

CLINICA QUIRURGICA DEL PROF. J. C. DEL CAMPO

## **OBSTRUCCION CERRADA BIPOLAR EN ASA OMEGA DEL INTESTINO DELGADO**

**Prof. Agr. J. E. Cendán Alfonzo  
Dres. Federico Latourrette y Omar Clark**

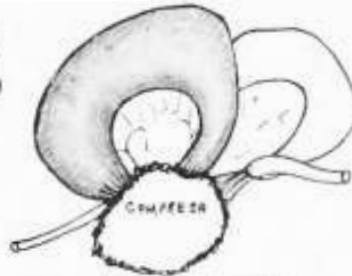
El objeto de esta comunicación es destacar una entidad que por sus características anatómicas, clínicas y radiológicas, por su evolución rápidamente grave, por su pronóstico serio y por sus indicaciones terapéuticas especiales, merece ser individualizada dentro de las oclusiones mecánicas del intestino delgado.

La obstrucción cerrada bipolar, en asa omega, del intestino delgado, merece ese nombre por sus características anatómicas, que condicionan su expresión clínico-radiológica y su evolución.

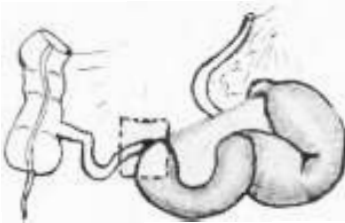
CUADRO 1



ASA Ω POR BRIDAS



ASA Ω POR ADHERENCIAS



ASA Ω POR VÓLVULO



ASA Ω POR ACODAMIENTO



ASA Ω POR ESTENOSIS  
DISTAL Y BRIDA PRÓXIMAL



ASA Ω POR BRIDAS CON  
COMPRESIÓN MESENTÉRICA

Esquemas de las formas observadas de oclusión cerrada, bipolar, en asa omega, del intestino delgado

Se trata de un asa, generalmente ileal baja, a menudo relativamente corta, que como consecuencia de bridas, adherencias, estenosis, acodamiento, etc., solos o combinados, actuando en sus dos pies, queda cerrada entre las dos causas de la obstrucción, adoptando el aspecto de un asa omega. Queda así sometida a una rápida hipertensión frente a la cual, dada su corta longitud habitual, tiene muy pocas posibilidades de compensación, con la consiguiente amenaza rápida de su vitalidad y las consecuencias que de ello derivan.

En la práctica usamos, con fines de diagnóstico y orientación

CLASIFICACION DE LAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO DELGADO

(Base fisiopatológica y clínica)

OBSTRUCCIONES MECANICAS	} Altas y bajas	SIMPLES	ABIERTAS	{ de causa: canalicular, parietal o extrínseca
			CERRADAS	{ ángulo duodenoyeyunal, pinza aórticamesentérica, piloro, etc.
		PRIMITIVO mesentérico	ABIERTAS	{ invaginación intestinal; infarto mesentérico.
			CERRADAS	{ vólvulos; hernia estrangulada; estrangulamientos inter...
CON COMPROMISO VASCULAR	} SECUNDARIO parietal por distensión	CERRADAS	ABIERTAS	{ simples evolucionadas.
			OBSTRUCCIONES BIPOLARES EN ASA OMEGA	{ obstrucciones bipolares extensas (simples cerradas) bridas, acodamientos, adherencias, estenosis,
			OBSTRUCCIONES DIVERTICULARES	{ asa aferente de gastrectomía Billroth II
COMBINADO (mesentérico y parietal)				
OBSTRUCCIONES FUNCIONALES	} 2	DINAMICAS O ESPASMODICAS	{ refleja pura - neurósica refleja de causa local - cólico de plomo refleja de origen vascular - Traumas vasculares; embolias; infarto mesentérico.	
		ADINAMICAS O PARALITICAS	{ refleja pura - traumatismos raquimedulares; retención de orina; etc. refleja de causa vascular - infarto mesentérico	
		generalizadas o segmentarias	{ por procesos locales { peritonitis; traumatismos de intestino; hematomas retroperitoneales; etc.	
ILEOS FUNCIONALES (dinámicos y adinámicos) - cólico nefrítico, cólico hepático, etc.				
FORMAS COMBINADAS	} 3	— Oclusiones inflamatorias con adherencias.		
		— Complicaciones mecánicas de las obstrucciones funcionales (acodamientos, etc.)		
(Desde el principio o evolutivas)		Elemento funcional en las oclusiones mecánicas:		
		{	reflejo (obstrucciones estrangulación)	
		{	por agotamiento del intestino (obstrucciones simples)	

terapéutica, la siguiente clasificación de las oclusiones del intestino delgado, basada en su fisiopatología. (Véase cuadro II).

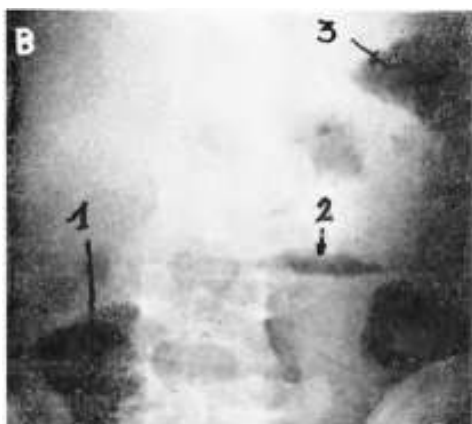
Dentro del subcapítulo de las obstrucciones mecánicas con compromiso vascular, y al lado de las oclusiones con compromiso vascular mesentérico, primitivo en general, constituyendo la clásica forma de la obstrucción estrangulación, distinguimos un subgrupo en el cual, el compromiso vascular que lleva a la necrosis parietal es debido a la distensión con hipertensión del asa, la que provoca el colapso de los vasos parietales, y la isquemia consiguiente.

Esta forma, posible como evolutiva en las oclusiones simples, abiertas o cerradas, es una eventualidad rara en esos casos, pues el intestino tiene muchas posibilidades de defensa contra la distensión: en las abiertas, por razones obvias; y en las cerradas, por la gran extensión del sector comprendido entre los dos polos con amplia posibilidad de compensación. En estas formas el elemento decisivo en la evolución es el desequilibrio humoral.

En cambio el factor hipertensión intraluminal adquiere jerarquía particular en las **obstrucciones diverticulares** del tipo de las oclusiones del asa aferente postgastrectomía tipo Billroth II, y sobre todo en las **obstrucciones bipolares en asa omega**, provocadas por bridas, adherencias, estenosis, acodamientos, torsión, etc.

El **vólvulo**, el **estrangulamiento interno**, y la clásica **hernia estrangulada**, constituyen en muchos casos, formas de oclusión cerrada bipolar, pero en ellas el elemento fundamental que rige la evolución y el pronóstico, es en general el compromiso vascular mesentérico como fenómeno primitivo; aún en ciertos casos los fenómenos obstructivos y sus consecuencias pueden ocupar lugar secundario y de menor importancia. Por eso, y por ser entidades bien conocidas las separamos de nuestro estudio a pesar de su frecuencia y de los grandes puntos de contacto que tienen con las formas a las que dedicamos preferente atención.

Las **obstrucciones diverticulares**, tienen del punto de vista fisiopatológico y evolutivo mayores puntos de contacto que las anteriores con la obstrucción bipolar. En ellas el compromiso vascular es parietal y secundario a la hipertensión del asa cerrada. Tampoco las consideraremos acá porque constituyen enti-



**Radiografías simples de abdomen.**

A. en decúbito dorsal; B y C. de pie. (Observación 7)

Esta serie de placas muestra:

Persistencia de la imagen del asa excluida (1) invariable en su aspecto y topografía (Placas A. B y C).

Existencia de gases en colon al principio (Placas A y B. (3). obstrucción abierta de delgado

Evolución progresiva de la (Placas B y C (2) por encima del asa excluida.

dades bien definidas y en las cuales no hay habitualmente interferencia mecánica en la continuidad del tubo digestivo.

Así situada la obstrucción cerrada bipolar, en asa omega, del intestino delgado por obstáculos de los dos pies del asa, pasamos a relatar observaciones que consideramos demostrativas.

### OBSERVACION I

#### **Obstrucción en asa cerrada de última asa ileal entre foco operatorio de apendicitis (adherencias) y acodamiento proximal sobre mesenterio.**

Raúl G., 25 años. Oriental, soltero. Cerro Largo. Historia Nº 535.

Operado hace 6 días en Melo, de apendicitis aguda. Se practicó apendicectomía y se dejó sulfamida en polvo en el foco. Apendicectomía fácil. Cierre sin drenaje.

Al 2º día se le indica purgante, que le ocasionó vómitos, dolores cólicos abdominales y distensión abdominal. Desde entonces hasta hoy, vómitos biliosos y detención de materias y de gases. Se le hidrató y rechloruró y como no mejoraba, se le traslada en avión a Montevideo.

**Examen al ingreso.** Enfermo ansioso, agitado, polipneico. Mal estado general. Pulso 120. P. A. 13-8. T. Ax. 37º. Rectal 38º. Facies congestivo. Mucosas coloreadas. Lengua húmeda, saburral. Durante el examen tiene un abundante vómito porráceo. Hematocrito 20 %. Cloremia: Cl. globular 2,11 Cl. plasmático 1,30.

