

**SOBRE UN NUEVO SIGNO RADIOLÓGICO DIFERENCIAL  
ENTRE EL ILEUS MECÁNICO Y EL ILEUS PARALÍTICO  
DEL INTESTINO DELGADO**

*Juan - C. DEL CAMPO*

Desde los primeros tiempos de la radiología abdominal de urgencia ha sido encarada la posibilidad de distinguir por ella el ileus mecánico del paralítico.

Las primeras insinuaciones en ese sentido han encontrado obstáculo para imponerse y gran parte de los autores afirman categóricamente que nada distingue en la pantalla a ambas formas de oclusión.

A pesar de conocer y de compartir ya en 1932 la manera de pensar de Laurell, más de una vez nos encontrábamos incapaces para resolver radiológicamente el punto.

Creemos que hoy en día nos vamos acercando a su solución.

Es necesario comprender bien que lo que da el examen radiológico es una objetivación del estado actual y no un diagnóstico de origen.

Es decir, que una oclusión mecánica complicada secundariamente de peritonitis y una peritonitis que ha provocado en su evolución una oclusión mecánica no podrán mostrarnos en la pantalla el orden de sucesión de los estados.

No se puede pedir al examen radiológico pues, lo que no puede dar. Pero estamos muy lejos de la "lutade" de un gran cirujano para quien un ansa dilatada es un ansa dilatada y nada más.

El problema del diagnóstico diferencial de la oclusión mecánica y paralítica del colon, a veces previsible por el estudio detallado de las placas, está resuelto por el enema opaco deteniéndose en el obstáculo en las primeras, penetrando en la zona dilatada en las segundas.

En el delgado las dificultades de diferenciación son induda-

blemente mayores. Pero es posible aún sin la comprobación de los movimientos intestinales ya individualizables clínicamente y que cuando existen certifican que es una oclusión mecánica, es posible anotar en una placa de pie correspondiendo a tal variedad, la nitidez de los contornos de las ansas dilatadas erguidas, los niveles líquidos múltiples, el diámetro mayor de las ansas inferiores yuxtaestricturales. En las oclusiones por peritonitis al

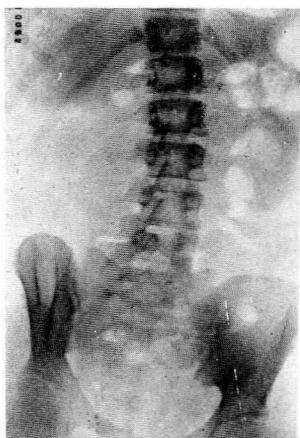


FIG. 1. — Peritonitis mesoceliaca de origen apendicular. Ansas delgadas arqueadas, con niveles líquidos, a la altura y a izquierda del ombligo. Difícil de afirmar si hay gas en el colon o no.

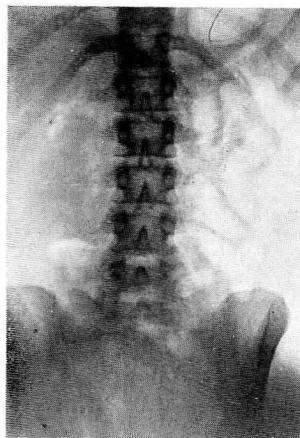


FIG. 2. — Mismo enfermo que el de la fig. 1. Las ansas delgadas, separadas y ligadas entre sí por cordones de exudado quedan en el mismo sitio, notándose por fuera de ellas el colon descendente distendido por gas. Distensión gaseosa de elementos alejados en la continuidad.

contrario se nota la borrosidad general de la placa, falta de nitidez de los contornos intestinales, aparición tardía de los niveles, diámetro mayor de las primeras ansas yeyunales, las más alejadas del foco.

Acostando al enfermo la placa puede mostrar el exudado peritoneal, pero este exudado, siempre existente en la peritonitis, puede existir también en algunas oclusiones.

Tres signos importantes sacados de la observación de la placa pueden sin embargo, definir el problema.

Dos son conocidos.

Aunque el *nivel líquido* pueda encontrarse en ambos ileus es posible afirmar que antes de las 18 horas pertenece exclusivamente al ileus mecánico, que antes de las 48 horas se ve, aunque raramente, en las peritonitis y que mismo pasado este plazo es mucho más frecuente y más nítido y en mayor número en la oclusión mecánica.

