

INFARTO INTESTINAL A EVOLUCIÓN SUBAGUDA

Juan - C. DEL CAMPO y E. - P. LASNIER

Hemos considerado de interés presentar a la Sociedad de Cirugía el estudio detallado de la evolución de un caso de infarto intestinal, consecutivo a una invaginación intestinal reducida. El título de la comunicación, título acertado para el encabezamiento, quizás no sea del todo claro. Con ello queremos significar sobre todo, que el an a infartado en lugar de determinar rápidamente fenómenos agudos o de retroceder como en las llamadas formas espontáneamente curables, ha determinado un cuadro patológico subagudo, a evolución lenta. Por otra parte el examen histológico ha demostrado que las lesiones circulatorias no son de la misma fecha.

He aquí la historia del caso:

El día 2 de julio de 1937, R. C., de 18 años de edad, después de haber desayunado bien y en momentos que se dirigía al trabajo, siente en el epigastrio y un poco por encima del ombligo, un dolor que se agudiza rápidamente, sin irradiaciones. Tiene un vómito alimenticio. Resuelve concurrir al Hospital Pasteur ingresando a la Sala 23 (Clínica Quirúrgica del Prof. C. Nario).

Examinado a las dos o tres horas de comienzo de su cuadro se comprueba un estado general bueno (apirético, pulso 70), la existencia de una zona dolorosa que va del epigastrio hasta la fosa ilíaca derecha, y una diferencia en la palpación de ambas fosas ilíacas, no pudiéndose llegar a fondo en la derecha.

El tacto rectal denota un ligero dolor.

No se llega a ninguna conclusión franca, pero el Profesor C. Nario piensa en una apendicitis retromesentérica.

Durante el día tiene dos vómitos biliosos, persistiendo los

dolores que son continuos pero con exacerbaciones, y señalando la zona umbilical como el sitio de mayor dolor.

Como cirujano de urgencia vemos al enfermo a la hora 20, es decir a las 11 y $\frac{1}{2}$ horas de la iniciación del cuadro doloroso.

Los dolores han ido en aumento. Estado general bueno. Temperatura axilar $37 \frac{4}{5}$, pulso 90, corazón y pulmones, bien.

El examen del vientre permite palpar en la mitad inferior de la región infra-umbilical, una tumoración, comparable en un todo a una pequeña vejiga en retención, de unos 350 c.c. de capacidad, hipótesis no verosímil y que un sondaje vesical descarta de inmediato. No hay contractura abdominal; la tumoración es dolorosa y las partes vecinas aunque menos, también lo son.

Tacto rectal: Douglas doloroso.

Creemos en una apendicitis retromesentérica aunque llama la atención, la tensión de la tumoración (demasiado grande para lo que es habitual en un conglomerado de ansas preapendicular), la iniciación brusca del cuadro, los pocos síntomas infecciosos. No pensamos en oclusión intestinal, apesar de que un colega presente, el Dr. Bermúdez, cree en una modalidad de ella, en un vólvulo, lo que fué descartado por nosotros.

En radioscopia y radiografía (técnicamente defectuosa) se ve en el sitio de la tumoración ansas delgadas dilatadas.

Intervención: Dr. J. C. del Campo, Dr. Leirana.

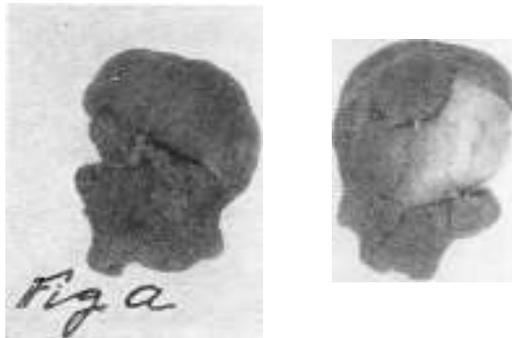
Eter. Incisión paramediana derecha con reclinación del recto hacia afuera. Al incidir el peritoneo sale líquido serosanguinolento. La tumoración tensa corresponde a ansas de intestino delgado, de unos 50 cmts. de longitud en total, entrecruzadas de manera de parecer una tumoración redondeada, teniendo en su interior otros 50 cmts. de intestino delgado. La lesión termina a 40 cmts. del ángulo ileocecal y es relativamente fija. El color del ansa es oscuro negro violáceo. Desinvaginación algo dificultosa pero posible sin lesionar el ansa. Se palpa dentro de la luz del intestino desinvaginado un tumor pediculado. Extirpación del tumor con su implantación parietal. El intestino invaginado recupera casi totalmente su coloración normal. Reintegración del ansa. Cierre de la pared en dos planos.

Examen de pieza extirpada (fig. a, b).

Tumor de forma ovoide, de 30 milímetros de altura por 28

milímetros de ancho, de color rojizo exteriormente. A partir de la base de implantación, la mucosa intestinal lo recubre en su primer tercio; los dos últimos tercios carecen de mucosa, y esta superficie, ulcerada, es de color rojo más intenso.

Al corte del tumor se ve constituido por tejido adiposo en lobulillos separados por trabéculas conjuntivas. Tanto éstas como



el tejido graso, están abundantemente infiltrados por hemorragia que es más profusa a nivel de la periferia tumoral.

Al microscopio se reconoce un lipoma desarrollado por debajo de la mucosa y de la muscularis mucosae, y por encima de la muscular propia, que forma su límite externo.

La mucosa intestinal acompaña al tumor en el primer tercio, pero es comprimida, luego aplastada y por último desaparece, de tal manera que, los dos últimos tercios del lipoma, presentan una superficie constituida por restos de mucosa necrosada, detritus celulares diversos, leucocitos y glóbulos rojos, doblada por una zona muy rica en vasos dilatados y llenos de sangre, con abundantísima hemorragia intersticial.

En pleno lipoma, entre las vesículas adiposas y en los intersticios de las trabéculas conjuntivas, la hemorragia es muy intensa, lo mismo que en el corion de la mucosa, y en las vellosidades intestinales cuya estructura resulta inapreciable dado el infarto hemorrágico.

La hemorragia disminuye en intensidad a medida que se distancia del lugar de implantación del lipoma; pero no desaparece totalmente en el límite extremo de la pieza extirpada.

El epitelio de revestimiento intestinal se ha descamado totalmente en las zonas infartadas; las glándulas de la mucosa, en las zonas más alejadas del tumor, nos permiten apreciar marcada hipersecreción mucosa y moderada hemorragia intersticial.

Evolución: en general buena, sin inspirar temores. Es de señalar sin embargo la reacción febril de los primeros cinco días (temperatura axilar en los alrededores de 38, llegando mismo un



día a 39). Durante todo ese tiempo el hipogastrio se presentó abultado y doloroso, lo que fué interpretado como ileus paralítico.

Todo entró en orden y el enfermo es dado de alta el 12 de julio.

Pero 10 días después, el 22 de julio, nos consulta por crisis dolorosas abdominales, a tipo de cólico, intermitentes, algunas veces acompañadas de vómitos y por una constipación relativa dado que tiene pequeñas deposiciones, bien formadas, cada 3 ó 4 días.

Hacemos ingresar al enfermo al H. Maciel (Servicio del Profesor D. Prat) teniéndolo en observación y preparación desde el 22 de julio hasta el 19 de agosto.

Su cuadro clínico se caracteriza:

a) Por la intermitencia de la sintomatología alternando horas o días de calma con horas o días de sufrimiento.

b) En los períodos de calma se nota a izquierda de la línea media, a la altura y por debajo del ombligo, un levanta-

miento neto de la pared abdominal, siendo esta zona dolorosa a la palpación, sin defensa y dando la impresión de ansas intestinales aglomeradas y dilatadas.

c) Durante los períodos de sufrimiento con fuertes dolores intermitentes acompañados a veces de vómitos, se comprueba una mayor distensión del vientre y reptación intestinal, que termina en la tetanización de un ansa infraumbilical, la cual se ve y se palpa, dando la clásica sensación de cilindro membranoso tenso.