**Abdomen.** — Inmóvil a la respiración. Distensión uniforme. Pared tensa. Dolor a la presión y a la descompresión difuso. Silencioso a la auscultación. Tacto rectal, Douglas muy doloroso, ocupado (por líquido al parecer).

**Estudio radiológico.** — Oclusión mecánica del delgado. Ausencia de gases en colon. El obstáculo parece alto, a la izquierda del promontorio. Pelvis opaca. Pocos niveles.

Con diagnóstico de obstrucción mecánica postoperatoria de tipo obstrucción estrangulación por brida se resuelve intervenir.

**Operación.** — Raquinovocaína 12 cgrs. Mediana supraumbilical. Abierto el peritoneo viene líquido serofibrinoso que se aspira. Asas delgadas distendidas. Se explora zona del promontorio, comprobando un acodamiento del ileon sobre el eje mesentérico, con asas muy distendidas, pero de color normal por encima, y asas infartadas por debajo. Se destuerce. La zona de la estrictura es viable. Hacia F. I. D. en zona del foco operatorio, el ileon terminal adhiere a la pared y está acodado. Se le despega. Se observa su evacuación hacia ciego. La última asa ileal recobra así color y peristaltismo. Reintegración. Cierre por planos.

En la misma mesa de operaciones el enfermo tiene una debacle diarreica, de aspecto porráceo.

Postoperatorio sin incidentes. Alta al 9º día.

## OBSERVACION 2

**Obstrucción en asa cerrada de íleon, por adherencias en ambos pies, consecutivas a una operación por proceso peritoneal 10 años antes.**

Miguel D., 57 años, oriental, Hospital de Clínicas. Historia 4798, 1954.

Operado hace 10 años con incisión de Jalaguier por proceso peritoneal agudo en F.I.D. Según datos del enfermo, se le drenó un absceso de la región y en el mismo acto operatorio se practicó extirpación del apéndice sano. Evolucionó bien.

**Ingresa** el 13.VII.54 por cuadro oclusivo. Comenzó 2 días antes, con dolores violentos, a tipo cólico, de iniciación brusca 5 horas después de una cena habitual. Luego, vómitos abundantes, de alimentos y biliosos. Se le practicó una inyección de morfina-atropina y se le indicó internarse. El enfermo no aceptó, pero como siguiera con dolores y no mejorara, concurrir al hospital dos días después.

En el momento del ingreso acusa intensos dolores en hipogastrio y sensación subjetiva de tumefacción hipogástrica; siguen los dolores cólicos y persisten los vómitos copiosos. Expulsó materias blandas y gases con un enema hace dos días. Ayer, nueva deposición espontánea. Desde entonces, retención completa de materias y gases.

**Examen.** — Estado general conservado. Lengua húmeda. Enfermo que sufre mucho. Pulso 114 con extrasístoles. 36°8 Axilar, 37°4 Rectal. P. A. 14-10.

**Abdomen.** — Balonamiento uniforme con tensión. Movilidad respiratoria conservada. Se aprecia una **tumefacción hipogástrica** con el aspecto de un globo vesical. Se descarta la retención de orina pues por sondeo se extraen sólo 60 c.c. de orinas concentradas. No hay antecedentes de infecciones urinarias.

**Dolor** espontáneo poco intenso permanente, en el hemiventre inferior. Por momentos intensas exacerbaciones de tipo cólico. **Sensación subjetiva de tumefacción tensa hipogástrica.**

**Palpación.** — Pared que se contrae, defendiéndose por el intenso dolor provocado, en hipogastrio, a cuyo nivel hay una **tumefacción mate, exquisitamente dolorosa, de consistencia de plastrón, de límites imprecisos, silenciosa a la auscultación.** La palpación es difícil por la obesidad parietal y el dolor local.

Resto del vientre: elástico por el balonamiento; hipersonoro; poco dolor. Fosas lumbares libres.

Tacto rectal: Próstata s/p. Douglas ocupado, con sensación de asas distendidas, dolorosas.

**Antecedentes.** — Específico tratado. Antiguo dispéptico vesicular.

### **Estudios Radiológicos:**

13.VII. Las placas muestran gran íleo del delgado, tomando veyuno e íleo. Distensión importante pero conservando las válvulas de

Kerkring. Disposición transversal de las asas. Abundante líquido intraperitoneal. Niveles líquidos y opacidad en pelvis que persiste en el decúbito. Gases en el colon, especialmente en ciego. Aspecto de ileo mecánico incompleto de delgado bajo, con gran componente funcional.

14. VII. — Aspecto similar.

16. VII. — La sonda Cantor pasó a duodeno 3°. Sin embargo, la obstrucción se completó. No hay gases en colon. Persiste la distensión del delgado.

**Exámenes al ingreso.** — Leucocitosis: 24.000. Urea 1gr.80. Hematocrito 58 %. **Orina:** albuminuria 0.50. Sedimentos: púscitos, abundantes glóbulos rojos y cilindros hialinos.

**Evolución.** — Se le hace plasma; sueros intravenosos; Oxígeno; estimulantes y antibióticos. Intubación con sonda de Cantor; 7 horas después del ingreso tiene vómitos fecaloideos. La sonda no pasó a duodeno.

Gran deshidratación, excitado, oliguria pronunciada, cianosis periférica, 120 de pulso y presión 14/9.

En los días siguientes: se logra hidratarlo adecuadamente; la sonda Cantor pasa a duodeno, con lo cual se alivia la distensión, mejorando el pulso y la diuresis y se mantiene apirético.

El abdomen es libre en v. superior. Sin embargo, por la tarde hace periodos de excitación con pulso acelerado y el vientre inferior persiste intensamente doloroso.

Consideraciones. — Por el estudio clínico y radiológico se llega a la conclusión de que se trata de una obstrucción del delgado bajo, por adherencias inflamatorias a un proceso pelviano, casi seguramente supurado y profundo, retromesentérico. Como la obstrucción no es completa, pues hay gases en colon y se logra una intubación correcta, se decidió esperar hasta mejorar el estado oclusivo y general y permitir así un más fácil abordaje del proceso inflamatorio pelviano.

Pasa así hasta el 5° día de internado, en que bruscamente la obstrucción se hace completa, aparece dolor a la presión y descompresión en hipogastrio, a tipo pungitivo. Al tacto rectal: no se sacan datos positivos. Pulso 100. Pr. art. 12/8. Leucocitosis 11.400 con 81 % de polinucleares. La urea se mantiene vecina al 1 gr. 80.

Se decide **intervenirlo con anestesia local.** — **Operación: Laparotomía mediana infraumbilical:** Abundante líquido seroso ligeramente hemático en el peritoneo. Última asa ileal chata, unida por adherencias a la cicatriz de Jalaguier, por encima de la cual hay un asa muy distendida de color rojo vinoso, acodada en U, y adherida por sus dos pies, aislada, en oclusión cerrada, y por encima de ella todas las asas delgadas están distendidas, en oclusión abierta.

Al deshacer las adherencias que son laxas, vienen 40 c.c. de pus amarillo cremoso que se aspira y al movilizar se comprueba una perforación en el pie del asa ocluida, que estaba tapada por adherencias, dando salida a abundante contenido intestinal que se aspira. Se secciona una brida resistente que mantenía fija al asa en la profundidad: está



muy friable y alterada y tiene una longitud de 50 cms. quedando por debajo ilcon sano en unos 60 cms. Se exterioriza y se practica resección de un metro de intestino con enteroanastomosis término-terminal.

Lavado peritoneal, drenaje del Douglas y del foco. Cierre en un plano, dejando 1 gr. Estreptomocina y 200.000 u. de penicilina en el peritoneo.

**Examen de la pieza** (Informe del Dr. J. F. Cassinelli):

"Segmento de intestino de aproximadamente 80 ctms. de longitud, de los cuales aproximadamente en unos 25 ctms. tiene una apariencia congestiva y hemorrágica intersticial difusa, que se destaca netamente del resto. Los dos extremos de esta zona patológica están marcados por un estrechamiento del calibre intestinal, pero sólo a nivel del límite inferior el aspecto macroscópico corresponde más o menos vagamente a un surco de constricción. Hay además en la zona patológica, varias áreas úlcronecróticas revestidas por exudados. Sobre todo en la mucosa correspondiente al borde de inserción mesentérica.

Del lado seroso, engrosamiento del mesenterio, por edema, congestión y hemorragia intersticial y focos gris-verdosos de aspecto supurado.

**El estudio histológico** muestra lesiones de necrosis hemorrágica por infarto, del tipo de la necrosis gangrenosa. Reacción inflamatoria purulenta secundaria."