Un segundo signo señalado por algunos autores, entre los



FIG. 3. — Placa de pie. Oclusión intestinal por brida y vólvulo del delgado. Ansas delgadas, erguidas con niveles líquidos, de lunetas precisas. Gas en el colon? Aspecto groseramente similar al de la fig. 1.



FIG. 4. — Placa en decúbito dorsal. Mismo caso que la fig. 3. Aspecto totalmente diferente al de la fig. 2. Hay gas en el colon ascendente. Las ansas delgadas, libres se desparan en la cavidad peritoneal alejándose entre sí y dibujándose hermosos arcos gaseosos.

cuales nosotros, ha ido adquiriendo cada vez mayor valor. Nos referimos a las relaciones entre los gases del colon y del intestino delgado y a la afirmación de que una distensión moderada del colon y del delgado tiene grandes probabilidades de ser parálitica (si se elimina por el enema la posibilidad de oclusión mecánica del colon); se puede agregar hoy que toda distensión aislada del delgado con ausencia o gran disminución de los gases del colon debe en principio ser considerada como oclusión mecánica.

Estando en prensa nuestros trabajos sobre "Radiología de las peritonitis agudas", en el cual dicho signo está netamente con-

signado, recibíamos el trabajo de Hoyer, quien insiste particularmente sobre este punto.

Yo mencionaré también dice Hoyer “un síntoma radiológico al que se le ha dado poca atención en la literatura. En mi opinión es sin embargo de la mayor importancia para el diagnóstico. Este es la más o menos completa ausencia de gas en el intestino grueso en presencia de una obstrucción del intestino delgado. Este ha sido un dato constante en mi material”.

La importancia de este dato descansa a nuestro modo de ver, no sólo en el hecho de su valor práctico, científico, sino también en que responde a la anatomía patológica propia del ileus mecánico, en el cual todos sabemos que en oposición a la dilatación por arriba de la obstrucción, por debajo de ella el intestino se encuentra completamente retraído, colapsado.

En cambio sabemos perfectamente bien que éste no es el caso en el ileus por peritonitis.

A estos signos creemos poder agregar en el momento actual otro cuya importancia deriva también no sólo de su comprobación sino también de responder a la anatomía patológica de la lesión y tener por lo tanto pocas probabilidades de error.

Dicho signo surge del cotejo de las placas tomadas una en posición de pie y otra en decúbito dorsal.

Véanse las placas correspondientes a casos de peritonitis.

Las ansas delgadas, se presentan como arcos claros con o sin niveles líquidos ocupando la zona periumbilical o lateralizándose algo hacia arriba y a izquierda.

Acostando al sujeto se ve que dichas ansas permanecen en su sitio cercadas por el colon rectamente visible.

En cambio véanse las placas correspondientes a una oclusión mecánica.

En posición de pie se podría decir que la imagen es groseramente similar a la de las peritonitis.

Pero si se toma una placa en decúbito dorsal, se ven las ansas desparramarse alejándose de la zona que ocupaban. Nadie puede negar la diferencia absoluta entre las placas en decúbito dorsal correspondiendo a ambos tipos de oclusión.

Nosotros decíamos que dicha apariencia tenía su fundamento anatomo - patológico.

Efectivamente.

En la peritonitis las ansas delgadas, englobadas por el exudado, más o menos adherentes entre sí, ocupan la parte central del vientre dentro del cuadro cólico, él a su vez distendido y ne pueden abandonar su sitio.

En la oclusión mecánica por una parte, las ansas están libres no habiendo exudado fibrinoso que las inmovilice y por otra parte la vacuidad del colon pone a disposición de ellas una mayor parte de la cavidad abdominal.

Dado nuestro interés en presentar este solo signo, no insistimos en los otros detalles de las placas.

Pero recalcamos la necesidad cada vez mayor de tomar placas en decúbito dorsal, placas que muchos con la mirada sólo fija en el nivel líquido han abandonado injustamente.

Esas placas en posición horizontal no sólo dan detalles que no da la placa en posición de pie, complementando pues los datos de esta última, sino que por sí sola puede llevar al diagnóstico exacto.