El examen radiológico practicado por el Dr. Zerboni esquematiza estas situaciones mostrándonos los signos de una estenosis intestinal.

1) *En los períodos de calma:*

Examen simple, sin barita: distensión simple del intestino delgado (R. A. 7980, H. Maciel). (Fig. c).

Después de comida baritada (R. A. 7947) (Fig. d): distensión de ansas delgadas y un trayecto canaliculado, sin estriaciones valvulares, en un segmento de intestino delgado largo de 25 centímetros.

2) *En los períodos de sufrimiento:*

Distensión del intestino delgado con niveles líquidos.

El enfermo es objeto de una clase clínica y en ella opinamos que no nos satisface ni una estenosis por brida, ni por cicatrización de la pequeña intervención sobre el intestino delgado, ni por adherencias simples. Fundamentamos el diagnóstico de un posible infarto a evolución subaguda.

1) En el precedente operatorio (ansa con trastornos vasculares).

2) En el cuadro clínico de los períodos de calma relativa: dolor y distensión como si hubiera algo que mantuviera un foco de peritonitis subaguda, que sería para nosotros el ansa infartada.

3) En la imagen tan significativa de la radiografía: estenosis tubular, canaliculada.

Es con ese diagnóstico que va a la mesa de operaciones.

VIII - 19 - 1937. Intervención: Dr. J. C. del Campo, Practicantes López y Grosso. Anestesia general: éter y CO₂. Laparatomía mediana infraumbilical. Hay adherencias de ansas delga-

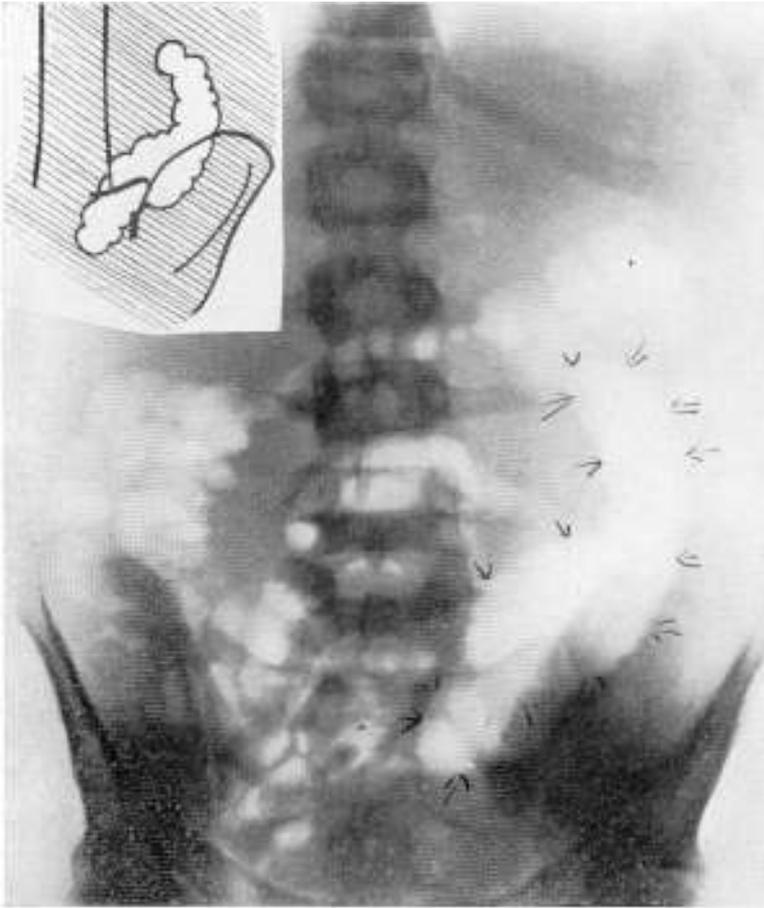


Figura C

das a la cicatriz. Liberación. Después de liberar una serie de adherencias de ansas entre sí nos damos cuenta exacta de la disposición de las lesiones. La parte superior del intestino delgado está considerablemente dilatada hasta llegar a una zona estrechada; los primeros veinte centímetros de esta zona estrechada tienen un calibre muy reducido y las paredes muy espesadas. Más allá de estos veinte centímetros el intestino recupera paulatina-mente su calibre. En total la zona enferma tendrá un poco menos de un metro de extensión y está situada a 0,60 ctm. del ciego. Los veinte centímetros más estrechados y partes adyacentes están to-



Figura D

talmente englobados por el epiplón que adhiere a toda la superficie intestinal, como lo hace a veces con los quistes o fibromas torcidos. Todo el peritoneo de la zona enferma está rojo, depulido, congestionado. El mesenterio correspondiente está grueso, lardáceo (de 1 ctm. de espesor) y contiene frente a la zona estrechada, gruesos ganglios, de 3 ctm. de diámetro, de aspecto inflamatorio. No es posible encontrar latidos arteriales, pero la observación del mesenterio es muy dificultosa por su espesor y por la hipertrofia ganglionar acentuada. Resección de 1 metro de intestino delgado previa hemostasis del mesenterio. Entero-

anastomosis término terminal con gastergut (2 planos). Cierre de la incisión en tres planos.

Evolución: sin incidentes. Alta set. 15/1937.

Examen anatomo - patológico. — Anatómicamente se caracteriza este segmento de intestino delgado, por intensos procesos patológicos irregularmente distribuidos en toda su extensión, procesos en los que predomina, en partes la destrucción y la hemorragia, y en otras, la producción cicatricial esclerosante.

Examen macroscópico. — Recorriendo la pieza desde su extremo distal al proximal, encontramos:

1º Una porción relativamente sana, con la mucosa y válvulas conniventes, en mayor parte, conservadas, la cual representa aproximadamente la mitad del segmento intestinal extirpado.

En esta porción se observa, sobre un fondo congestivo más o menos intenso, focos hemorrágicos y ulceraciones (porción A de la fig. 1).

Los focos hemorrágicos aparecen muy irregularmente diseminados, de tamaños diversos, pues encontramos desde puntiformes y apenas apreciables a simple vista, hasta los que miden dos y tres centímetros de largo por uno o dos centímetros de ancho, siendo algunos perfectamente circunscriptos, mientras otros tienen límites difusos y se confunden, gradualmente, con el resto congestivo del intestino.

Los focos hemorrágicos ocupan, ya una capa intestinal (o la mucosa, o la sub - serosa), ya penetran desde la mucosa hasta la serosa.

A nivel de la serosa se encuentran varios grandes focos hemorrágicos, prominentes, hasta de tres y cuatro centímetros de largo por uno y dos centímetros de ancho, además de los otros numerosos focos de menores dimensiones hasta los puntiformes.

Igualmente numerosos son los focos hemorrágicos que existen en el espesor del mesenterio seccionado.