**Evolución postoperatoria:** El enfermo no se recupera; muere en colapso por peritonitis 2 días después.

**Consideraciones finales.** — Por el cuadro clínico de proceso inflamatorio de pelvis, la leucocitosis muy elevada, el dolor permanente del hipogastrio y la percepción de una tumefacción en dicha zona, se interpretó la oclusión como producida por un proceso plástico de las últimas asas delgadas. Teniendo en cuenta que se trataba de una obstrucción incompleta (gases en el colon) y dada la gravedad del estado general y la profundidad del proceso inflamatorio se hacía difícil su abordaje y muy riesgosa la intervención. Se decidió realizar el tratamiento médico correspondiente. Dicha conducta fué adoptada en la seguridad de que se estaba frente a una obstrucción simple, sin compromiso de la vitalidad de la pared intestinal.

La evolución de los 4 días siguientes pareció dar razón a la conducta adoptada, pero a partir de ese día aparecen signos de agravación, entre los cuales fundamentalmente **obstrucción completa, dolor punzitivo y reacción peritoneal.**

Las comprobaciones operatorias y anatomopatológicas mostraron que se trataba de una **oclusión cerrada de asa ileal baja,**

con avanzadas lesiones ocasionadas por perturbación circulatoria por hipertensión intraluminal. Es evidente que la tumefacción hipogástrica apreciada por la clínica y la radiología correspondía fundamentalmente al asa excluida.

La existencia de signos de obstrucción incompleta inicial (gases colon) desvió la apreciación exacta de la tumefacción hipogástrica. De habérsela interpretado como debida al asa excluida, la indicación de intervención no podía ser diferida.

### OBSERVACION 3

**Obstrucción en asa cerrada amplia, de más de 1 metro por brida en el pie distal y vólvulo con acodamiento en el pie proximal, sobreviviendo en el postoperatorio inmediato de una perforación gastroduodenal tratada por cierre simple y drenaje del Douglas.**

Francisco H., 50 años. Alemán. Hospital Maciel. Sala San Luis. Historia N° 1116. 1952.

Ingresa por cuadro agudo perforativo. Es intervenido a las 4 horas del comienzo y se comprueba perforación de úlcera de cara anterior de estómago, que es tratada con cierre simple, y epiploplastia. Se practica botonera suprapúbica y drenaje del Douglas, que da salida a abundante líquido de exudación peritoneal.

En los 2 primeros días la evolución es normal y el tubo del Douglas da abundante líquido.

Al 4º día hace un cuadro doloroso brusco tipo cólico con distensión abdominal y sin reacción peritoneal. Se le intuba y se extrae gran cantidad de líquido. Mueve el intestino con un enema.

Al 5º día la sonda de intubación no drena nada, el abdomen sigue distendido y no duele. Se le retira la intubación.

Al 6º día, bruscamente, dolor intenso abdominal, colapso, polipnea superficial. Se piensa en peritonitis por falla de sutura. Dada la extrema gravedad del cuadro, no se reinterviene. Transfusión, oxígeno, intubación que da líquido bilioso y hemático. 12 horas después fallece en colapso periférico con cianosis, gran distensión y dolor difuso en todo el vientre.

**Autopsia.** — No hay peritonitis. Sutura gástrica en perfectas condiciones. **Intestino delgado** enormemente distendido conteniendo líquido hemático en su interior. Hay una adherencia fibrinosa del ileon al fondo de la pelvis, por encima de la cual hay un vólvulo parcial del delgado. La zona volvulada está excluida en una extensión de más de 1 metro; a cuyo nivel el intestino está muy distendido y rojo vinoso. El mesenterio no está comprometido y la circulación se hace bien.

Las primeras asas yeyunales y las últimas ileales están de aspecto normal.

**Consideraciones finales.** — El hecho de producirse en un postoperatorio reciente de peritonitis, y la posibilidad de una falla de sutura, unida a la gravedad del cuadro hizo orientar el diagnóstico hacia el de falla de sutura. El cuadro doloroso sufrido 2 días antes indicaba sin embargo, ya el comienzo de un vólvulo parcial. Es importante notar que de no mediar la obstrucción cerrada, con hipertensión, por brida en el pie distal y acodamiento en el proximal, las consecuencias del vólvulo no hubieran sido fatales, pues la circulación mesentérica no estaba alterada.

#### OBSERVACION 4

**Obstrucción bipolar de dos asas ileales, en asa cerrada, por bridas parietales consecutivas a operación ginecológica por incisión de Pfannenstiel.**

Paulina F. de R., 48 años. Oriental. C. - H. Maciel. Sala P. Ramón. Historia 1951.

Ingresa por cuadro agudo abdominal datando de 48 horas.

Comenzó 5 horas después de una comida habitual, estando en plena salud aparente, en forma brusca, con **dolores** epigástricos y umbilicales que pronto irradian a todo el vientre, de carácter cólico, muy intensos y frecuentes. Vómitos abundantes, primero de alimentos, precozmente biliosos, que no alivian el dolor. Tuvo una deposición espontánea y de caracteres normales.

**Evolución.** — Durante las primeras 24 horas, los dolores cólicos continuaron en forma intensa e intermitente, con ruidos de gases y vómitos biliosos en los períodos álgidos. Ausencia de materias y gases.

Entre las 24 y 48 horas, los dolores disminuyen de frecuencia e intensidad. No vomita más sino cuando ingiere agua. Subjetivamente se encuentra mejor. **Pero aparece dolor permanente** en región infraumbilical, frente a la cicatriz de Pfannenstiel (por intervención ginecológica, al parecer quiste ovárico, hace 15 años).

En esas condiciones ingresa al Maciel, 48 horas después de iniciado el cuadro.

**Examen.** — Lúcida, buen estado general y de nutrición; ligera deshidratación. Apirética. Pulso 80, regular. Dolorida.

**Abdomen.** — Globuloso sin ser tenso, especialmente en mitad inferior, por encima de la cicatriz. Móvil a la respiración, especialmente hemivientre superior que está libre. **Dolor permanente** infraumbilical espontáneo y provocado, poco intenso, al que se agregan fuertes crisis de dolor cólico con aceleración del pulso a 100-110 y sudores, sin vómitos, durando algunos minutos.

**Palpación.** — Hemivientre superior libre. Bajo vientre, dolor, defensa antálgica, no hay signos de reacción peritoneal. Parece palparse una tumefacción, hipogástrica como si fuera un globo vesical, pero el sondeo

solo retira 30 c.c. de orina normal; da la impresión de una zona empastada bajo los rectos.

**Escasos lumbares** libres y no dolorosas.

**Examen genital.** — Douglas no doloroso. Utero en A.V. movilización posible pero dolorosa.

**Estudio radiológico** (Placas 56925). En la **placa de pie** se observan 2 asas delgadas llenas de gas con niveles líquidos situados transversalmente frente a 4ª lumbar. Escasos gases en colon, acumulándose 3 burbujas en zona del ángulo hepático y ciego. Resto del abdomen opaco.

En **decúbito** aparece otra asa distendida, al parecer del delgado. La sonda ha pasado al duodeno.

**Evolución en el hospital.** — 12 horas después dolor discreto permanente y dolores a tipo cólico. La Cantor ha drenado 180 de líquido duodenal bilioso de aspecto normal en 8 horas.

Enferma sedienta, lengua seca, 108 pulso. Insomnio por dolor lumbar bilateral.

Abdomen igual de aspecto, pero aparece dolor a presión y decompresión en bajo vientre con discreta defensa. En el curso del examen crisis de dolor cólico infraumbilical que corre hacia abajo y a la auscultación ruidos hidroaéreos de timbre metálico que cesan luego completamente.

**Nuevo estudio Raycs X.** — Aumentó el Nº de asas distendidas, se ven por lo menos 4 arcos transversales de asas ileales frente a 3ª y 4ª L. con niveles líquidos importantes en la placa de pie; han desaparecido los gases del colon quedando al parecer una burbuja en el extremo izquierdo del transversal.

La Cantor está en duodeno. Se distinguen netamente 2 grupos de asas. Unas con gran distensión y niveles líquidos que corresponden a las que se habían hallado en el examen radiológico anterior, y cuyos extremos se dibujan netamente.

Otras, las dos asas agregadas últimamente tienen poca distensión y escasos niveles y sus válvulas de Kerkring son más visibles.

**Consideraciones pre-operatorias.** — Se trata evidentemente de una oclusión mecánica del delgado que empezó hace 3 días, al parecer incompleta al comienzo de tipo obstructivo simple, baja, y que se hizo completa a las 48 horas, apareciendo síntomas de estrangulación. Llama la atención la ausencia de vómitos en las últimas 24 horas y los caracteres del líquido de sondeo que no son los comunes de oclusión evolucionada.

Pero la placa es terminante, mostrando una oclusión baja, ileal, cerrada del delgado, en 2 de las asas, abierta incipiente por encima.

**Causa posible:** adherencias post-operatorias pelvianas.

**Operación.** — Anestesia general. Mediana infraumbilical. Líquido hemático abundante, con olor a colibacilos (intestino permeable).

**Oclusión bipolar del ileon bajo por bridas** en la cicatriz de Pfannens-tiel. El asa ileal excluida está rojo-vinosa por la distensión, pero se recupera una vez seccionadas las bridas. Oclusión ileal abierta por encima.

La zona de estrangulación por bridas en el pie distal, que es la de vitalidad más comprometida, es hundida por sutura serosa longitudinal.

