

Trabajo de la Clínica Quirúrgica F. de la Facultad de Medicina de
Montevideo - Uruguay.

Prof. P. Larghero Ybarz

*A PROPOSITO DE 2 CASOS DE OCLUSION INTESTINAL
INTUBADOS CON SONDA TIPO CANTOR.
DOCUMENTACION RADIOGRAFICA (*)*

Héctor Cardeza

La intubación es uno de los factores que más han contribuido al progreso del tratamiento de la oclusión intestinal; sus ventajas son innegables en el pre-operatorio, durante la intervención y luego de la misma.

Por este motivo nos parece de interés traer a consideración de esta reunión los elementos que en nuestra práctica han facilitado su empleo.

Presentaremos los documentos radiográficos correspondientes a dos casos de oclusión intestinal. No insistiremos en las características clínicas ni sobre las ventajas de la intubación por todos conocidas y aceptadas.

Es nuestro propósito mostrar la eficacia terapéutica de la sonda ideada por Cantor. La facilidad de colocación, su rápida progresión y los excelentes resultados obtenidos han hecho que su uso fuera preferido frente a los otros tipos de sondas igualmente eficaces pero de manejo más laborioso.

En los primeros casos — año 1947 — como no teníamos en el Servicio la sonda original, conociendo sus principios se prepararon sondas que en la práctica resultaron excelentes.

La eficacia de la sonda es corroborada en los múltiples casos que requerían intubación intestinal; de entre ellos elegimos los dos siguientes pues los documentos radiográficos nos han parecido particularmente demostrativos.

Relataremos a continuación brevemente las historias clínicas de los 2 casos:

* Esta comunicación fué presentada en la sesión del 4 de marzo de 1949.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

M. D. Historia N° 4970. 20 años.

30 - IX - 1947. — Operada de urgencia por peritonitis generalizada de origen apendicular. Apendicectomía, drenaje del foco y del Douglas.

Post-operatorio favorable hasta el 7° día, en que se instala un fileo con: distensión abdominal, vómitos, dolores cólicos. Se coloca sonda gástrica. A pesar de que ésta drena abundantemente, persisten: malestar general, vómitos fecaloideos, distensión abdominal. La radiografía muestra numerosos niveles y distensión enorme de asas delgadas. Hipocloruria, taquicardia.

Al 9° día sigue grave, se coloca sonda de Cantor.

10° día: algo mejor, sonda en el estómago, drenó un litro de líquido fecaloideo, se instala aspiración continua.

12° día, mejoría franca, ayer 3 deposiciones líquidas. La sonda está en las primeras asas yeyunales, drena abundante líquido fecaloideo.

16° día, sigue bien, se alimenta, abdomen poco distendido, la sonda no drena, su extremo está en el cuadrante inferior derecho del abdomen (un poco alta). Se inyectan 40 cc. de emulsión de barita y se saca una placa 7 minutos después.

17° día, se retira la sonda, después se saca radiografía que muestra el bario en el colon (a las 24 horas).

En total la intubación se prolonga durante 8 días. Posteriormente tránsito intestinal normal.

E. A. de G. Historia N° 6472. 22 años.

19 - III - 1949. — Operada de urgencia en el Hospital Maciel, por oclusión intestinal, datando de 48 horas.

Sólo pudo colocarse una sonda duodenal simple.

Clínica y radiográficamente oclusión del intestino delgado.

Operación: oclusión por bridas inflamatorias de origen anexial (de diversa edad) a nivel de últimas asas ileales. Liberación.

Post-operatorio: favorable hasta el 7° día en que se reproduce el cuadro oclusivo. Clínica y radiográficamente cuadro similar al del ingreso pero con algunos gases en el colon.

A los 11 días persiste el cuadro: vómitos, constipación, dolores. La sonda tipo duodenal sin oliva está en parte alta, del estómago.

31 - III - 1949: La enferma es trasladada al Hospital Pasteur y se coloca sonda tipo Cantor.

1° - IV - 49: Mejoría, abdomen menos distendido, flácido, no dolores, la sonda que está en la primera asa yeyunal ha drenado abundantemente.

2 - IV - 49: Mejoría franca, la sonda drenó poco, ha expulsado gases.

5 - IV - 49: Buen estado general, abdomen depresible, no dolores, expulsa gases; se alimenta bien.

La sonda que ha progresado en el delgado no drena nada.

6 - IV - 49: Sigue bien. Se inyecta bario por la sonda y se saca placa.

7 - IV - 49: La radiografía muestra el bario en el colon, se saca la sonda. En total la intubación se prolonga durante 7 días.

9 - IV - 49: Alta en buenas condiciones, se alimenta bien, tránsito intestinal normal.