Las ulceraciones son también muy numerosas; su tamaño varía, desde las muy pequeñas, apenas visibles, hasta las que miden uno y dos centímetros por lado: de forma en general irre-

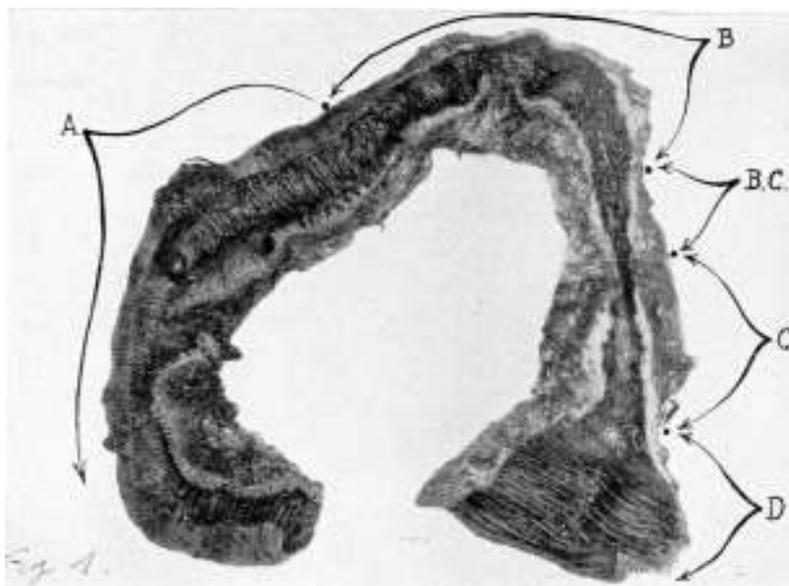


Figura 1

gular, con más frecuencia estrelladas, otras se presentan como fisuras o grietas de la mucosa, y en menor número, circulares y casi rectangulares. Todas tienen fondo rojo oscuro, hemorrágico y en algunas, subsiste aún exudado grisáceo sucio, turbio.

2º Una porción profundamente modificada (porción B de la fig. 1) aunque la luz intestinal es de dimensiones sensiblemente normal.

Los pliegues y válvulas conniventes de la mucosa han desaparecido; la superficie interna está alisada, fuera de las zonas en que existen las depresiones de las úlceras y las salientes de los coágulos sanguíneos. El color es rojo, más intenso en unos puntos que en otros.

Las úlceras y los focos hemorrágicos que, en esta porción abundan, tienen los mismos caracteres que en la porción anterior.

En conjunto, la pared intestinal se presenta algo engrosada, más a expensas de la subserosa; se aprecia bien la muscular propia. En la cavidad, islotes de mucosa más o menos bien conservada.

En la unión de esta porción B con la anterior (A) existe un foco hemorrágico que mide 25 milímetros de largo por 15

milímetros de ancho, de contorno ondulado, que esboza un surco de separación con los tejidos vecinos.

Del lado de la serosa el aspecto general es idéntico al de la porción anterior.

Entre las porciones B y C de la figura 1 (señalada con B.C.), se nota un estrechamiento de la luz intestinal que la reduce al calibre de un lápiz en un largo de siete centímetros. En su cavidad no se reconoce ningún resto de mucosa, sustituida por una superficie cruenta, hemorrágica. La pared intestinal, está aquí, moderadamente engrosada, rígida, dura, anacarada. La serosa enrojecida, irregular, sembrada de bridas fibrosas desgarradas.

3º Una tercera porción (señalada con C en la figura 1) de forma ovoide alargada, la que, examinada por su lado interno, nos muestra, en el centro la cavidad algo ensanchada, mientras que en los extremos, comunica con el resto del intestino por dos orificios algo estrechados. La mucosa ha desaparecido en mayor parte, solo se reconocen algunos pequeños trozos, teniendo la superficie intestinal interna un aspecto muy semejante al de las viejas úlceras simples crónicas del estómago, es decir, alisado, deterso, pero rodeado por una zona hemorrágica.

La pared está engrosada, más en unas partes que en otras, ya a expensas de la sub - mucosa, ya de la sub - serosa.

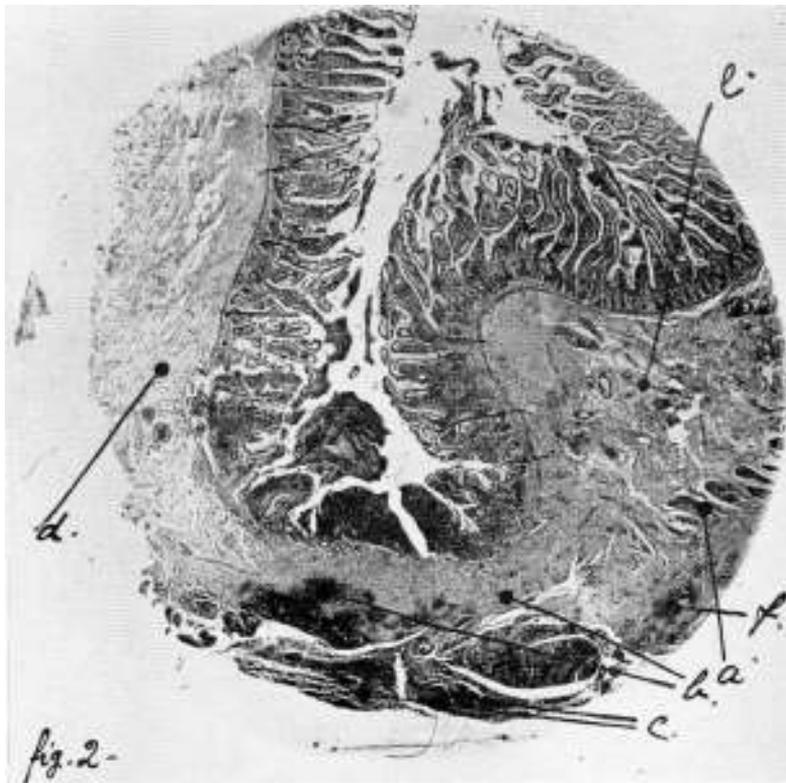
En el orificio proximal de esta porción de forma ovoide, al nivel del pasaje con la porción D, se encuentra una ulceración que ocupa la mitad de la circunferencia orificial, de dos a tres milímetros de ancho y cuyo fondo está recubierto por sustancias de color gris rojizo turbio y consistencia friable.

En toda la porción C la serosa está sembrada de focos hemorrágicos, algunos muy prominentes.

4º Por último, una porción señalada con D en la figura 1, representa la parte proximal del intestino reseca.

A partir del orificio estrechado, antes descrito, el intestino se dilata, la mucosa y válvulas están conservadas, siendo el espesor algo mayor que el normal por ligero engrosamiento de la sub-serosa.

El examen prolijo de la mucosa nos permite ver numerosas ulceraciones cuyas dimensiones van desde las puntiformes hasta



. FIGURA 2

Corresponde a un trozo de la porción A de la fig. 1. — En el fondo de un repliegue de la mucosa, intensa infiltración hemorrágica del corion, destrucción del epitelio y de las glándulas. Aquí falta la muscularis mucosa no viéndose tampoco la muscular propia, cuyos restos aparecen en a). — b) Sub - mucosa delgada, densa, con focos hemorrágicos confluentes. c) Sub - serosa hemorrágica. d) Sub - mucosa ligeramente edematosa. e) Sub - mucosa laxa, rica en vasos. f) Sub - serosa, con incipiente esclerosis y focos hemorrágicos pequeños. En la fotografía se puede ver que, fuera del foco hemorrágico ya indicado de la mucosa, ésta se halla conservada pero congestionada y que, la hemorragia se atenúa a medida que se aleja del repliegue de la mucosa.

las de cuatro y cinco milímetros por lado, de formas y caracteres iguales a las de la porción A.

La congestión de la mucosa es menor en esta porción que en la A., lo mismo que las hemorragias que aquí son en focos más pequeños.

En el mesenterio de esta porción solo se ven muy pequeños focos hemorrágicos y vasos dilatados llenos de sangre.