Postoperatorio: Fallece en colapso 5 horas después.

## OBSERVACION 5

### Obstrucción ileal en asa cerrada por adherencias a un foco de peritonitis anaxial, con vólvulo consecutivo y acodamiento sin participación mesentérica.

Mirta C., 21 años, oriental. H. Pasteur, Sala 22. Historia 18721, 1947.

**Antecedentes.** — Operada en Octubre de 1945. Colectomía por litiasis y apendicectomía en frío. Evolución postoperatoria normal.

Reingresa en Abril de 1947 por obstrucción incompleta de delgado baja, con dolor localizado en F.I.I., culminación de una serie de dolores cólicos periumbilicales propagados a F.I.D., a veces con vómitos y constipación de varios días. Se intuba drenando líquido bilioso oscuro y cediendo los dolores. Después de tres días en los que mejora rápidamente, moviliza abundantemente el intestino, y es dada de alta el 6 de Mayo en buenas condiciones. Pasa tres días sin novedad.

El 9 de Mayo ingresa por nuevo episodio obstructivo. Comienza poco después de comer, bruscamente, con dolor intenso epigástrico que difunde a hipocondrio y fosa iliaca izquierda, con irradiaciones a hemitórax y hombro izquierdo. **Dolor continuo** con exacerbaciones paroxísticas a tipo cólico muy intensas, acompañado de vómitos de alimentos y detención de materias y gases.

**Examen.** — Dolorida, lengua húmeda. Pulso 84. Apirética.

**Abdomen.** — Discretamente balonado. Dolor espontáneo y provocado sobre todo en F.I.I. a la palpación profunda y dolor espontáneo en epigastrio.

**Examen genital y rectal:** sin particularidades.

**Tratamiento.** — Intubación con sonda Miller Abbott, antiespasmódicos, hidratación.

**Evolución.** — Al día siguiente continúa con los dolores y algunos vómitos. No funcionó la sonda. Se palpa en F.I.I. una tumefacción con los caracteres de lo que parece ser un asa distendida.

#### Estudio Radiológico:

**Placa de pie.** — Se observan niveles hidroaéreos en delgado. Parece haber algunos gases en colon. Resto del abdomen opaco.

En la tarde se comprueba: Distensión del bajo vientre; parece palparse un asa distendida en F.I. izq. Por esos datos se hace diagnóstico de sufrimientos vascular del intestino. La sonda de M.A. retira un litro y  $\frac{1}{2}$  de líquido intestinal porráceo y gases en cantidad, disminuyendo la distensión y la defensa. Transfusión.

**Operación.** — Es intervenida 24 horas después del comienzo del cua-

dro. **Raquinovocaina.** Transfusión: 400 c.c. de sangre. Antes de la incisión expulsa gases y líquidos y disminuye la tensión del vientre.

Laparotomía mediana infraumbilical: viene líquido claro 150 c.c. Asas delgadas distendidas, unas rojizas y otras cianóticas.

La causa de la oclusión es un foco de peritonitis pelviana al cual adhieren 2 ó 3 asas delgadas con adherencias glutinosas: viene del foco, líquido sanguinolento, gleras rojizas y restos purulentos antiguos. El fondo del foco está formado por los anexos derechos.

Se busca el intestino colapsado y se comprueba entonces que hay un vólvulo de la mitad inferior del ileon, en sentido de las agujas del reloj y de 360° a 480°. Ciego chato, arrastrado hacia arriba por el ileon terminal también chato que sube a derecha del mesenterio y corta transversalmente un paquete de asas delgadas, y desciende luego a la pelvis. Se palpa bien en la pared posterior el mesenterio torcido formando una cuerda por delante de la columna.

Hay dos bridas epiploicas que van del colon hacia la izquierda y abajo cruzando las asas delgadas a las que adhieren fuertemente y estenosan, originando una zona de obstrucción cerrada sin que exista todavía alteración parietal. Sección de las bridas.

Detorsión del mesenterio y ordenación de las asas. Cierre sin drenaje.

**Resumen.** — Oclusión por adherencias a un foco de peritonitis aneal y vólvulo consecutivo, con obstrucción cerrada del ileon adherente.

#### OBSERVACION 6

**Oclusión mecánica cerrada baja en asa omega de delgado por adherencia a cuerpo extraño (compresa).**

Antonio A., 31 años, oriental, soltero, Hospital Maciel, Sala Artigas 25, VIII.53.

1er. episodio. Ingresa al Hospital Maciel el 25.VIII.53 por cuadro oclusivo datando de 13 horas.

**Antecedentes** — El 22 de Junio sufre una herida de arma blanca de epigastrio. Se le opera en Carmelo con una incisión transversa y vertical (en L). Según el enfermo no había herida de víscera hueca. Herida de hígado que fué suturada. Hemorragia importante intraperitoneal. Se cerró la herida y se drenó el Douglas por vía suprapúbica.

El post-operatorio fué al parecer bueno aunque tuvo un ileo post-operatorio prolongado. Luego, y estando aun internado, comenzó a sentir dolores abdominales y sensación de plenitud gástrica fácil, con distensión postprandial. Por ese motivo se prolongó su estadía en el hospital no siendo dado de alta hasta 30 días después.

A su salida del hospital, no siguió bien. Siempre con trastornos en su tránsito intestinal, consistentes en dolores abdominales bajos y distensión postprandial, con periodos de constipación que cedían con lavajes. Pasa así, con fenómenos obstructivos incompletos y pasajeros, hasta

fines de este mes, aunque, desde hace 3 días, sus sufrimientos aumentan y no ceden ni con antiespasmódicos ni con enemas.

Anoche, 24 de Agosto, a las 23 horas, siente un dolor intenso, fijo, en región infraumbilical, con frecuentes dolores a tipo cólico de flanco izquierdo. Vomitó la sopa y la fruta que había ingerido en la cena. Desde entonces no tuvo vómitos ni náuseas. Última deposición, con un enema, hace 24 horas, sin caracteres anormales, escasa. Desde las 23 horas no expulsa gases. Tiene sensación de tensión en su región infraumbilical. Orina normalmente.

**Examen:** Hora 17: Enfermo en buen estado general y de hidratación. Apirético. Llama la atención su taquicardia regular, de 100, que no concuerda con su aspecto. Nada de particular en el examen general, fuera de su abdomen.

**Abdomen.** No distendido. Ligeramente saliente en zona infraumbilical, por debajo del extremo inferior de una cicatriz en L de epigastrio e hipocondrio izquierdo, correspondiente a la intervención del 22 de Junio. Dicha cicatriz está eventrada en la línea media.

La pared se mueve poco a la respiración pues el enfermo sufre y la mantiene contraída.

A la palpación: dolor y defensa en toda la región umbilical y hacia abajo, donde se palpa una tumefacción cuyos caracteres son difíciles de apreciar por la defensa. A la auscultación se sienten algunos ruidos de timbre metálico. Mate a la percusión, muy dolorosa en su contorno superior, yuxtaumbilical. No tiene relación con la cicatriz operatoria, que es alta.

El resto del vientre es libre y no ofrece anomalías.

Se le intuba y se le indica estudio radiológico. Con el diagnóstico de oclusión intestinal, e interpretando la tumefacción como una posible asa volvulada, se practican radiografías simples de abdomen.

**Placa decúbica dorsal.** — Se visualiza muy bien un asa, y a su lado otra asa ileal menos distendida (oclusión por encima del asa aislada). Llama la atención la presencia de gases bastante abundantes en colon, especialmente ángulo hepático. Se explica por la agudeza del cuadro.

**Consideraciones.** — Con los datos de la clínica y del examen radiológico se llega a las siguientes consideraciones diagnósticas:

1º Se trata de una oclusión mecánica a obstáculo ileal bajo.

2º Hay un asa al parecer ileal, en forma de Omega que por su aspecto radiológico lleva a pensar en oclusión cerrada de íleon. Al lado, otra asa ileal tiene aspecto semejante pero la distensión es menor. Se interpreta como asa incluida por encima del obstáculo.

3º El aspecto de las asas no alcanza para explicar la tume-

facción que se proyecta más abajo y cuya naturaleza no se aclara tampoco por la radiología.

4° En favor de la oclusión cerrada de íleon está la ausencia de vómitos, el dolor continuo, y la visualización radiológica del asa aislada distendida en medio de un vientre con poca cantidad de gases en delgado.

5° Por la defensa y el gran dolor local permanente, se piensa que puede existir ya sufrimiento de la pared intestinal.

6° Dado el antecedente de operación, se piensa que la causa de la obstrucción son adherencias y bridas peritoneales.

En esas condiciones se decide operar de urgencia.