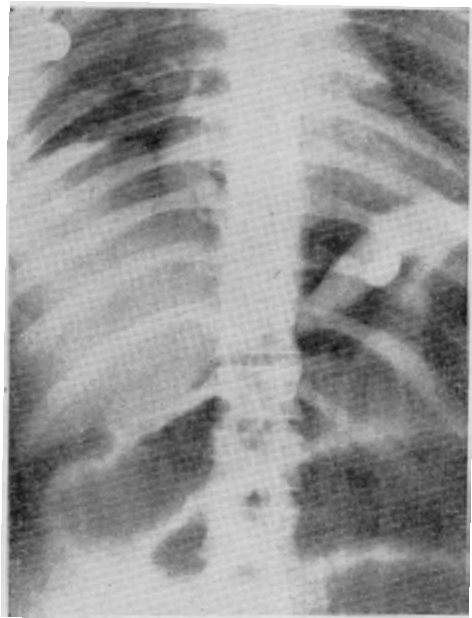


M. D. — 4970 — 7-XI-1947
7 día de operada. — Intubada
con sonda simple. — Parada.

Asas delgadas enormemente dilatadas, con niveles líquidos. — Gases en ángulo izquierdo del colon. Abundante exudado peritoneal.

M. D. — 9-XI-47. — 9 día de
operada. 2º día de íleo franco.
Se coloca sonda Cantor.
Acostada.

Asas delgadas enormemente dilatadas con exudado interpuesto. Marco cólico con gases en pequeña cantidad. ●liva de la sonda en parte alta de estómago que está desplazado hacia arriba y adentro.





M. D. — 10-XI-47. — Acostada. 9º día de operada, 2º día de fleo franco. 24 horas de colocada la sonda Cantor.

Asas delgadas enormemente dilatadas con exudado entre ellas. Oliva de la sonda aún en el estómago.



M. D. — 12-XI-1947. — Acostada. — 3er. día de colocada la sonda Cantor.

Asas delgadas dilatadas con exudado interpuesto — (menor distensión). Gases en el colon (más numerosos). — Oliva de la sonda en primeras asas yeyunales.



M. D. — 16-XI-1947. — Acostada. — 7 día de intubación.

Asas delgadas menos dilatadas. Menos exudado. Colon lleno de gases. Oliva en cuadrante inferior derecho —parte alta—, en las asas que preceden a las últimas ileales.

M. D. — 16-XI-1947. — Acostada. — 7º día de intubación. 10 minutos después de inyectar emulsión de barita.

Asas ileales con barita, una es ancha y transversal. (a nivel del ombligo), existe un grupo de asas en la pelvis. El mercurio está situado en el grupo de asas que preceden a las últimas ileales, la barita ha corrido hacia abajo marcando las asas pelvianas (éstas son pequeñas en tanto que las otras asas son anchas). Por consiguiente, la oclusión debe haber estado a nivel del grupo de asas situadas a derecha y por arriba del ombligo (que son las que se distienden en los casos de apendicitis).





Oclusión intestinal post-operatoria (por peritonitis apendicular difusa, hiperséptica). Intubación yeyuno ileal con la sonda de Cantor y dispositivo de aspiración continua con la bomba suprapúbica de Stedman. El aparato funciona continuamente y ahorra, con ventajas, la aspiración con jeringa. Esta enferma curó después de 8 días de intubación. Obs.: M. D. Hist. N° 4970.



Los 3 elementos del dispositivo de aspiración. El frasco intermedio lleva un tubo, con cuya longitud de inmersión se gradúa a voluntad la presión de aspiración. Obs.: M. D. Hist. N° 4970.



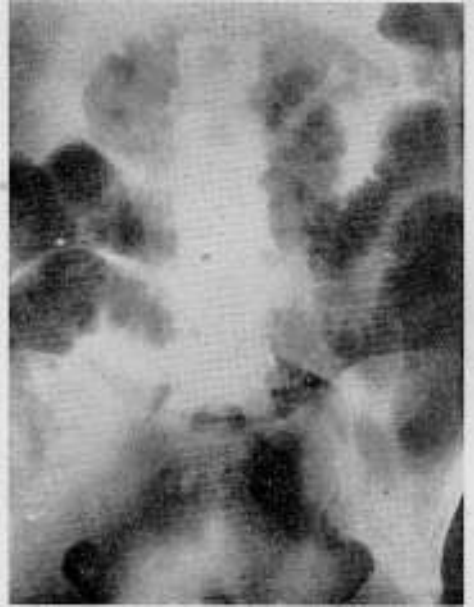
M. D. — 17-XI-1947. — Acostada. — 8 día de intubación. 24 horas de inyectado el bario.

El bario ha progresado normalmente, ocupa todo el colon terminal (muy poco en ciego y ascendente). Colon derecho y transverso lleno de gases. Persisten algunas asas delgadas dilatadas.

E. A. de G. — 6472. — 21-III-49. Placa pre-operatoria. — Parada.

Numerosas asas delgadas dilatadas con niveles líquidos. — Oclusión baja pues prácticamente aparecen todas las asas dilatadas. Escaso o nulo exudado entre ellas. Escaso exudado en pelvis. No gases en colon. Diafragma izquierdo levantado.





**E. A. de G. — 6472. — 21-III-49.
Placa pre-operatoria. Acostada.**

Numerosas asas delgadas dilatadas con sus válvulas características. La parte baja de fosa ilíaca interna derecha es la más libre de asas.