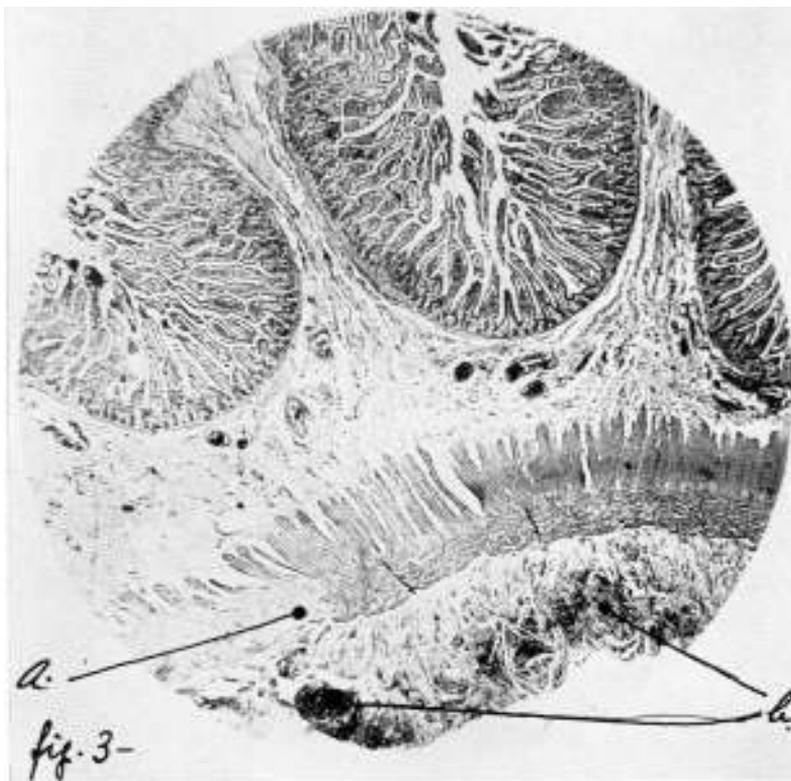


FIGURA 3

Corresponde a otro preparado de la porción A de la fig. 1. — Pliegues normales, mucosa conservada con pequeños focos hemorrágicos en el corión. Vasos sanguíneos de la sub-mucosa, turgescentes. Muscular propia conservada, pero en a) se ve que desaparece bruscamente, degenerada, conservándose solo algunos manojos, de los más internos de la circular. b) Sub-serosa engrosada y con focos hemorrágicos.

Examen microscópico. — El examen microscópico de los distintos fragmentos tomados a lo largo del intestino correspondientes a las diversas porciones ya mencionadas, confirma lo expresado antes a propósito de la observación macroscópica.

Como en esta publicación figuran numerosas reproducciones de fotografías con sus respectivas leyendas, que permiten reconocer los principales procesos, creemos conveniente no hacer la descripción histológica detallada, sino reducida a sus términos fundamentales y más característicos.

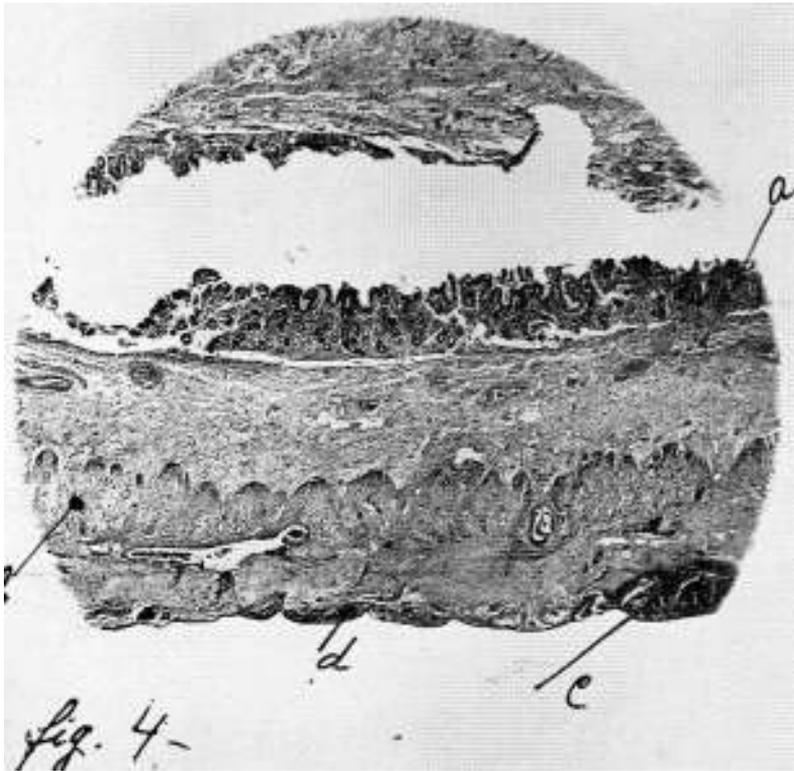


FIGURA 4

Corresponde a un preparado de la porción B de la fig. 1, a pequeño aumento.

Pared intestinal, en conjunto, adelgazada. En la mucosa se ve el corion hemorrágico y las glándulas pequeñas, comprimidas. Sub - mucosa rica en vasos sanguíneos; en partes moderado edema y un pequeño foco hemorrágico en a) que se continúa con el del corion muscular con sus haces externos y medios, b), en degeneración. Sub - serosa con edema y en e) foco hemorrágico. En d) hemorragia sub - serosa de tenue capa.

1º a) Hemorragias numerosas, de diversa importancia y extensión, predominantes en el corion de la mucosa y subserosa, con menor frecuencia e intensidad en las restantes capas del intestino.

Las hemorragias del corion de la mucosa explican la formación de las ulceraciones y la profundidad de éstas depende de su intensidad.

Las hemorragias verdaderos infartos sanguíneos son debidas a la trombosis de numerosas raíces venosas mesentéricas.

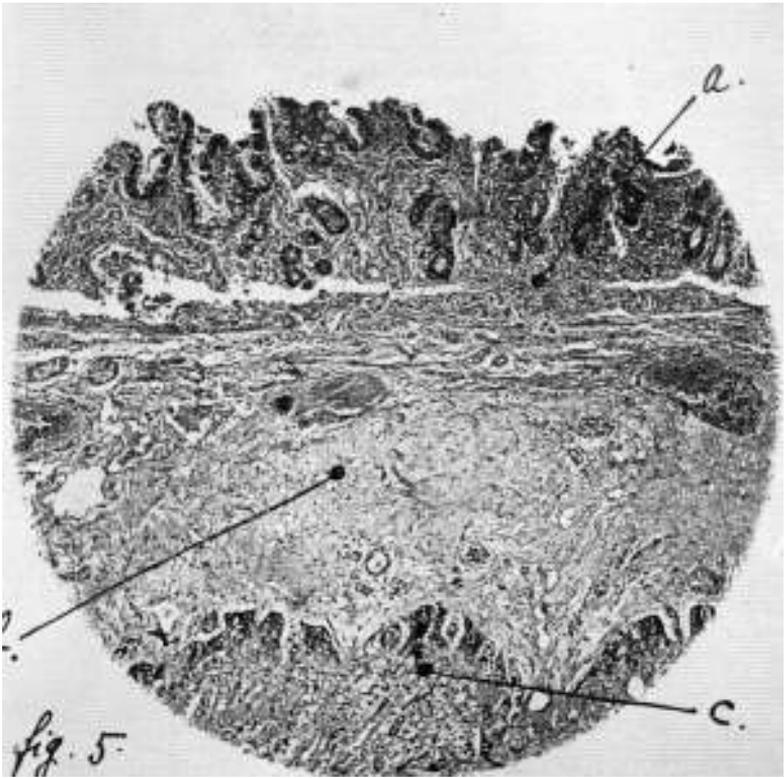


FIGURA 5

Un campo, a mayor aumento del preparado de la fig. 4. — a) Hemorragia del corión que se extiende a la sub-mucosa. b) Zona intensamente edematosa de la sub-mucosa, en la cual se aprecian los vasos sanguíneos dilatados y llenos de sangre. En c) muscular, en mayor parte degenerada, conservándose los haces más internos de la capa circular.