**Hcra 20:** Dr. Cendán, Dr. Clark, Pte. Barsumian. Anestesia general (ciclopropano, éter) Pte. Bella.

Incisión pararectal interna izquierda paraumbilical, a izquierda y abajo de cicatriz operatoria. Se llega a peritoneo y se abre. Viene líquido serosanguinolento en regular cantidad. Se liberan adherencias laxas epiploicas a la cicatriz. En el extremo inferior de la incisión se ve un asa rojovinosa, distendida, adherida por sus dos pies a una tumefacción grande como una naranja, adherente a pared anterior y posterior, y con múltiples adherencias de epiplón, mesenterio y asas a su pared. Se libera el asa en sufrimiento en su pie proximal con facilidad. No así en el distal, pero se logra restablecer la circulación intestinal. El asa pierde tensión y se recolora. Previa protección con compresas de la gran cavidad, se practica una incisión sobre la tumefacción y se retira una compresa de gasa con poca cantidad de pus grumoso. Se aspira y se lava la cavidad y se drena con tubo de goma. No se insiste en el despegamiento de asa porque el restablecimiento del tránsito está asegurado con las maniobras realizadas. El asa ocluida ha recobrado color casi normal y se contrae. No hay ninguna zona intraperitoneal que haga temer por su vitalidad. Cierre por planos.

El post-operatorio es accidentado. Al 3er. día se instala una fistula intestinal ileal que se interpreta como la caída de éscara de alguna zona del asa ocluida adherida a la pared conjuntiva que aislaba la compresa.

Con aspiración continua se consigue el cierre de la fistula. Se retira el tubo de la cavidad que se ha colapsado casi por completo. Cicatriza completamente el 19 de Setiembre de 1953.

**En resumen:** Oclusión mecánica ileal en asa cerrada y oclusión abierta por encima, producidas por adherencias a un foco de peritonitis localizada por **cuerpo extraño**. (Ver esquema).



## OBSERVACION 7

Oclusión por vólvulo de 1 y  $\frac{1}{2}$  m. de ileon alrededor de un eje formado por la raíz del mesenterio y adherencia ileal a pared anterior, dando oclusión ileal cerrada en ese sector y abierta ileoyeyunal por encima de la adherencia.

Antonio A., 36 años, s., u., procedencia: Montevideo. P. Castellanos 1578. (Es el mismo enfermo de la observación 6).

**2º episodio.** — Varios días después del alta, el enfermo tiene un episodio de dolor cólico infraumbilical, luego de una abundante deposición. Cede espontáneamente, sin alteraciones en el tránsito, después de 3 o 4 horas.

Pasa mas o menos bien, 3 meses, pero siempre con dolores cólicos postprandiales periódicos, hasta que el 8 de diciembre de 1953 hace un nuevo cuadro oclusivo mecánico, con caracteres similares a los anteriores pero que se hace completo y persiste desde hace 8 horas.

A su ingreso se comprueba: buen estado general. Pulso 88. Abdomen muy discretamente distendido. Eventración de su incisión operatoria mediana supraumbilical, con debridamiento transversal izq. La zona eventrada no esta tensa ni duele. Dolor a la presión y defensa en bajo vientre, por debajo de ombligo en la zona correspondiente al sitio de las adherencias y la fistula intestinal que cerró. Tacto rectal s./p.

**Radiografía simple de abdomen:** Se ve un asa distendida yuxtaumbilical derecha e infraumbilical que corresponde exactamente al asa que estuvo en oclusión cerrada en la operación anterior.

Se le intuba y se retira líquido biliar abundante. El enfermo se alivia completamente, cesan los dolores y la defensa. Se palpa una zona dura a la altura de la cicatriz. Se resuelve esperar.

**Día 9:** pasa bien, pero en la tarde, nuevo episodio de dolor y defensa a pesar de la intubación, que cede con atropinomorfin.

**Día 10:** A las 8 de la mañana nuevo episodio de dolor y defensa. La radiografía muestra oclusión de delgado baja con mucha distensión. La sonda sin embargo da escasa cantidad de líquido bilioso sin aspecto de líquido de oclusión. No ha movido el vientre desde hace 3 días. Se le hace un enema evacuador y expulsa el agua del lavaje.

Se diagnostica oclusión en asa cerrada de delgado por adherencias múltiples postoperatorias. Se decide la intervención, pues el dolor a la presión hace presumir sufrimiento vascular del asa.

**Hora 11: Operación.** Anestesia general Pentothal-Ciclo-Eter-Flaxedil. Dr. Cendán, Dr. Valls, Dra. Varalla.

Incisión paraumbilical derecha transrectal, para entrar en peritoneo libre. Se logra hacerlo en la parte baja de la incisión, que se amplía poco a poco hacia arriba con dificultad por la adherencia extensa a la pared y la distensión del delgado. Hay escaso líquido cetrino en el peritoneo. Las asas ileales están distendidas, rojovinosas. Cuesta interpretar el origen de la oclusión, pues la distensión impide hallar el sitio exacto. Se

encuentra una zona de máxima adherencia que corresponde a la fístula intestinal que cerró por aspiración. Entre este sitio, y la raíz del mesenterio se ha formado un eje tenso, alrededor del cual se ha volvulado todo el ileon en 180° sin comprometimiento vascular mesentérico. Se despegan las asas, especialmente la adherida a la zona de la fístula. Se destuerce el vólvulo, se comprueba la conservación de la circulación mesentérica, se peritonizan las zonas despegadas, se revisa el pie de la oclusión donde están las máximas lesiones, pero sin comprometimiento de la vitalidad ileal en ninguno de los extremos. Se reintegran y ordenan las asas y se cierra sin drenaje. Se practica operación de Noble en la zona afectada.

**Resumen:** Oclusión por vólvulo de 1 ½ metros de ileon, alrededor de un eje formado por raíz de mesenterio y adherencia ileal (fístula) a pared anterior, dando oclusión ileal cerrada en ese sector y abierta por encima de la adherencia (ileoceyunal) sin comprometimiento de la vitalidad. El vólvulo se hizo en el sentido de las agujas de un reloj.

**Post-operatorio:** 1er. día. Pasa bien. Se calmaron sus dolores. Púmones sin particularidades.

2º día. Tuvo una deposición abundante líquida.

3er. día. Estado general excelente.

4º día. Herida en buenas condiciones. Se levanta.

17. XII. 53. — Post-operatorio excelente. Alta en buenas condiciones.

30. XII. 53. — Vuelve con dolor espontáneo y provocado a la palpación en el flanco derecho cerca de la cicatriz paramediana infra. Vientre libre, no distensión, nada peritoneal. No tiene trastornos del tránsito. Ha hecho desarreglos alimenticios en Navidad. Se indica Penicilina: 200.000. Estreptomicina. ½ gr. e 12 horas durante 6 días.

28. VII. 54. — Vino a consultar a policlinica por un traumatismo de rodilla. Del punto de vista abdominal está muy bien. Aumentó de peso. Come abundantemente. A veces tiene dolores cólicos de poca intensidad (en tres oportunidades) y los atribuye a desarreglos alimenticios.

### Interpretación y Comentarios:

Evidentemente se trata de un vólvulo alrededor de un eje mesentérico firme entre raíz y zona de adherencia del ileon a la pared en el sitio de la fístula. Pero ofrece algunos elementos muy importantes a notar: Contrariamente al problema fundamental del vólvulo, que es la estrangulación de los vasos mesentéricos en este caso, la circulación mesentérica se hacía en buenas condiciones. En cambio, había una oclusión cerrada, bipolar, comprendiendo casi todo el ileon, con asas muy distendidas, **rojovinosas por la distensión**. El polo inferior correspondía a la adherencia parietal en el sitio de la fístula, y el superior, al punto de cabalgamiento del ileon sobre la brida mesentérica al volverse,

sitio donde también hay adherencias antiguas. Hecha la liberación, destorcido el vólvulo y comprobada la vitalidad del asa, se practicó la operación de Noble en forma parcial, para evitar que nuevas adherencias volvieran a reproducir el accidente.

Este caso debe ser catalogado como: oclusión en asa cerrada de íleon, por obstrucción bipolar, con vólvulo de 180° del asa excluida, y sin comprometimiento de la circulación mesentérica. El diagnóstico preoperatorio fué exacto y se fundó:

1° En los antecedentes.

2° En la imagen radiológica inicial mostrando una ampolla gaseosa a tensión topográfica en la zona de dolor y defensa, contrastando llamativamente con la presencia de abundantes gases en colon y escasos gases en delgado.

3° En la clínica, mostrando ausencia de repercusión alta, ni distensión, ni dolor, en contraste con bajo vientre, doloroso y defendido en hipogastrio por debajo del ombligo en zona de la cicatriz.

4° En los datos de la intubación que no da líquido con caracteres de oclusión.

5° En la evolución clínica y radiológica, que muestra una importante distensión del delgado tomando exclusivamente una o dos asas delgadas bajas en tanto que el resto aparece vacío. A notar la persistencia de gases en el colon, aunque disminuidos con relación al estudio anterior.

Por la evolución pensamos que la oclusión cerrada se completó el último día.

## OBSERVACION 8

### Oclusión cerrada de asa ileal por doble adherencia: asa larga, poco alterada

Juana F. de B., 38 años. O. Casada. Sala Larrañaga.

