

TRABAJO DE LA CLINICA DEL PROF ABEL CHIFFLET

## **OCCLUSION INTESTINAL POST-APENDICEPTOMIA**

**Dres. Carlos Ormaechea y Alberto R. Aguiar**

### CONSIDERACIONES GENERALES

Traemos al Congreso este trabajo como colaboración al Tema general de Oclusión intestinal, desarrollado en el mismo.

El interés del tema, vastamente conocido, radica en su frecuencia y en los problemas que a diario plantea del punto de vista diagnóstico y terapéutico.

No es posible en una colaboración de esta índole, ni siquiera resumir someramente la vasta literatura al respecto.

De todo lo escrito, desde muchos años atrás, se puede deducir, en cambio, un concepto general sobre el problema, que clasifica este tipo de oclusiones en tres grandes grupos, como se aprecia en el cuadro N° 1. Se les clasifica y estudia en general con un ritmo horario, tal cual se observa en dicho cuadro, y en cada grupo del mismo se colocan distintas causas etiológicas.

**CUADRO N° 1**  
**OCLUSIONES POST - APENDICECTOMIA**

TIPOS	CAUSAS			
(1) Oclusiones precoces 24-48 primeras hs.	a) Ileo paralítico			
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manipuleos</li> <li>Tironeamientos</li> <li>Drenajes</li> <li>Peritonitis</li> <li>Persistencia de , desconocido</li> <li>Epiplóitis</li> </ul> </td> <td style="width: 5%; vertical-align: middle; text-align: center;">}</td> <td style="width: 45%; vertical-align: middle;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vísceras</li> <li>y</li> <li>Epiplón</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manipuleos</li> <li>Tironeamientos</li> <li>Drenajes</li> <li>Peritonitis</li> <li>Persistencia de , desconocido</li> <li>Epiplóitis</li> </ul>	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vísceras</li> <li>y</li> <li>Epiplón</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Manipuleos</li> <li>Tironeamientos</li> <li>Drenajes</li> <li>Peritonitis</li> <li>Persistencia de , desconocido</li> <li>Epiplóitis</li> </ul>	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vísceras</li> <li>y</li> <li>Epiplón</li> </ul>		
(2) Oclusiones mediatas de 3 a 6-8 días	b) Oclusión mecánica			
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adherencias</li> <li>Bridas</li> <li>Acodaduras</li> <li>Nódulos</li> </ul> </td> <td style="width: 5%; vertical-align: middle; text-align: center;">}</td> <td style="width: 45%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Absceso del Douglas</li> <li>Mechas</li> <li>Tubos de drenajes</li> <li>Adherencias</li> <li>Peritonitis plástica</li> <li>Vólvulos</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adherencias</li> <li>Bridas</li> <li>Acodaduras</li> <li>Nódulos</li> </ul>	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absceso del Douglas</li> <li>Mechas</li> <li>Tubos de drenajes</li> <li>Adherencias</li> <li>Peritonitis plástica</li> <li>Vólvulos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adherencias</li> <li>Bridas</li> <li>Acodaduras</li> <li>Nódulos</li> </ul>	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absceso del Douglas</li> <li>Mechas</li> <li>Tubos de drenajes</li> <li>Adherencias</li> <li>Peritonitis plástica</li> <li>Vólvulos</li> </ul>		
(3) Oclusiones tardías meses o años después	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: middle;">}</td> <td style="width: 5%; vertical-align: middle; text-align: center;">}</td> <td style="width: 45%; vertical-align: middle;">Bridas</td> </tr> </table>	}	}	Bridas
}	}	Bridas		

De esos tres grupos, la oclusión post-apendicectomía llamada tardía o alejada, se la ubica meses o años después del acto quirúrgico. Se insiste que entre ella y la llamada "mediata" hay siempre un intervalo neto, libre de cuadro oclusivo. Esa oclusión tardía es siempre de tipo mecánico y su causa es prácticamente siempre una brida (dejando de lado las complicaciones parietales por eventración, etc.) siendo su tratamiento siempre quirúrgico.

Este tipo de oclusión tardía no tiene ninguna relación en especial con la apendicetomía. Es una oclusión post-operatoria, similar a cualquiera otra, por cualquier otro tipo de intervención.

