

OCCLUSIÓN INTESTINAL. PERFORACIONES POR MÚLTIPLES CUERPOS EXTRAÑOS INGERIDOS

Enrique LÁMAS - POUHEY y Roberto SUÁREZ - SEITONE

N. M., uruguayo, 32 años. Asilado en un sanatorio de mentales por demencia precoz. Visto en Febrero 19 de 1937 hora 19; se queja de dolores en el hipocondrio derecho y declara haber ingerido una tapa de botella del tipo corona. Se había observado en este enfermo tendencia a ingerir cuerpos extraños. (Piedras de balastro, jabón, ampollas de uso hipodérmico, caracoles, etc.). Hasta el presente esta perversión no había producido mayores trastornos.

Examen. — Enfermo apirético; estado general y pulso excelentes; lengua roja y húmeda. No han habido vómitos. Aunque sin excitación, con testa mal al interrogatorio; contractura variable de sus músculos abdominales lo que ha sido notado otras veces por quienes lo observan. En algunos momentos la palpación es posible, no revela nada anormal, y es indolora así como la compresión. Aconsejamos observación, reposo, hielo en el vientre, se le prescribe aceite de parafina, permitiéndosele la ingestión de líquidos.

Dos horas después el enfermo mueve el vientre espontáneamente, comprobándose en sus materias dos trozos de madera, un marlo de maíz y un caracol. Pasa la noche bien, no obstante al día siguiente (Febrero 20) está febril y tiene a la hora 11 un vómito negruzco. A la hora 15 al intentarse un sondaje gástrico con sonda Einhorn con objeto de practicar aspiración tiene un vómito fecaloideo que apreciamos en un litro. Temperatura 38°, pulso 120, lengua seca. (Hacemos constar que no se practicó exploración radiográfica, como es nuestra costumbre, por las condiciones de aislamiento a que el estado mental obligaba). Inmediatamente se le inyectan 30 c.c. de cloruro de sodio al 20% y se le traslada al Sanatorio donde es intervenido a la hora 17.

Operación. — Dr. E. Lamas Pouey y Suárez Seitone. Anestesia general éter + anhídrido carbónico. Pract. Vázquez Rolfi. El comienzo de la anestesia es extremadamente difícil por vomitar el enfermo cantidades

enormes de líquido fecaloideo. Durante esta faz, ponemos la mesa en posición máxima de Trendelenburg. Sólo al cabo de 20 minutos y después de haber arrojado cantidad de materias líquidas mezcladas con algunos alimentos sin digerir, entre los que reconocemos higos verdes enteros, se llega al período de relajación muscular. Disminuimos la posición de Trendelenburg y ponemos el tubo de Mayo. **Incisión:** Laparotomía mediana supra e infraumbilical. Líquido sanioso y maloliente en el peritoneo; ansas dilatadas y recubiertas por falsas membranas. Explorando el segmento superior del abdomen comprobamos la presencia de pus en las vecindades de la región pilórica. Una vez aspirado se nota una perforación gástrica por la que se exterioriza una gruesa astilla de madera. Cierre de la perforación que está rodeada de paredes friables y espesadas, con sutura y epiploplastía. Exploración rápida y metódica del resto del yeyuno-ileón. A unos 60 cms. del ángulo ileo-cecal un cuerpo duro obstruye la luz del intestino, rodeado allí de falsas membranas. Coprostasis; se extrae por enterostomía un gran carozo de durazno, sutura intestinal en dos planos. Explorada la pelvis se comprueba un cuerpo extraño en el ansa sigmoidea que está rodeada por un absceso limitado por adherencias. Aspiración del pus y protección con compresas. Se nota una varilla de vidrio que habiendo perforado el sigmoides es causa del absceso. Esa varilla resulta ser el pico de una ampolla de 20 c.c.; el cuerpo de la ampolla en la luz intestinal está rodeado de un voluminoso coprolito. La perforación sigmoidea asienta junto al borde mesentérico y la zona de mesosigmoide adyacente está muy edematosa.