Enferma que estuvo hospitalizada en Colonia Saint Bois por tuberculosis pulmonar de la que actualmente está bien, y que tiene manifestaciones clínicas de bacilosis intestinal desde hace unos 3 años. Ingresó el 14.VII.52 a mi guardia del Maciel con la siguiente historia:

Desde hace 5 ó 6 días nota pérdida del apetito, distensión abdominal y dolores cólicos con ruidos hidroaéreos seguidos a corto plazo de la expulsión de gases y distensión abdominal. Este cuadro ha ido en aumento. Ayer vomitó los líquidos ingeridos.

Esta mañana el dolor se hace intenso y continuo con exacerbaciones, perexísticas, localizado en bajo vientre y con sensación de necesidad de

expulsar gases sin conseguirlo. Tuvo 3 vómitos acuosos y biliosos y una deposición blanda espontánea. En esas condiciones es enviada.

**Examen.** — Buen estado general y de nutrición e hidratación. Mucosas algo pálidas. Pulso regular, 110. P. A. 11-7. Temperatura 37°91, axilar y 37°95, rectal. Lengua húmeda, saburral. Dentadura en malas condiciones.

**Abdomen.** — Discretamente balonado especialmente en infraumbilical, simétrico. Poco móvil a la respiración. Dolor espontáneo y provocado en región hipogástrica. No hay defensa, pero el vientre es particularmente tenso en infraumbilical donde se palpa una gran tumefacción de contornos difíciles de precisar, pero sensible, de sonoridad opaca. La percusión del resto del vientre da zonas pequeñas de macidez en cámara, especialmente en F.I.I. Disminución del área de macidez hepática. Fosas lumbares libres. Examen genital: útero en posición normal, algo empujado. Fondos de saco ocupados, no dolorosos, poco depresibles. La palpación bimanual no da más datos.

Tacto rectal: recto colapsado. Douglas ocupado al parecer por líquido; no doloroso. El dedo sale sucio de materias normales y mucus.

**Radiografía simple de abdomen,** de pie y en decúbito: imagen de una gruesa asa delgada distendida, larga, con borramiento casi completo de las válvulas de Kerkring, a polo distal a derecha del promontorio y a cabo proximal perdiéndose en pelvis y que parece emerger por F.I.I., sin edema de la pared, sin derrame peritoneal importante, con poco contenido líquido en su interior. Resto del delgado, asas bajas visibles, poco distendidas. Una burbuja subhepática posiblemente duodenal. Estómago: comprimido por la masa intestinal. Colon: muy escasos gases en ciego.

**Resumen.** ●clusión mecánica de delgado; baja, posiblemente por peritonitis bacilar fibroproductiva, con **distensión de una asa** que hay que sospechar asa cerrada.

**Intubación.** — Vienen 200 c.c. de líquido bilioso en 1 hora. Pasaje fácil a duodeno.

**Examen a las 2 horas.** Sigue igual. Dolor neto en hipogástrico. No se alivia con la sonda. Pulso 110. Con diagnóstico de oclusión por adherencias se decide la operación por el peligro de asa cerrada. No se pudo obtener nuevo control radiológico.

**Operación.** Hora 18. Dr. Cendán: Pte. De Boni. Anestesia raquídea baja (12 cgrs. Novocaina entre 3ª y 4ª L.). Efedrina previa. Excelente anestesia. Mediana infraumbilical. Se cae en peritoneo libre. Escaso líquido citrino. Inmediatamente aparece un asa ileal distendida, tensa, de color rojizo, sin hacer temer por su viabilidad. Adherencias múltiples, ileales ileocólicas e ileoparietales especialmente en pelvis y F.I.D. Apéndice adherido pero sano. Ciego chato, así como última asa ileal. Pero a 20 cm. del ángulo hay una adherencia firme enteromesentérica al anexo derecho, adherencia que es el agente obstructor; se le libera fácilmente restableciéndose el tránsito. Hacia arriba el ileon sigue

muy distendido en una extensión de unos 50 cm. y a ese nivel, una adherencia extendida del rectosigmoide al ileon, lo acoda e inmoviliza. Por encima, las asas ileales conservan su peristaltismo y color normal y están poco distendidas. Se libera la zona adherida y se peritoniza. La pelvis está bloqueada por adherencias. No hay elementos positivos para diagnosticar bacilosis. Se saca para biopsia un gran trozo de epiplón adherente y serosa ileal. La sonda Miller Abbot está en 2ª P.D. Se le hace franquear el ángulo duodenoyeyunal. Cierre por planos.

Evolución post-operatoria excelente. Alta al 5º día. Examen anatómopatológico: no se encuentran elementos que permitan diagnosticar bacilosis. Aspecto de proceso fibroso banal.

### OBSERVACION 9

#### **Obstrucción cerrada de asa ileal por adherencia congénita y compresión mesentérica proximal por torsión de 180º.**

Héctor L. M., 35 años, casado. Libertad. Nº 2443.

Ingresó al H. H. Maciel el 4.XI.53 por cuadro agudo abdominal con 34 horas de evolución.

Ayer a las hora 1 y 30 se despierta con dolor abdominal pungitivo paraumbilical derecho, que difunde en zona periumbilical, obligándolo a buscar posición de alivio sin conseguirlo. El dolor adquiere rápidamente carácter cólico pero con fondo de dolor continuo. No vomita pero tiene náuseas e intolerancia gástrica para la ingestión. Sensación de escalofríos pero no chuchos.

Había cenado a la hora 21 en forma habitual, llamándole la atención que tuvo dos deposiciones normales y desde entonces hasta el momento del examen (34 horas) no expulsa materias ni gases. Normalmente tiene dos deposiciones diarias.

Durante todo el día, y anoche tiene dolores cólicos intermitentes, a veces de gran intensidad, con intervalos de calma casi completos. No tiene sensación de distensión ni puede precisar si ha tenido ruidos hidro-aéreos.

Es un antiguo dispéptico de tipo biliar, con intolerancia para grasas, fritos, etc. que le producen malestar abdominal y distensión postprandial epigástrica y a veces ardores y acidez.

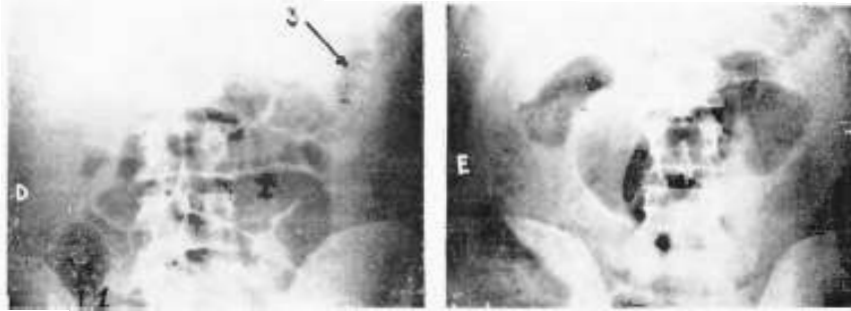
En esas condiciones ingresa.

**Examen.** — Buen estado general y de nutrición. Bien hidratado. Piel y mucosas de color normal. Lengua saburral. Aliento s.p.

Pulso 85, regular. T. axilar 36º5, rectal 37º5.

**Abdomen.** — No doloroso en el momento del examen. Móvil a la respiración. No distendido. Depresible. No se palpa hígado. Como único dato positivo, dolor a la presión profunda en F.I.D. Tacto rectal: ampolla vacía y Douglas n.º doloroso.

**Estudio radiológico (70.805).** Placa en decúbito: Gases en el delgado con niveles en centro del abdomen. (grupo de asas delgadas bajas delante 3ª, 4ª y 5ª L.) correspondiendo al ileon, conservando su ordenación y con borramiento de las válvulas de Kerkring; fórmula de íleo funcional adinámico, contrastando con el aspecto de las asas yeyunales que conservan las válvulas de Kerkring y demuestran la persistencia de la función motora (íleo mecánico proximal, e íleo funcional en el sector distal).



**Radiografías simples de abdomen en decúbito dorsal.**

Estas placas muestran: Placa D (Observación 9ª):

- 1 — Imagen del asa excluida.
- 2 — íleo funcional adinámico en el ileon (borramiento de las válvulas de Kerkring).
- 3 — íleo funcional dinámico en el yeyuno (ausencia de distensión y de niveles - Válvulas de Kerkring).

Placa E (Observación 6ª)

- Imagen del asa en oclusión cerrada.
- Persistencia de gases en el colon.

Placa de pie: presencia de varios niveles líquidos en el sector distal (íleo mixto).

En ambas placas se observan escasos gases en colon, localizados en ángulo hepático.

Llama la atención una imagen en F.I.D. de contornos nitidos, que no varía de aspecto con el cambio de posición.

Imagen de oclusión en asa cerrada.

**En síntesis:** por la forma de comienzo se piensa en oclusión por estrangulación interna o por vólvulos del delgado; por la evolución se asemeja a una obstrucción simple; y el estudio radiológico muestra una oclusión de delgado con un sector bajo a gran componente funcional y con una zona que por su persistencia y límites netos indica una obstrucción en asa cerrada, y por encima una obstrucción yeyunal simple, abierta y todavía de poca entidad.