Consecutivamente se producen intensos procesos difusos congestivos y edematosos.

b) A los procesos destructivos — úlceras de variada intensidad — se agrega la infección, más o menos marcada, según las regiones.

Los procesos destructivos, con el tiempo, se reparan en mayor parte, y es así que, en los antiguos, observamos esclerosis cicatricial; y del mismo modo notamos trombosis vasculares de diversa edad, desde las más recientes hasta las más evolucionadas tromboesclerosis total o parcialmente obliterantes.



FIGURA 6

Del preparado de la fig. 4, la zona profunda de la región fotografiada en la fig. 5. — a) Sub-mucosa con edema, vasos dilatados, moderada infiltración difusa celular. b) muscular en mayor parte en degeneración, fibras vacuolizadas, claras, otras que han desaparecido, reemplazadas por tejido conjuntivo. c) Sub-serosa con edema y vasos sanguíneos dilatados. En d) foco hemorrágico.

2º Los procesos patológicos mencionados, alterantes, hemorrágicos, inflamatorios y los de reparación cicatricial, están irregularmente distribuidos, como salpicados a lo largo del segmento intestinal resecaado, separados entre sí por campos menos alterados y aún casi indemnes. Es así que, al recorrer una serie de preparados histológicos correspondientes a zonas vecinas, o aún en un mismo corte, al lado de una hemorragia con o sin destrucción del epitelio y de las glándulas se vé un islote de mucosa íntegra o sólo congestiva. En la vecindad de un islote de mucosa casi sana, aparece una ulceración, ya con reacción inflamatoria

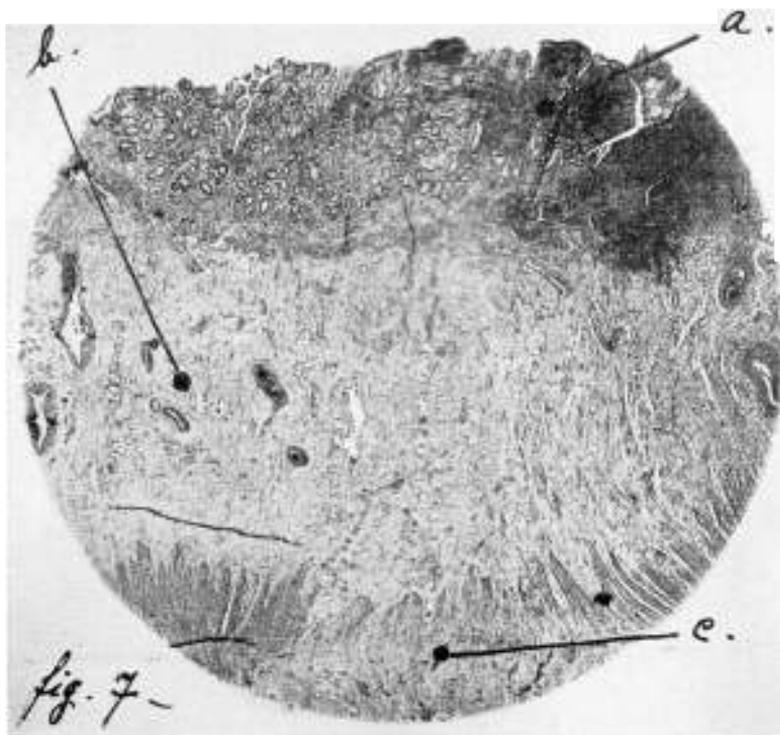


FIGURA 7

Corresponde a la porción B. C. de la fig. 1. — Mucosa en partes conservada, con muscularis mucosal visible. En a) mucosa destruída por foco hemorrágico que se propaga a la zona superficial de la sub-mucosa. b) Edema en la sub-muco. a e iniciación del estado de esclerosis. c) Foco limitado, pequeño, de degeneración de las fibras musculares.

aguda, en plena actividad ya en vías de cicatrización. Al lado de una hemorragia reciente se observa una zona de esclerosis.

Todo lo cual nos demuestra la sucesión, la repetición y la evolución de los procesos.

En resumen: invaginación intestinal, operación, desinvaginación, infarto a marcha subaguda. — La exposición detallada de la observación, sobre la cual hemos querido concentrar toda la atención nos exime de mayores comentarios.

Interesante desde otros puntos de vista, como invaginación

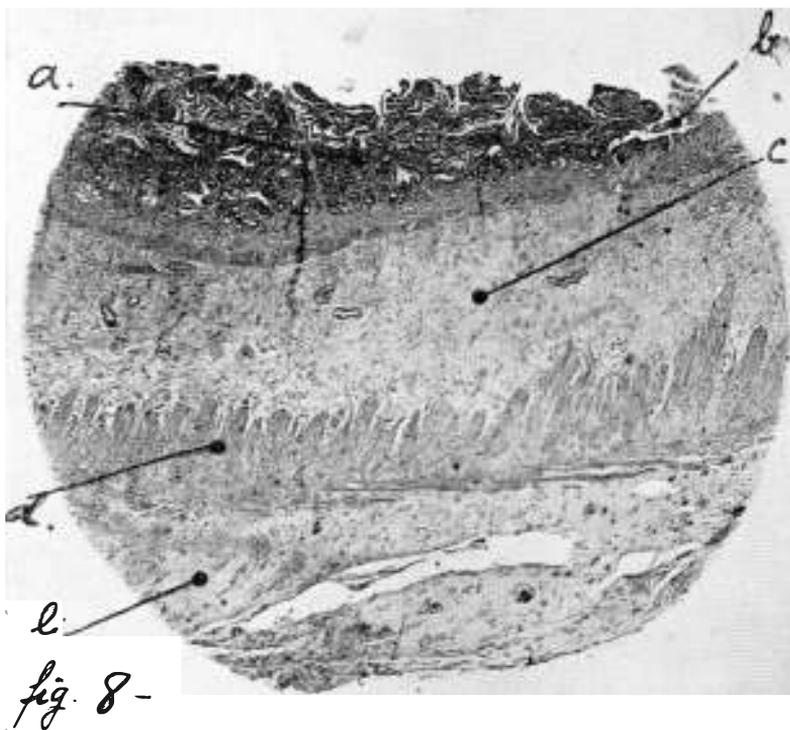


FIGURA 8

De un preparado de la zona de pasaje, de la porción C a la porción D de la figura 1. — a) Mucosa conservada, pero con hemorragia en el corión. b) Comienzo de una úlcera crónica en vías de reparación con incipiente epitelialización. c) Submucosa con edema. d) Muscular propia con degeneración de sus fibras más externas. e) Subserosa, engrosada por edema e incipiente esclerosis, vasos dilatados.

aguda en el adulto, como tumor benigno del intestino delgado, etc., hemos voluntariamente dejado a un lado todo esto.

Deseamos sin embargo puntualizar *dos hechos*.

1) *El primero y más importante es el que se refiere a la evolución singular de la lesión.*

Que una invaginación intestinal, luego de haber sido reducida dé lugar a un infarto, no es un hecho que pueda asombrar.

La invaginación intestinal ha sido con toda exactitud asimilada anatómicamente a una hernia cuyo saco sería el cilindro envainante y el contenido el cilindro envainado.