**E. A. de G. — 6472. — 30-III-49.
Placa a los 9 días de operada.
Parada.**

Asas delgadas muy dilatadas, con niveles, escaso exudado. — Alrededor colon relleno de gases y materias.

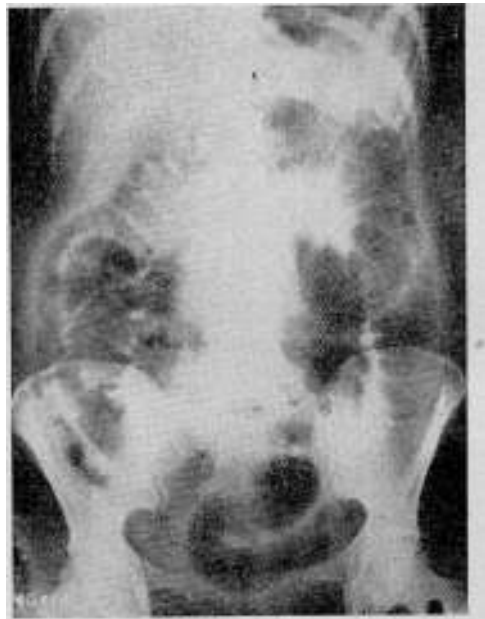




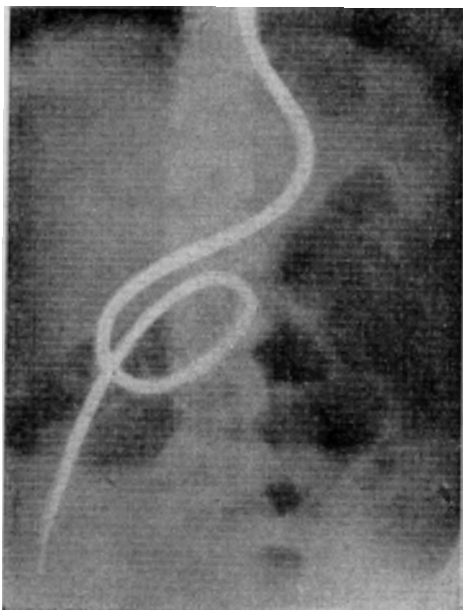
**E. A. de G. — 31-III-1949. —
Placa a los 10 días de operada.
Parada.**

Asas delgadas dilatadas con niveles; escaso exudado entre ellas y en pelvis. A derecha y arriba colon con gases y materias. — Sonda duodenal inoperante, colocada en el servicio donde se asistía.

**E. A. de G. — 31-III-1949. —
10 días de operada. Acostada.**



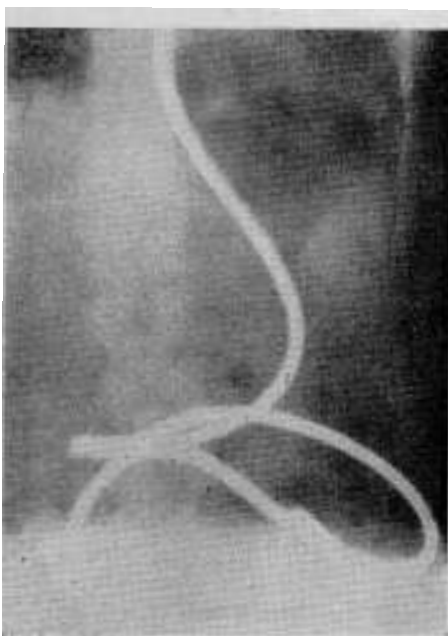
Numerosas asas delgadas uniformemente dilatadas. En extrema derecha colon con gases y materias.



**E. A. de G. — 1-IV-1949. —
11 días de operada. — 10 horas
de intubada. — Parada.**

Asas delgadas menos dilatadas,
niveles; gases en el colon. —
Extremo de la sonda en 1ª asa
yeyunal.

**E. A. de G. — 2-IV-1949. —
36 horas de intubación. Parada.**



La sonda ha descendido consi-
derablemente. Desaparición de
asas dilatadas, escasas burbu-
jas gaseosas a izquierda.



**E. A. de G. — 6-IV-1949. —
Parada. — 6 días de intubación,
5' después de inyectar bario.**

Extremo de sonda en últimas
asas delgadas. Yeyuno sin dila-
tación ni gases. Gases en colon.
Se inyecta pequeña cantidad de
emulsión poco densa de bario.
La sonda tiene orificios hasta
50 cms. de la oliva.

**E. A. de G. 6-IV-1949. —
6 días de intubación. — 10 mi-
nutos después de inyectar el
bario.**



Pliegues ileales normales.
Bario en últimas asas ileales.



E. A. del G. — 6-IV-1949. —
Parada. — 6 días de intubación.
2 horas después de inyectar el
bario.

Bario en últimas asas ileales
con su topografía habitual. —
Empieza a pasar bario al ciego.
Colon con gases.

E. A. de G. — 7-IV-1949. —
7 días de intubación. — 24 ho-
ras de inyectado el bario.

El bario que ha abandonado
el ileon progresó satisfactoria-
mente en el colon, ciego y col-
on ascendente libres. El bario
llena el resto del marco cólico
y la ampolla rectal.