En una placa 70903 del 4º día de operado se aprecia que las asas delgadas de la zona volvulada han recuperado las válvulas de Kerkring, que recobran la ordenación normal, pero que siguen constituyendo un

obstáculo dinámico al tránsito intestinal, determinando la progresión de las imágenes hidroaéreas (obstrucción simple) hacia los sectores altos del yeyuno. Aparecen gases en el colon.

Intubación, hidratación parenteral.

**Evolución.** — Hora 17: Buen estado general. Los dolores cólicos son más intensos. Pulso 110, bueno. Abdomen no distendido. Dolor a la palpación en F.I.D. y periumbilical. Temp. axilar 36°5, rectal 38°2. Leucocitos 15-600.

**Nuevo estudio radiológico.** — Han aumentado los gases en el delgado. En la zona media del abdomen se precisa la imagen de un asa aislada, muy distendida, de paredes edematosas. Han desaparecido los gases del colon.

Se resuelve intervenir.

5.XI.53 (30 horas después del comienzo del cuadro).

Mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo, aparece un asa distendida con un diámetro de 5 cms., edematosa de color rojovinoso, correspondiente a la porción media del ileon aislada entre una porción distal congestiva fija y una porción proximal apretada por el mesenterio torcido 180°.

No hay compromiso vascular mesentérico. El ileon por encima y por debajo es normal. Ciego y apéndice s/p. Destorsión, movilización. El asa recobra caracteres normales. Reintegración. Cierre por planos.

Evolución postoperatoria. — Expulsa gases el 1er. día. Febril, llegando a 39° el 3er. día, para entrar en apirexia a partir del 8°. La sonda de Cantor da líquido bilioso, alcanzando 1500 c.c. el 2º día. El 3er. día tiene dos deposiciones diarreicas oscuras, y desde entonces se restablece el tránsito normal de materias y gases. Desciende la temperatura y tolera la alimentación.

El 20.XI. (15º día). — Se hace estudio radiológico contrastado no comprobándose nada anormal en el tránsito intestinal. Alta.

## OBSERVACION 10

### Obstrucción en asa omega de ileon por bridas consecutivas a operación ginecológica.

Esther D. de A., 48 años, casada, oriental. Sala Larrañaga.

Ingresa al Hospital Maciel el 4.X.53 por cuadro agudo doloroso de bajo vientre iniciado hace 22 horas.

**Antecedentes.** — Operada hace 8 meses después de una serie de metrorragias. Según la enferma se operó de fibroma uterino. Al parecer se le practicó miomectomía. No volvió a sangrar. Continuó menstruando normalmente. 2 hijos sanos. La menor de 18 años. Embarazos y partos normales. No hay otros antecedentes de importancia.

**Enfermedad actual.** — Ayer a las 16 horas, luego de una comida corriente a mediodía, siente un dolor pungitivo en bajo vientre, hacia

el lado izquierdo sobre pubis, que rápidamente adquiere gran intensidad, difundiendo hacia región umbilical, haciéndose de tipo cólico intestinal, y seguido de vómitos de algunos alimentos semidigeridos y bilis. Tiene también casi de inmediato una deposición blanda bastante abundante, sin caracteres especiales.

No se alivia. Toma te con arkitropin y vomita. A las 21 horas la ve médico, que diagnostica enterocolitis e indica láudano, eftiazol y antiespasmódicos.

Pasa la noche más aliviada y no vuelve a tener vómitos ni deposiciones. Hoy a las 9 toma te con leche y vuelve a vomitar. Reaparecen los dolores cólicos, poco intensos, irradiando a fosa lumbar izquierda. Polaquiuria sin ardor. Vista nuevamente por el médico, aconseja su internación.

Desde anoche no expulsó gases. No ha tenido fiebre ni chuchos.

**Examen al ingreso.** — Enferma muy dolorida, deshidratada, algo obnubilada. Pálida, desnutrida. Lengua algo seca. Enfriamiento de las extremidades. Pulso 110, regular, hipotenso. P. A. 9 ½-6 (Es una hipotensa). Temp. axilar 35º, rectal 37º. Respiración normal, por momentos suspirosa.

**Abdomen.** — No distendido, móvil a la respiración. Dolor espontáneo no muy intenso en este momento en bajo vientre. Depresible a la palpación. Cicatriz de incisión de Pfannenstiel, normal. En hipogastrio, hacia la izquierda, se palpa una tumefacción quística a tensión, fija, no desplazable, muy dolorosa, especialmente en su pedículo pelviano, mate a la percusión. Fosas lumbares libres. Dolor en F.L.I. a la presión.

Previo sondeo vesical que da 100 c.c. de orinas de aspecto normal, se procede al examen genital. Cuello con desgarró transversal. Flujo blanco discreto.

Al tacto: cuello s/p. Cuerpo en posición intermedia, de tamaño normal. En f. de s. anterior se delimita muy bien la tumefacción quística hipogástrica, que está fija al útero, que no es movilizable. Las maniobras de examen ocasionan intenso dolor local y dolores cólicos abdominales. Fondos de saco laterales libres. Dolor en F. de S. I. Tacto rectal: Douglas libre. No da otros datos.

Se piensa en torsión de quiste ovárico, pero llama la atención el poco tiempo transcurrido desde la operación (8 meses) y el síndrome obstructivo.

Se plantea la posibilidad de oclusión cerrada de delgado.

**Estudio radiológico.** — Se observa un asa ileal aislada que aparece distendida proyectándose a la altura del promontorio. El resto del delgado muestra escasas ampollas gaseosas y 2 pequeños niveles. Ausencia de gases en el colon.

Se inicia preparación preoperatoria. Intubación. Transfusión de 400 c.c. de Sangre, Coramina, atropina, suero glucoclorurado intravenoso.

A la hora, el estado general ha mejorado visiblemente. No así el pulso, que es de 120. P. A. 10-6.



**Operación.** — Dr. Cendán, Dr. Clark, Pte. Arruti.

Anestesia general ciclopropano, Eter. Pte. Herranz.

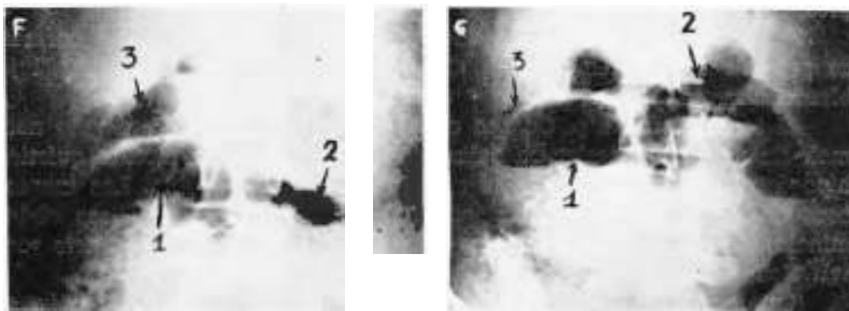
Incisión mediana infraumbilical. Se entra a peritoneo que contiene líquido serohemático inodoro. Asas ileales ligeramente distendidas.

En hipogastrio, por delante del útero, hay un asa intestinal de unos 20 cms., rojovinoso fuertemente adherida por sus dos pies a la pared y al cuerno uterino izquierdo, a cuyo nivel hay una brida que estrangula el ileon. Se la secciona.

Se despega el asa estrangulada de sus adherencias parietales y uterinas. El ileon distal es normal. En la zona de estrictura la necrosis del intestino es total aunque no hay todavía perforación. Como el resto del asa excluida, a pesar de haberse recobrado en su color, (pues el mesenterio no está alterado) no se presta para sutura, se resuelve practicar resección del asa seccionando en zonas sanas. Se resecan 40 cm. de ileon y se practica enteroanastomosis término terminal en dos planos.

Aspiración, secado del peritoneo. Peritonización de las zonas adherenciales del útero con peritoneo vesical, cerrando casi totalmente el fondo de saco anterior por sutura del ligamento redondo al peritoneo anterior. Cierre por planos sin drenaje.

Evolución postoperatoria. — Hace un íleo adinámico que cede al 3er. día. Se le hace suero Hartmann gota a gota continuo, por la sonda Levin que está en duodeno. Alta al 8º día.



**Radiografías simples de abdomen, de pie.**

Estas dos placas sucesivas muestran: (Observación 7a)

- 1 — El asa omega se visualiza nitidamente, con un nivel en cada pie.
- 2 — La obstrucción abierta progresa por encima del asa excluida.
- 3 — Los gases del colon disminuyen rápidamente.



## CONSIDERACIONES

Del estudio de las observaciones relatadas, y de varias otras que no presentamos por ser similares o de interpretación discutible, se pueden extraer las siguientes consideraciones:

1) **Datos etiopatogénicos:** La causa fundamental siempre presente en nuestros casos, ha sido la peritonitis y sus secuelas, adherencias y o bridas. No es de extrañar que en la mayoría de los casos, la oclusión cerrada del delgado se observe en enfermos operados. Explica también la frecuencia con que se encuentran en los antecedentes, episodios obstructivos a menudo pasajeros, repetidos, a veces de entidad suficiente para requerir tratamiento médico y aún quirúrgico. (casos 6 y 7).