Coprostasis, sección del sigmoides siguiendo una bandeleta muscular; se extrae la ampolla y el coprolito. Cierre de la enterostomía en dos planos siendo luego recubierta por un apéndice epiploico. Cuidadosa aspiración del Douglas en el que se deja un tubo exteriorizado por la comisura inferior de nuestra incisión. Cierre de la pared en un plano con crines dobles y puntos de afrontamiento para la piel. Durante la intervención se hace inyectar un litro de suero fisiológico por vía subcutánea. La intervención dura 50 minutos; la anestesia desde su iniciación 1 hora 30 minutos. El enfermo no acusa ningún choque, el pulso se mantiene con los mismos caracteres.

Indicaciones post-operatorias: Enfermo en posición de Fowler, cloruro de sodio al 20% veinte c.c. cada 4 horas, suero fisiológico 1 litro cada 12 horas, aceite alcanforado 4 c.c. con estrienina un c.c. cada 6 horas. Inhalaciones de anhídrido carbónico cada 2 horas. Transcurridas 12 horas, como el enfermo no acusa excitación nerviosa ni visceralgias se sustituye el vendaje de cuerpo por una tela impermeable que permite colocar hielo. El vientre permanece depresible, el enfermo orina espontáneamente siendo la diuresis excelente. Cada 12 horas se aspira por el tubo del Douglas obteniéndose sólo serosidad sanguinolenta. A las 72 horas se suprime el tubo del Douglas.

Post-operatorio asombroso por lo sencillo aunque febril. Al tercer día el enfermo mueve el vientre con enema salado y tiene varias deposi-

ciones diarreicas. Estado general excelente; tolera líquidos, caldo de verduras salado. Se suspenden los sueros.

El enfermo entonces se muestra excitado: hiperideación, insomnio, lo que justifica una terapéutica sedante (Sedobrol, poción bromurada).

Febrero 25. — Suprimimos el aceite alcanforado. Régimen de convalecientes. Estado general óptimo, a la auscultación sólo acusa disminución del murmullo vesicular de la base derecha.

Marzo 1. — Curación plana, supura aún algo por el orificio de drenaje. Estado general excelente. Alta.

Consideraciones sobre el estado mental del enfermo. — Desde febrero 1934 presentaba un trastorno particular de su psiquismo conocido con el nombre de "Parafrenia fantástica", durante el cual al sujeto se le hacen recorrer imaginativamente los países deseados, dando éste relatos coloridos de ellos; se le hace viajar por todo el mundo desde la luna a Neptuno, desde el Sol a Sirio. Este estado de excitación mística pasó, quedando una hebefrenia catatónica, negativa, tanto para ser alimentado como para sus otras necesidades. Catatonías con esterotipías, impulsiones, perversión de los instintos, al menor descuido traga todo objeto que esté a su alcance. Manerismo, actitudes discordantes, despersonalización (habla de sí mismo en tercera persona). Este estado es por desgracia incurable. Es de notar para comprender el estado de su sensibilidad que a las 5 horas de operado salta de la cama y se arrodilla en el suelo para repetir movimientos estereotipados muy comunes antes de este incidente. (Dr. Suárez).

Resumen. — Presentamos a la consideración de la Sociedad de Cirugía este caso de perforación del estómago y sigmoides con oclusión del delgado por cuerpo extraño (carozo de durazno) en un enfermo cuyo estado mental y sensibilidad anormal dificultan su estudio clínico.

Juzgamos de interés el comprobar que 22 horas después de una defecación normal el enfermo tuvo vómitos fecaloideos, lamentando no haber podido realizar en este caso el diagnóstico radiológico de la oclusión intestinal. El tiempo de aparición de los síntomas de acuerdo con la ingestión de tan variados como traumatizantes cuerpos extraños (astillas, ampollas hipodérmicas).

cas, caracoles, tapitas corona, etc.) no es posible tampoco establecerlo.

Sorprende la benignidad del post-operatorio después de una laboriosa y completa exploración del abdomen; bajo una anestesia dificultada por copiosos vómitos fecaloideos en un enfermo cuyos impulsos anormales (se levantó y anduvo a las 5 horas de operado) dificultan los cuidados post-operatorios.

A los 20 meses de operado el enfermo no tiene ningún trastorno atribuible a secuela de nuestra intervención. Tiene una pequeña eventración que tolera bien con una faja.

Su estado mental y sus impulsos exigen siempre vigilancia extrema.