OCLUSIÓN POR OREJÓN CON ESFACELO INTESTINAL

Roberto - V. CANTÓN

La obstrucción por cuerpos extraños alimenticios constituye el tipo más simple del íleo por obturación, sin determinar en general alteraciones vitales de las túnicas intestinales. De la lectura de los diversos trabajos realizados en nuestro medio, se confirma esta característica de su poca agresividad hacia la pared intestinal, aún mismo en casos operados en el período terminal, después de días de oclusión; en ciertos casos, era posible obtener su deslizamiento hasta el ciego y evacuación por las vías naturales y en otros, el intestino se presentaba retraído, retobado sobre el huésped anormal por su volumen, requiriéndose entonces una enterotomía para su extracción. En ningún caso de los publicados, existía lesión intestinal que necesitara otro tratamiento.

La constatación de una lesión importante, llegando hasta la necrosis parietal, que obliga a una terapéutica más radical, nos mueve a presentar esta historia clínica, como una simple contribución al tema tan ampliamente documentado del Dr. Piquinela sobre oclusión intestinal por cuerpo extraño alimenticio, presentado en sesiones anteriores.

Historia clínica. — Juan P., uruguayo, casado, de 30 años. Ingresa el 21 de octubre pasado al Sanatorio Español, por un cuadro doloroso abdominal, iniciado bruscamente a las 5 de la mañana por un violento dolor epigástrico, que dura unos minutos; es seguido de dolores a tipo de cólico intestinal, periumbilicales para luego localizarse preferentemente en el flanco y fosa ilíaca derecha. No ha tenido vómitos, solamente estado nauseoso. Ha expulsado algunos gases, después de iniciado sus dolores.

Al examen, realizado 12 horas después, los cólicos se han atenuado; señala el enfermo como zona de mayor sufrimiento el flanco derecho. Ha tenido una deposición espontánea de regular abundancia.

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 10 de Noviembre de 1936.

Estado general excelente. Enfermo delgado; le faltan los incisivos superiores. Pulso 82; temperatura axilar 37 ½; rectal 38º.

Abdomen retraído; no hay distensión ni reptación. La palpación permite apreciar una zona de contractura, con hiperestesia cutánea muy marcada, hacia arriba y adentro del punto de Mac-Burney. La presión es dolorosa; dolor intensísimo a la decompresión en todo el abdomen. El enfermo señala que esta maniobra despertaba vivo dolor desde el examen del primer médico que lo vió, dos horas después de enfermarse.

Douglas doloroso; no parece ocupado ni distendido. Leucocitos 20.400.

Por razones de frecuencia y evidentes signos de reacción inflamatoria,

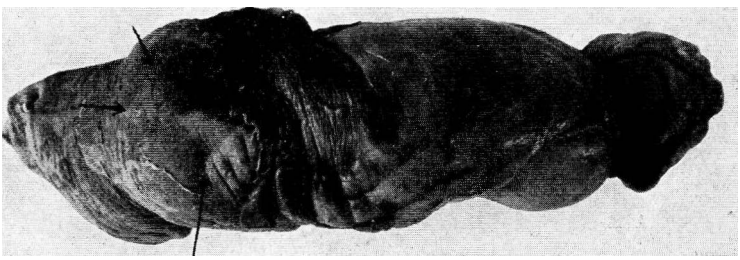

Fig. 1. — Se observa la extensión de las alteraciones sobre el ansa intestinal. Las flechas limitan la zona de esfacelo.

lo intervenimos con diagnóstico de reacción peritoneal posiblemente de origen apendicular.

Intervención. — Anestesia general. Eter y mezcla CO^2. Opera R. V. Cantón. Ayuda el practicante de guardia, señor Coronel. Incisión Mac-Burney. Se encuentra el ciego y apéndice congestionados, pero macroscópicamente indemnes. Al exteriorizar ansas delgadas, sale regular cantidad de líquido sero hemático. La exploración, realizada por la misma incisión, permite percibir una tumefacción que parece corresponder a un cuerpo extraño intestinal; la exteriorización del ansa confirma esta impresión, palpándose al parecer un orejón, contenido en un ansa dilatada y muy vascularizada; 4 o 5 centímetros por debajo y resaltando en una zona con intenso punteado hemorrágico, se aprecia una placa redondeada, de color amarillo verdoso, de las dimensiones de una moneda de 10 centésimos situada a ½ cmt. del borde mesentérico. Ligera infiltración sanguínea en la porción vecina del mesenterio, sin alteración de los vasos. Esa placa se deja deprimir fácilmente por el extremo del dedo que penetra en la luz intestinal.

Existe edema muy marcado en toda esa zona, extendiéndose hacia el

cabo distal y reduciendo considerablemente la luz del intestino, que se presenta dilatado hacia la parte alta.

La exploración del resto del intestino es normal y permite localizar el ansa lesionada a mitad de distancia entre el ángulo duodeno-yeyunal y el ciego.