Por ello la dejaremos de lado en esta comunicación.

El tema se circunscribe así a los dos primeros tipos, que son los que plantean los verdaderos problemas de diagnóstico.

Sin duda que todas las causas capaces de producir una oclusión post-apendicetomía están incluidas y consideradas en cualquier clasificación clásica, como la expuesta.

Sin embargo estas clasificaciones que centran el problema en una evolución horaria del post-operatorio, no creemos que tengan una aplicación útil en la práctica diaria. En ésta el problema es el diagnóstico correcto de un cuadro oclusivo y su interpretación de mecánico, paralítico o mixto.

Cualquier tipo de oclusión mecánica es capaz de producirse en cualquier momento después de la intervención. Su importancia, condicionando siempre un tratamiento quirúrgico inmediato, obliga al cirujano a despistarla con certeza desde el primer momento, alejándose un poco del preconcepto de que oclusión en las primeras horas de una apendicetomía es igual a un íleo paralítico, aunque es innegable que su frecuencia es la mayor, y que su etapa de producción es la inmediata a la intervención.

En el 2º grupo se estudian las oclusiones llamadas "mediatas", y se les describe en su inmensa mayoría como de tipo mixto. Se hacen intervenir en sus mecanismos de producción factores de tipo íleo paralítico por distintas causas, y factores mecánicos de variada importancia, predominantes o no. Siempre intervendrían ambos factores condicionando la oclusión. Raramente en estos tipos se requiere una sanción quirúrgica. El factor mecánico en ellas es accesorio (mecha, tubo, absceso, peritonitis plástica) y en general es posible su eliminación con maniobras mínimas (sacar tubo de drenaje; retirar mechas, drenar un absceso, etc.) y resolver el cuadro con tratamiento médico.

Se incluyen sin embargo también en este cuadro, otras posibilidades de oclusión; vólvulos, bridas, etc., netamente mecánicas, graves, y que requieren un tratamiento quirúrgico.

Tampoco acá el factor tiempo condiciona el tipo de oclusión, y cualquier tipo de ésta puede observarse en ese período.

De nuevo no encontramos una justificación clara para ese factor tiempo de las clasificaciones.

De todo ello creemos que surge claro un concepto: la oclusión post-apendicectomía, con individualidad patogénica, debe considerarse en su conjunto, y lo que importa es su correcto y rápido reconocimiento, de ella y de su tipo, mecánica, paralítica o mixta y con ello su sanción terapéutica correcta.

**Repetimos: cualquier tipo de oclusión puede producirse en cualquier etapa del post-operatorio.**

Queda aún otro aspecto, y es el del enfermo con apendicitis y oclusión, en el cual en el post-operatorio persiste o se acentúa el cuadro oclusivo, y en él intervienen, aparte de todas las causas del post-operatorio, la posibilidad de la persistencia, por desconocimiento durante la intervención, del factor o factores iniciales causantes del cuadro oclusivo.

Creemos por todo lo expuesto, que es más práctica, más ajustado a la realidad de los cuadros clínicos, considerar las oclusiones post-apendicectomía como una entidad única, fuera del concepto horario de la evolución después de la intervención.

Pueden ser agrupadas así, en oclusiones paralíticas, mecánicas o mixtas, como se observa en el cuadro N° 2.

**Entran dentro de las primeras** los ileos paralíticos puros, comunes, con todas las causas conocidas capaces de producirlos, de diagnóstico fácil, y que sólo exigen tratamiento médico.

**El segundo grupo** lo constituyen las oclusiones mecánicas. Hecho el diagnóstico, en general también fácil, su tratamiento no ofrece dudas: debe ser siempre quirúrgico.

Su causa más frecuente es la brida y casi siempre ha sido desconocida en el acto operatorio.

Esta oclusión puede existir ya constituida antes de la apendicectomía o desarrollarse luego de ella, cuando la distensión de las asas intestinales determine la estrangulación por la brida ya existente y hasta ese momento asintomática.

**El tercer grupo** lo constituyen las oclusiones llamadas mixtas, verdadera realidad clínica, y que son las que en la práctica constituyen comunmente los mayores problemas de diagnóstico y tratamiento.