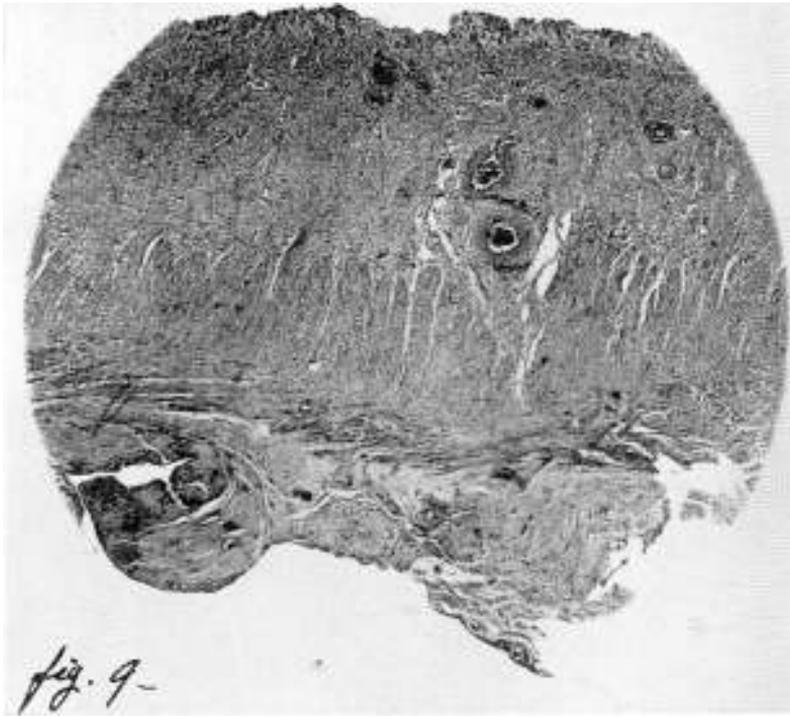


FIGURA 9

Del mismo preparado anterior. — La ulceración que se comenzaba a ver en b) de la figura anterior, con su fondo escleroso a expensas de la sub-mucosa. Muscular más o menos bien conservada. Sub-serosa engrosada, esclerosa, con grandes vasos con vascularitis productiva.

Y de la misma manera que en una hernia puede haber fenómenos de estrangulación, con modificaciones vasculares, los puede haber en una invaginación.

Estos fenómenos vasculares llevan habitualmente a la gangrena, con todas sus consecuencias clínicas (perforación y peritonitis, esfacelo y eliminación del “budín”) con sus problemas operatorios (resección, exteriorización), y con sus sorpresas desagradables, (gangrena del ansa reintegrada después de una reintegración total autorizada por el aspecto clínico o de una integración previa resección, de lo que se creyó debía resecarse).

Que estos trastornos vasculares lleven a un infarto no es por lo menos corriente.

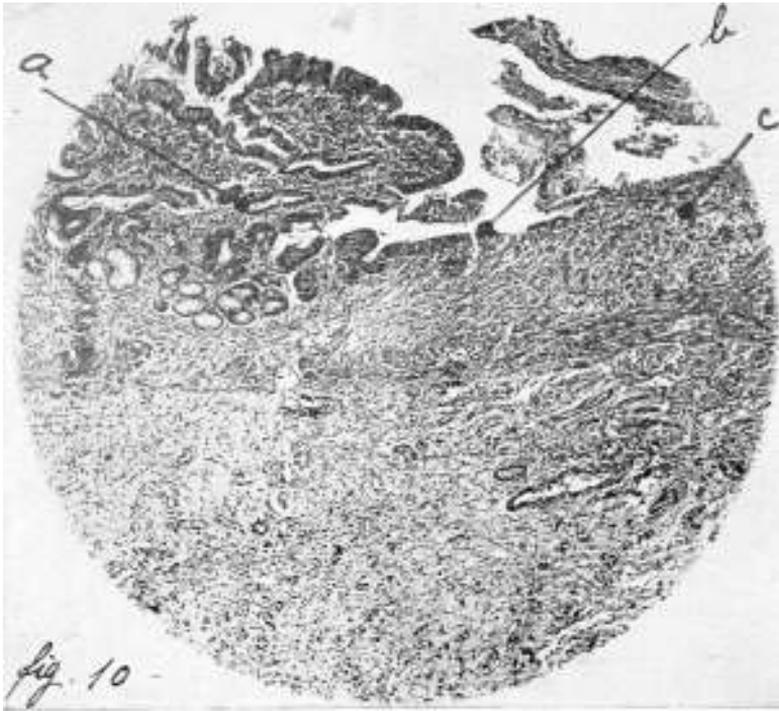


FIGURA 10

Un detalle, a mayor aumento del borde de la úlcera anterior, a nivel del punto b) de la figura 8. — En a) mucosa conservada con glándulas dilatadas en hipersecreción mucosa: en b) comienza el epitelio a extenderse sobre la úlcera; en c) la reacción inflamatoria es intensa. En el fondo de la úlcera, restos de la muscular de la mucosa y submucosa esclerosada.

Geuellete en su tesis de 1924 sobre invaginación intestinal, aunque describe perfectamente bien los trastornos circulatorios no habla de la posibilidad de infarto ni cita, en el capítulo de tratamiento a este último, como complicación posible después de desinvaginación.

Ameline, en su informe sobre infarto intestinal, en el Congreso Francés de Cirugía de 1935 levanta una larga lista de causas de infarto no figurando entre ellas la invaginación intestinal.

Pero en la Sociedad de Cirugía de París, (V-1º de 1935, pág. 639) se pregunta si algunos infartos no son invaginaciones intestinales temporarias y espontáneamente desinvaginadas.

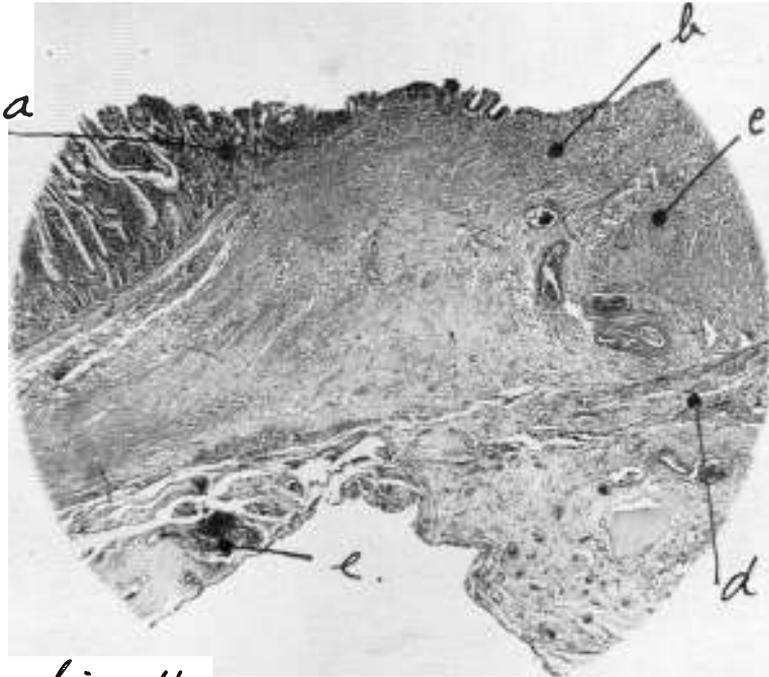


fig. 11 -

FIG RA 11

Fotografía de un preparado tomado en la porción D, próxima a la porción C, de la fig. 1. — a) Mucosa con intensa hemorragia del corion. b) Úlcera crónica, esclerosa, con escasa necrosis en la superficie. c) Marcada esclerosis de la sub-mucosa. d) Sub-serosa gruesa, en partes esclerosa, en otras vasos dilatados y pequeños focos hemorrágicos, en e) edematosa. Entre esta capa y la sub-mucosa sólo se ven restos de algunas fibras de la muscular propia desaparecida.