Se practica una enterectomía, yendo a zona sana, dado que una sutura intentada para lograr el enfouissement de la zona, desgarraba fácilmente y contribuía con el edema a obliterar casi totalmente la luz intestinal; resta blecimiento por anastomosis latero-lateral. Cierre sin drenaje.

Se reclorura precozmente al enfermo, que tiene una evolución sin inci-

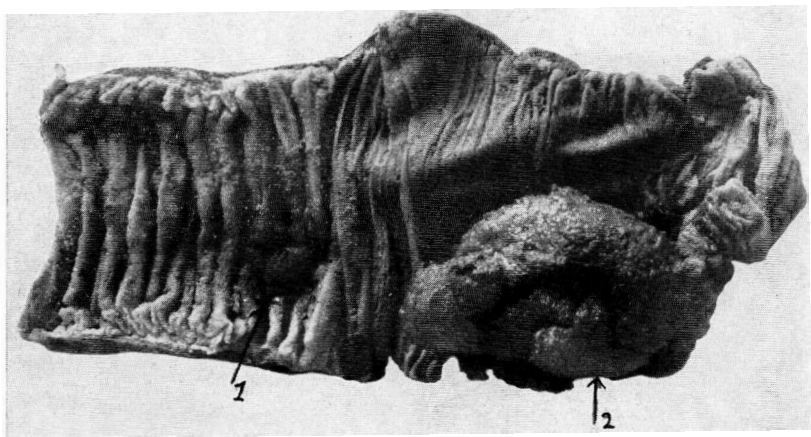

Fig. 2. — La flecha 1 indica la ulceración de la pared del ansa.
La flecha 2 señala el cuerpo extraño alimenticio.

dentes; a las 36 h. expulsa gases espontáneamente; a las 48 h. desocupa su intestino y se da de alta el 30 de octubre, nueve días después del ingreso

El examen macroscópico de la pieza, una vez abierta, muestra un orejón entero, sin masticar, con una extremidad afilada dirigida hacia abajo; existe una ulceración intestinal, de bordes salientes, tallados a pico, quedando reducida la pared intestinal a una delgada lámina peritoneal, también alterada y en inminencia de perforación.

El enfermo interrogado posteriormente, declaró haber ingerido apresuradamente, sin masticar, un orejón crudo a las 8 de la noche o sea 9 horas antes de la iniciación de su proceso.

Creemos indiscutible el origen traumático de la ulceración intestinal. La circunstancia que el cuerpo extraño se halla si-

tuado a un nivel más alto que la lesión, es explicable por su desplazamiento extemporáneo, provocado por las maniobras de reconocimiento intra - abdominal y la exteriorización, algo dificultada por la situación inferior de la incisión operatoria.

Por otra parte, el examen histológico que realizó el Jefe de Laboratorio, Prof. E. Castro, es afirmativo y demuestra la extensión y gravedad de la lesión.

Dice así: "Examen de fragmentos de intestino delgado:

1er. *Fragmento,* tomado en la parte superior, muestra mucosa íntegra; hay edema subseroso.

2º *Fragmento,* a nivel de la ulceración y sus adyacencias. Pared profundamente alterada, con abundante edema y exudado sero - fibrinoso que diseca toda la pared del intestino, en sus elementos constituyentes. La mucosa se está desprendiendo.

En la parte de la úlcera misma, *no se reconocen elementos de la pared intestinal, que está sustituída por un exudado fibrino-purulento,* de resistencia mínima. En ningún punto se observan lesiones antiguas, inflamatorias o ulcerosas de la pared intestinal. Se trata de un proceso reciente, sin lesión de los vasos sanguíneos. Parece seguramente de origen mecánico.

3er. *Fragmento.* Por debajo de la úlcera, da igual resultado que el 1º.

Es innecesario destacar la agravación del pronóstico que significa la producción de lesiones intestinales avanzadas en un sindrome de obstrucción intestinal que goza ya de una mortalidad elevada y comparable a la del íleo - biliar. Esto hace aún más imperioso el principio absoluto de diagnóstico precoz, intervención rápida. El *diagnóstico precoz,* en las primeras horas para que sea útil y suficientemente afirmativo como para decidir la intervención, requiere obligatoriamente el auxilio de la radiología, con la constatación de los signos ya bien conocidos, de *acumulación gaseosa* y *niveles líquidos.*

Respecto a la *intervención,* dada la fragilidad extraordinaria de los enfermos en estado de obstrucción, debe ser mínima y condicionada al estado del paciente.

En nuestro caso, la enterectomía, aún cuando podría tildarse de ser algo excesiva, creemos era la única aconsejable; el

enfouissement de la zona enferma o su resección parcial y sutura, no ofrecían suficientes garantías, dada la fragilidad y gran edema del ansa; en cuanto a la simple exteriorización, con el temible ano yeyunal como consecuencia inmediata, en un ansa altamente colocada, es siempre una maniobra de necesidad e impuesta por la gravedad extrema del paciente. Estamos lejos de erigir la enterectomía como tratamiento sistemático de estas lesiones; éste se realizará a la medida de las lesiones y de la resistencia del enfermo.