro abdominal, hacer diagnóstico precoz y operar en buenas condiciones. La cirugía de la oclusión beneficia enormemente de la precocidad operatoria. Y la precocidad en la intervención es el factor que permitirá posiblemente mejorar el resultado operatorio evidentemente malo todavía.

12. CONSIDERACIONES FINALES. — 1º La oclusión intestinal por cuerpo extraño alimenticio es relativamente frecuente.

2º El orejón, ingerido crudo y mal masticado, es generalmente la causa de la oclusión.

3º Se trata frecuentemente de enfermos con mala dentadura.

4º En la mayoría de los enfermos es posible establecer el momento de la ingestión del cuerpo extraño alimenticio.

5º Los fenómenos oclusivos se pueden instalar a las pocas horas de la ingestión o después de un plazo más largo, hasta de varios días.

6º Los enfermos se operan casi siempre tarde, en plena oclusión, cuando ya han pasado muchas horas desde la iniciación del cuadro.

7º El diagnóstico puede no ser difícil pensando en la posibilidad de este tipo de oclusión, máxime en un enfermo con mala dentadura. El antecedente bien establecido de la ingestión y la semeiología cuidadosa deben ser complementadas por un examen radiológico inmediato. Este examen confirmará el diagnóstico, dará datos a veces de la altura de la oclusión y autorizará una operación inmediata.

8º El tratamiento debe ser quirúrgico y precoz para ser útil al enfermo. La anestesia y la incisión serán aquellas que para cada caso permitan operar mejor al enfermo; parecen recomendables en general la anestesia local o raquídea y como incisión la celiotomía mediana o lateral.

Investigada la causa de la oclusión, la proximidad del cuerpo extraño al ciego y su volumen no muy considerable ni su superficie muy irregular pueden autorizar el que se intente hacerlo deslizar al ciego por maniobras completamente atraumáticas. Si eso no fuera posible, y no lo es con frecuencia, enterotomía y

extracción. Algunos cirujanos prefieren hacerlo deslizar unos centímetros para hacer la incisión intestinal sobre intestino sano y asegurar el porvenir de la sutura. Otros piensan que hacerlo deslizar expone a nuevas lesiones de la mucosa, creando nuevas puertas de entrada a la reabsorción tóxica. Ese deslizamiento sería imposible en casos como el que presentamos, en que el intestino se retoba sobre el cuerpo extraño.

El vaciado por aspiración sólo se hizo en un caso; se trata de una práctica recomendable. El enfermo necesariamente saca beneficio de que no se le exponga a la reabsorción tóxica — con frecuencia brutalmente tóxica — del líquido acumulado por encima del obstáculo.

En todos los casos considerados se hizo cierre de la sutura intestinal; en algunos casos puede no ser el ideal. Sacar el obstáculo es la primera etapa; que el intestino se evacúe es la segunda. Las observaciones demuestran que esa evacuación es tardía y que mientras tanto el enfermo sufre las consecuencias de la intoxicación intestinal. De ahí que terminar la operación, especialmente en enfermos muy intoxicados, con una enterostomía a la Witzel, verdadera válvula de seguridad, de excelentes resultados y sin trastornos ulteriores, será la mejor manera de evitar que la intoxicación continúe.

10. El pronóstico es severo como el de toda oclusión del delgado. La elevada mortalidad de este íleo, seguramente disminuirá haciendo diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico precoz y adecuado.