Y Grégoire agrega, sin traer como el anterior, hechos en apoyo de su opinión: “Je veux bien admettre que l’invagination intestinale puisse produire un infarctus dit inexplicé, puisque la compression du mesentère entre les deux cylindres produit l’arrêt ou la gêne de la circulation sanguine”.

En cuanto al hecho de que un infarto intestinal pueda llegar a la constitución de una estenosis ha sido indicado simplemente como hipótesis, señalando que en la etiología de algunas estenosis

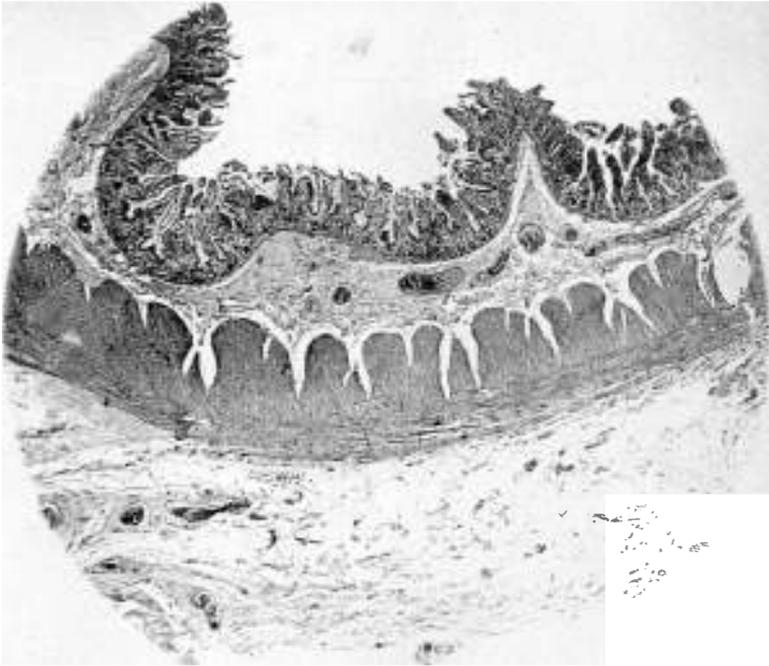


fig. 12 -

FIGURA 12

De un preparado de la porción D, en la fig. 1. — Pared intestinal casi sana, con discreta hemorragia del corión, conservación del epitelio y glándulas de la mucosa; muscular conservada, edema de la sub-serosa. Vasos sanguíneos, en partes, de pared espesada.

intestinales podría desempeñar un papel el infarto. La etapa intermedia, de constitución de esa estenosis no ha sido estudiada ni demostrada, los enfermos con infarto, falleciendo en general en plazos que van de dos a quince días. Los otros enfermos, aquellos que curan no parecen haber presentado trastornos de esta naturaleza.

Y es ésto lo que hace la singularidad del cuadro, ni muerte rápida ni reparación igualmente rápida, casi asombrosa, sino constitución lenta de una estenosis que empieza hacerse manifiesta a los pocos días de la primera intervención. Y en este sentido

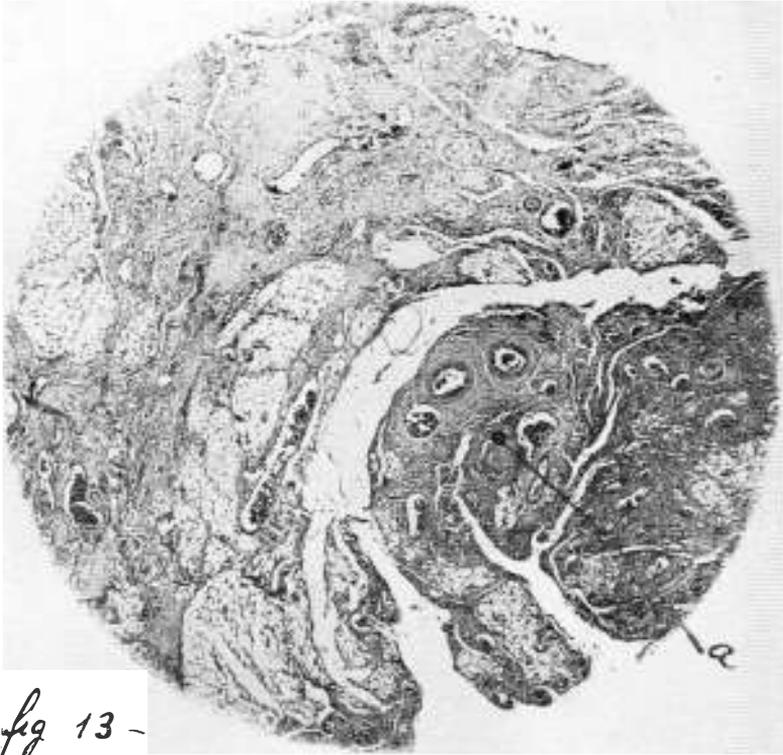


fig 13 -

FIGURA 13

Corte de un fragmento del epiplón que adhería a la porción C, en la fig. 1.

Lobulillos adiposos entrecortados y separados por tejido fibroso en partes, en otros, conjuntivo denso, rico en vasos dilatados y con infiltración leucocitaria. En a) zona esclerosa con vasos de gruesas paredes, algunos obturados, transformados en cordones fibrosos, y otros de luz estrechada.

creo que nuestro caso llena un vacío, mostrando una modalidad evolutiva del infarto que no es ni mencionada en trabajos tan completos como el Rapport de Ameline al Congreso Francés de Cirugía (1935) lo que nos permite creer que no tiene similares.

2) *Rayos X e invaginación intestinal.*

El otro punto que deseamos subrayar es el del examen radiológico, refiriéndonos exclusivamente al episodio agudo inicial.

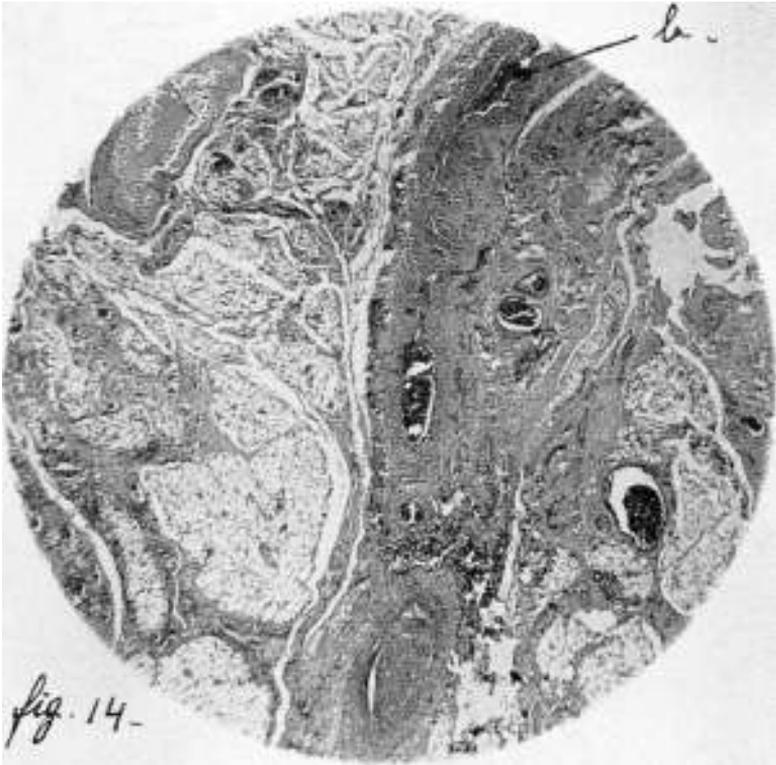


FIGURA 14

Otro aspecto del mismo epiploon, con lobulillos adiposos separados por trabéculas conjuntivas densas. La mitad derecha de la figura muestra más intensa esclerosis, de vasos turgentes y focos hemorrágicos discretos. a) Gruesos vasos con endovascularitis fibrosa casi totalmente obliterante. En b) vaso de gruesa pared esclerosa, pero permeable.