En su producción pueden intervenir todos los factores determinantes del ileo paralítico, a los que se agregan factores mecánicos de distinta índole. Entre ellos los más comunes son las me-

CUADRO Nº 2

OCLUSIONES POST - APENDICECTOMIA

TIPOS	CAUSAS
(1) Ileo paralítico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manipuleos</li> <li>Tironeamientos</li> <li>Anestesia</li> <li>Mala posición de vísceras al ser reintegradas al abdomen</li> <li>Epiploitis</li> <li>Peritonitis</li> </ul>
(2) Oclusión mecánica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bridas</li> <li>Vólvulos</li> <li>Acodaduras</li> <li>Adherencias</li> </ul>
Oclusiones mixtas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mechas</li> <li>Tubos de drenajes</li> <li>Abscesos</li> <li>Adherencias</li> <li>Peritonitis plástica</li> <li>Cuerpo extraño</li> </ul>
(4) Oclusiones independientes de la apendicectomía. (por causas pre-existentes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neoplasma de colon</li> <li>Sigmoiditis</li> </ul>

chas, los tubos de drenaje, absceso, cuerpos extraños, peritonitis plástica, etc.

Estos factores mecánicos a veces, accesorios otras veces, dominantes, pueden ocasionar por su simple acto de presencia accidente agudos de oclusión que ceden rápidamente luego del desplazamiento o retiro del agente de compresión. Otras veces los drenajes y las mechas determinan la formación de adherencias entre los diferentes segmentos intestinales en contacto de los cuales han sido colocados, y entonces, aún después de su retiro pueden originar oclusiones de tipo mecánico por adherencias (luego verdaderas bridas por organización fibrosa) creadas alrededor del lecho en que estaban colocadas.

El diagnóstico de este tipo de oclusiones es comúnmente difícil, aún con la ayuda de la radiología, y lo es sobre todo en lo que

se refiere a la exacta valoración del o los factores mecánicos en juego y de su participación en el cuadro oclusivo.

Insistimos que éste es el tipo de oclusión de más difícil interpretación en el post-operatorio y que la valoración de cuanto hay de mecánico y cuánto de paralítico en un cuadro oclusivo de esta naturaleza es lo que orienta su tratamiento correcto.

Si bien raramente estas oclusiones pueden requerir una sanación quirúrgica, su tratamiento debe ser siempre médico, y ello domina netamente el concepto terapéutico de este grupo en el momento actual.

De requerir la intervención quirúrgica ésta es diferida, nunca urgente y se hará luego del fracaso de aquél.

Ese tratamiento médico debe orientarse sobre todo hacia tres directivas: el uso de antibióticos, la degravitación del intestino por sonda, tipo Cantor, Miller, Abbott, etc., y el restablecimiento del equilibrio humoral roto siempre en esos casos por un doble mecanismo: la intervención quirúrgica y la oclusión intestinal.

Incluimos finalmente en las oclusiones post-apendicectomía una **cuarto grupo**, constituido por oclusiones determinadas por lesiones orgánicas del colon (neoplasma, sigmoiditis, etc.).

Estas oclusiones no presentan ninguna relación con el post-operatorio de la apendicectomía, pero han sido en esos casos las que han determinado la intervención quirúrgica equivocada, por el mecanismo bien conocido de la distensión dolorosa del ciego.

Persistiendo la causa originaria, desconocida o ignorada en la operación, la oclusión persiste y se agrava en el post-operatorio.

Es una oclusión de colon, cuyo reconocimiento y tratamiento precoces se imponen, sabiéndola despistar de entre las demás causas de oclusión post-operatoria.

De ello se deduce que hay que pensar en tales lesiones cuando en el post-operatorio de una apendicectomía se presenta una oclusión de colon.

#### DIAGNOSTICO

El diagnóstico de oclusión y el del tipo de la misma mecánica, paralítica, o mixta es ante todo un diagnóstico clínico.

La sintomatología de cada tipo es perfectamente conocida, y no la mencionaremos aquí.

Sólo diremos que ese diagnóstico clínico basado en síntomas y signos, puede y debe hacerse frente a un cuadro oclusivo.

Pero junto a él queremos insistir en dos palabras en uno de los auxiliares más valiosos de que se dispone para la interpretación de un cuadro oclusivo, como lo es en este caso la radiología.