**Discusión.** — Agradezco principalmente las expresiones amables vertidas por los que han hecho uso de la palabra.

Al Prof. Dr. Prat le aclararé que cada uno de los signos diferenciales dados para distinguir el ileus paralítico de la peritonitis del mecánico, debe ser analizado en relación al caso. Él, por ejemplo, se extraña de que en una de las placas exhibidas de ileus mecánico haya una opacidad difusa, opacidad que él admitía pertenecer a las peritonitis. Dicha opacidad está perfectamente explicada en ese caso, dado que el cirujano evacuó de la cavidad peritoneal dos litros de líquido citrino (oclusión alta del intestino delgado por brida).

En cuanto a la pregunta que me formula si es posible distinguir siempre un ileus mecánico, de una peritonitis le diré que antes de las 18 ó 24 horas eso es muy fácil, dado que el ileus mecánico da signos netos (niveles líquidos) que el ileus por peritonitis no da en ese tiempo.

A partir de las 48, 72 horas donde el problema diagnóstico vuelve otra vez a presentarse, el examen radiológico puede dar una solución neta en muchos casos.

El diagnóstico diferencial de las oclusiones mecánicas del fin del delgado con las peritonitis apendiculares mesoceliacas (apendi-

citis retromesentérica alta, forma oclusiva de la apendicitis en los sujetos de edad) es claramente resuelto por el examen radiológico. Tengo ya suficiente experiencia al respecto como para poderlo sostener.

En las peritonitis apendiculares el colon conserva sus gases, está mismo distendido en algunos casos, las ansas delgadas ocupan el cuadro cólico y están separadas por cordones de exudado.

En las oclusiones mecánicas del delgado no hay gases o poco en el colon y las ansas libres pueden explayarse en la cavidad abdominal y no se ven los cordones oscuros de exudado. Esto en grandes líneas, pues no es mi deseo entrar aquí en detalles dado que el fin de la comunicación es realmente el de señalar un nuevo signo. La exposición completa del diagnóstico diferencial entre el ileus por peritonitis y el ileus mecánico llevaría mucho tiempo y no tiene su sitio en una comunicación a la Sociedad de Cirugía.

Al Dr. Etchegorry le diré que le acepto la primera observación. Efectivamente en el título debía haber puesto que se refería al ileus paralítico por peritonitis (como de hecho lo demuestra el texto de la comunicación) y no le quita valor a la observación el hecho señalado por el Prof. Larghero y el Dr. A. Loubéjac que dicho ileus engloba los casos verdaderamente dificultosos. Efectivamente hay otros ileus paralíticos (trombosis mesentéricas, etc.) que no son tratados aquí. En cambio no le acepto la observación referente a los casos de pancreatitis aguda; como lo indica mismo el Dr. Etchegorry en esta afección el colon está distendido. No se trata pues de una oclusión pura del delgado y si el fin de esta comunicación ha sido llenado, la distensión del colon elimina la oclusión mecánica del delgado.

Por otra parte la radiología de la pancreatitis aguda hemorrágica ha sido muy bien hecha en 1928 por Hultén, en un excelente trabajo que ha sido olvidado por completo, en tal forma, que no ha merecido la más mínima nota ni en las discusiones de la Sociedad de Cirugía de París, ni en el Congreso Francés de Cirugía de 1934, ni en el Congreso Alemán de 1938.

Esto es tanto más de lamentar cuanto que la orientación abstencionista sostenida por Nordmann en el citado Congreso alemán y señalado por Etchegorry, necesitaría el diagnóstico firme.

Ahora bien, la necrosis pancreática aguda tiene una neta sintomatología radiológica.

Distensión del colon (principalmente el transverso) que el enema opaco demuestra ser paralítico; distensión del estómago: la barita penetra en el duodeno, ensanchado por parálisis inflamatoria y no por el aumento de volumen del páncreas, recorre el duodeno, pasa el ángulo duodenoyeyunal, donde debido a la íntima relación de este segmento con el cuerpo del páncreas él presenta a veces faltas de relleno y entra luego en un yeyuno dilatado, deteniéndose misteriosamente en los primeros 15, 20 ó 30 centímetros de él.

Agreguemos a esto la inmovilidad del hemidiafragma izquierdo, más raramente la del derecho y todavía hay algunos síntomas más.

Agradezco finalmente a los Drs. Larghero y Loubejac que han apoyado los términos de la comunicación (trayendo a colación este último un caso visto en consulta conmigo) y comparto con ellos sobre la necesidad de hacer el diagnóstico diferencial entre la oclusión mecánica del fin del delgado y la forma oclusiva de la apendicitis aguda sobre lo cual ya he hablado,