Doce horas después del comienzo sólo había como síntoma oclusivo aéreo - ilea a pesar de la agudeza del cuadro.

En un trabajo presentado por uno de nosotros en esta Sociedad en 1935 señalábamos la importancia de la aeroilea, contrariamente a aquéllos que querían hacer de la imagen hidro-aérea el único síntoma de oclusión intestinal.

El nivel líquido tarda en aparecer de 2 a 8 horas; la aeroilea es indudablemente más precoz.

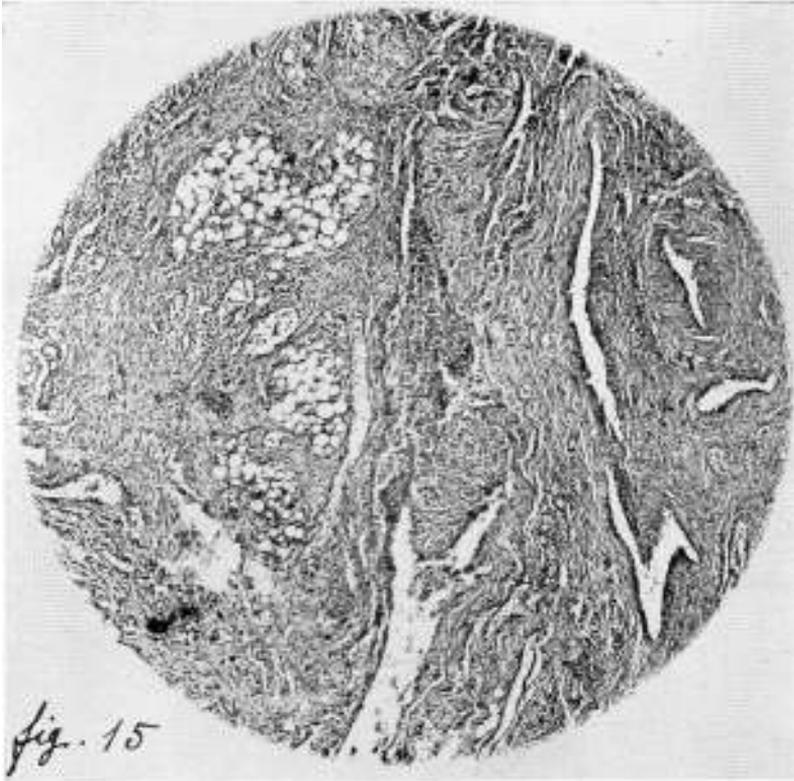


FIGURA 15

De un preparado del mesenterio de la porción C, en la fig. 1. — Restos de lobulillos grasosos dislocados por la esclerosis, focos hemorrágicos difusos, infiltración mono y polinuclear, vasos dilatados y esclerosos.

El tiempo de aparición del nivel líquido variará, según la agudeza y condiciones de la oclusión.

“Hay — decíamos en ese entonces, — un período normal de ausencia de niveles líquidos, un margen variable de 6 a 8 horas enteramente a favor de la clínica. Creemos que en este período el diagnóstico es claro por los únicos datos clínicos, el dolor a tipo de cólico nunca tan evidente como al principio, la dilatación segmentaria no ahogada aun en la distensión general y los ruidos hidroaéricos claramente auscultables”.

Decíamos que los casos sin niveles correspondían ya sea a

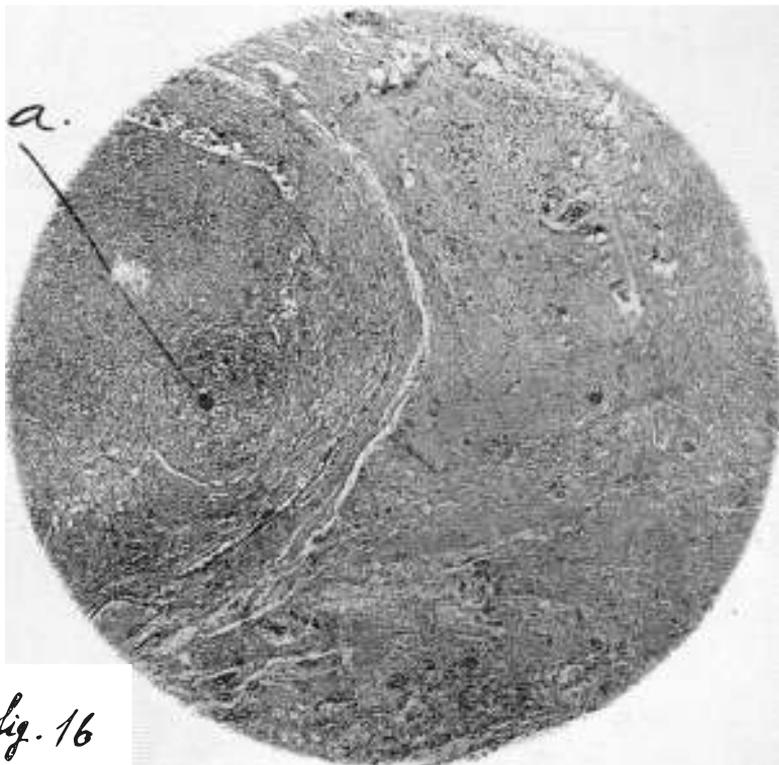


Fig. 16

FIGURA 16

Otro aspecto del mismo trozo de mesenterio. — En esta fotografía puede reconocerse, en medio del tejido conjuntivo denso y las trabéculas fibrosas, restos de elementos adiposos, la infiltración difusa linfocitaria, los vasos sanguíneos más o menos profundamente alterados y en a) un grueso folículo linfóideo, de los muchos que contiene este peritoneo.

observaciones muy precoces, ya sea a oclusiones a marcha lenta.

Precisar en qué condiciones los niveles pueden retardarse en su aparición me parece una tarea útil. Hoy puedo afirmar que he visto ese retardo de aparición del nivel líquido pero con aeroileas en 2 tipos de oclusiones interesantes del intestino delgado: en el infarto mesentérico y en la invaginación íleoileal.

En los dos casos el cuadro es agudísimo o suele serlo (lo que hace esperar niveles líquidos precoces) pero, y éste es lo

interesante, el obstáculo al tránsito intestinal puede ser relativo.

La intensidad o agudeza del cuadro están determinadas sobre todo por los fenómenos de estricción vascular.

No hay una falla del signo radiológico, pero hay, sí, como siempre, necesidad de subordinar su interpretación al examen clínico y al conocimiento exacto de las lesiones subyacentes posibles.

Presentamos otras dos placas, correspondientes al enfermo P. B., operado por uno de nosotros de una invaginación íleoileal también por lipoma submucoso el 1º de setiembre de 1937, invaginación a marcha subaguda.

24 horas después de una crisis dolorosa solo tiene un ansa delgada llena de gases. El enema baritado penetra en todo el grueso y en la porción inicial del delgado sin llegar sin embargo al ansa invaginada.