Creemos que todo cuadro oclusivo después de una apendicectomía que presenta la más mínima duda de su exacta individualización deberá ser radiografiado.

Dará ello la seguridad en la evolución de un simple íleo paralítico, o permitirá en cambio muchas veces el reconocimiento precoz de un factor mecánico agregado, o de una oclusión mecánica desapercibida hasta allí, o enmascarada por una distensión paralítica.

### CONCLUSIONES

Consideramos que la oclusión post-apendicectomía es de cierta frecuencia.

Domina entre ella el tipo de oclusión paralítica, pero por los problemas de diagnóstico y tratamiento que plantea es la oclusión mixta la que adquiere mayor importancia.

Es indudable que el uso de mechas y de tubos de drenaje, por su sola acción de presencia primero, y luego por la reacción plástica que desencadenan, es el elemento que favorece más la producción de los factores mecánicos.

Su uso debe ser siempre reducido a los casos estrictamente necesarios y evitando su prodigación inútil se cumplirá el primer punto en la profilaxis de las oclusiones de la apendicectomía.

Hoy en día su empleo es cada vez más reducido por la seguridad que otorgan en la mayoría de los casos el empleo de los distintos antibióticos disponibles.

Se les reducirá al mínimo, desde luego, con el diagnóstico correcto y el tratamiento quirúrgico precoz, de toda apendicitis aguda.

Cuando su uso sea necesario, darles una correcta ubicación, en la parte externa de la F.I., por la cara externa del ciego, evitando en lo posible el contacto con el intestino delgado.

La exploración correcta, siempre dentro de lo que permite cada caso, evitará el desconocimiento de una brida u otro tipo de lesión.

Esa exploración deberá ser más cuidadosa aún, en aquellos casos de apendicitis y oclusión.

El manoseo mínimo, las maniobras suaves, y el ordenamiento de las vísceras cuando se abandonan en el abdomen, son otros tantos elementos de importancia en la profilaxis de estos cuadros oclusivos de observación cada vez menos frecuente en las Salas de Cirugía.

## RETICULO SARCOMA ALTO DE YEYUNO CON CUADRO SUB-OCCLUSIVO Y OCLUSIVO DIGESTIVO ALTOS, SIMULANDO UN SÍNDROME PILÓRICO

Dres. José Nande Aramburu y Jorge Labrot

Con la colaboración anatómo-patológica del Dr. Aguiar

J. A. de S., de la Clínica privada, 64 años, uruguayo, casado.

**Anamnesis. — Motivo de consulta:** Síndrome dispéptico con sensación de distensión epigástrica post-prandial, dolor de región celiaca e interestigado izquierdo, acompañado de pereza digestiva, constipación marcada, adelgazamiento, inapetencia, estado nauseoso y vómitos de alimentos.

Antecede un cuadro catarral respiratorio en el mes de enero de 1954, rebelde a las terapéuticas habituales, por lo que consulta al Prof. Julio C. García Otero; ordena el Dr. García Otero, un estudio radiográfico de estómago, duodeno e intestino, por ingestión y por enema.

Informe del Dr. Zerboni: El medio de contraste penetra sin dificultad y llena la cavidad gástrica en modo uniforme, siendo sus contornos y pliegues normales. El píloro está bien centrado en el eje antro bulbar.

El duodeno presenta un bulbo alargado, deformado, existiendo en varios de los negativos obtenidos, escotaduras permanentes y una imagen de pliegues dispuestos en forma radiada, muy sospechoso de corresponder a un nicho.

El tránsito de la comida opaca por el intestino, no muestra retenciones anormales en las asas delgadas. Los segmentos cólicos aparecen con discreto espasmo. El régimen dietético y la medicación antiácida, algo le mejora, pero no le desaparece la distensión epigástrica y el dolor del dorso, que a la enferma preocupa, temiendo una lesión neoplásica cutánea, pues presenta un nevus pigmentado del dorso.

Es examinada por el Dr. Nande Aramburu, el día 4 de mayo.

**Examen clínico. —** Enferma adelgazada, discretamente pálida, lengua saburral, abdomen distendido en la parte alta (hemiventre superior: celiaco e hipocondrio izquierdo) poco dolor a la movilización, timpano con basaqueo gástrico marcado. Sonoridad de Traube o epigástrica, que