Entre los factores desencadenantes del episodio oclusivo figura en forma prominente la existencia de una comida copiosa, hecho similar a lo observado en el vólvulo y en la hernia interna.

Otro factor a recordar en la historia inmediata anterior es la eclosión de un nuevo empuje inflamatorio peritoneal (anexitis), así como cualquier otra causa que exagere el peristaltismo intestinal.

### 2) **Anatomía patológica: Topografía.**

En todos los casos que hemos observado, el sector interesado es el ileon bajo, respetando en general la última asa ileal. Corresponde al grupo de asas ileales que ocupan normalmente la pelvis, hecho que encuentra su explicación en los factores etiológicos estudiados y cuyo conocimiento es de gran importancia para el diagnóstico clínico y radiológico.

#### a) **Lesiones a nivel del asa aislada.**

La anatomía patológica de la oclusión bipolar presenta como hecho fundamental la hipertensión del asa aislada y la rapidez evolutiva de las lesiones a su nivel. El asa cerarda se presenta precozmente como una morcilla, consistente, exageradamente voluminosa, de paredes edematosas, con la clásica gama de colores y aspectos de los intestinos infartados, y de una frialdad en relación con las horas de isquemia.

En las etapas iniciales el contenido del asa, sobre todo si es corta, es gaseoso y se traduce radiológicamente por una imagen

gaseosa de límites netos, de topografía invariable en el tiempo y con los cambios de posición. Cuando el asa cerrada es larga se observan imágenes hidroaéreas con doble nivel en las radiografías obtenidas con el enfermo de pie (un nivel en cada pie del asa). (caso 7, placa de pie).

En etapas posteriores el asa aparece distendida por líquido, pudiendo desaparecer los gases, hecho de comprobación operatoria que frecuentemente va asociado con graves alteraciones de la pared. (caso 2). Al abrir el vientre el cirujano encuentra en estos casos, derrames hemáticos más o menos abundantes y frecuentemente se percibe un olor fecaloideo, signo inequívoco de la alteración parietal intestinal irreversible.

En los pies del asa, las lesiones, adquieren frecuentemente la intensidad de aquellas que se observan en la compresión por bridas, pero a veces aún cuando existan bridas y sobre todo cuando se trata de adherencias o acodamientos, las lesiones son uniformes en toda el asa cerrada, a pesar de lo cual existe en ambos extremos un límite neto que marca la extensión del asa excluida.

b) El **mesenterio** frecuentemente, aunque edematoso, no presenta alteraciones vasculares llamativas, salvo el caso de compresión por la brida, acercándose así a las formas de estrangulación con compromiso vascular mesentérico primitivo (formas mixtas).

c) **Por encima del asa excluida:** El aspecto es extremadamente variable, y dependiendo del momento evolutivo. Al principio puede ser normal o existir pequeña distensión supraestructural. Luego avanza en forma progresiva y variable estableciéndose la obstrucción abierta retrógrada correspondiente. A veces la distensión es paradójicamente importante y extensa, condicionada por el íleo funcional reflejo frecuentemente presente.

d) **Por debajo del asa excluida:** El intestino se presenta aplastado, chato, a veces adoptando la forma "de tráquea de pollo", en franco contraste, traduciendo la disminución de calibre preexistente al accidente agudo.

El ciego es en general pequeño, pero a veces conserva contenido gaseoso que se traduce radiológicamente, hecho que debe conocerse para no interpretarlo como signo de obstrucción incompleta, y cuya explicación creemos puede darse por el íleo reflejo distal que impide la expulsión del contenido cecal.

### 3) Fisiopatología.

La fisiopatología de la obstrucción en asa omega del intestino delgado ofrece particularidades dentro del cuadro general de las obstrucciones intestinales que explican la diversidad de formas anatómo-clínicas y sobre todo evolutivas de este proceso. El primer elemento en causa es el factor obstructivo, brida, adherencia, etc., determinando una obstrucción simple inicial.

La lucha del asa proximal produce como habitualmente la acumulación de líquido y gas y la distensión local.

Si a corta distancia, otra brida o adherencia no estenosante impide la libre movilidad del asa en lucha, puede ser factor de acodamiento vólvulo o torsión del asa. Se completa así un segundo punto de obstrucción en cierto modo valvulada impidiendo el antiperistaltismo de defensa del asa en lucha. Queda establecido entonces el círculo vicioso: lucha, mayor distensión, mayor obstrucción.

La distensión en el asa excluida alcanzando progresiva y rápidamente los niveles de la presión diastólica sanguínea, repercute sobre la adecuada circulación parietal capilar y desencadena en el tejido conjuntivo vascular toda la gama de fenómenos reaccionales de la fluxión intersticial por injuria distensiva (Stajano). Sobreviene la paralización de la función en el asa aislada, parálisis motora, ausencia de secreción y cese de la absorción. A ellas se agregan las consecuencias de la anoxia sobre el capilar en el sentido de aumento de la permeabilidad con exemia plasmática dando el derrame albuminoso, intraperitoneal y el edema mesentérico y parietal del asa.

Si la tensión continúa en aumento hay detención circulatoria arterial intraparietal con rotura de los capilares, infarto, exudación hemorrágica, hacia el peritoneo y hacia la luz del asa. La necrosis del asa es el resultado final.

Si consideramos que en general el asa excluida es relativamente corta en longitud, se comprende que las posibilidades de los mecanismos de defensa del intestino contra la hipertensión, son mínimos, a diferencia de lo que hemos hecho notar para las oclusiones cerradas, extensas o en las oclusiones cerradas del colon, por ej. Y se explica la gravedad rápida de estas situaciones que no pueden ser aliviadas por la intubación, pues ésta sólo actúa

sobre la oclusión abierta que se desarrollo concomitante o consecutivamente por encima del obstáculo proximal del asa excluida.

Hay un hecho de gran interés a hacer notar, y es que a veces el obstáculo proximal es aparentemente incompleto, permitiendo al reflujo cuando se moviliza el asa durante la intervención, lo que indica que muchas veces el agente obstructor proximal actúa posteriormente al distal, a favor de la distensión del asa que queda comprendida entre ambos. Es probable que en un determinado momento de la evolución, la obstrucción cerrada del asa sea sólo intermitente, lo que explica el gran alivio espontáneo periódico observado en la evolución de algunos casos, y la aparición sorpresiva de liquido poráceo por vómitos o intubación, hecho inequívoco de sufrimiento parietal, pero que no siempre tiene en estos casos, el significado de gravedad que le corresponde en las obstrucciones estrangulación.

Otra de las particularidades fisiopatológicas de la obstrucción en asa omega, es la diferente repercusión regional que determina. En unos casos, los fenómenos reflejos a punto de partida del asa estrangulada, son de tal intensidad que provocan conjuntamente con el intenso dolor permanente manifestaciones a nivel del plexo solar (vómitos, dolor epigástrico e hiperperistaltismo generalizado, con intensísimos dolores cólicos, y deposiciones engañosas aún diarréicas) y manifestaciones generales (gran taquicardia, sudores, colapso).

Estos cuadros se presentan con las características clínicas de la clásica oclusión mecánica por brida, pero debe llamar la atención en ellos la rápida gravedad de la situación determinada por la distensión irreversible del asa, antes de que tenga tiempo de instalarse la sintomatología común de la oclusión baja del delgado.

En otros casos, y esto se observa especialmente en las formas mixtas con participación vascular mesentérica, las manifestaciones funcionales pueden ser del tipo adinámico, con aeroileo rápidamente extensiva. En estos casos, el íleo adinámico del colon, dificultando la expulsión del contenido, puede dar la imagen clínica y radiológica de las obstrucciones funcionales mixtas y si este hecho sobreviene en un enfermo portador de un proceso inflamatorio peritoneal en actividad, la posibilidad de error de diagnóstico es muy grande como sucedió en el caso 2.

#### 4) **Consideraciones clínico-radiológicas y orientación diagnóstica.**

La obstrucción en asa omega del intestino delgado presenta habitualmente manifestaciones o elementos clínicos y radiológicos particulares que sin tener valor decisivo, permiten sospechar su existencia y orientar el estudio hacia su confirmación.

**En primer lugar,** en los **conmemorativos** el antecedente de operación anterior, o de proceso inflamatorio peritoneal frecuentemente pelviano.

**Segundo:** la existencia de episodios pasajeros y repetidos de crisis obstructivas anteriores.

**Tercero:** la instalación brusca del cuadro obstructivo con topografía ileal baja y manifestaciones reflejas inmediatas, a veces severas (colapso, gran taquicardia, deposiciones diarreicas, vómitos de alimentos y biliosos), y la frecuente aparición precoz de vómitos porráceos.

**Cuarto:** todo este cuadro, habitual en las obstrucciones por brida, tiene síntomas que llevan a pensar en las obstrucciones con compromiso vascular; en especial la existencia de un dolor continuo, intenso, bien localizado, a veces exquisito en determinada zona, en general hipogástrico.

**Quinto:** en el **examen físico** del abdomen hay un dato de extraordinario valor que es la existencia frecuente de una **tumefacción** tensa, dolorosa, fija, mate (contrastando con la sonoridad del resto del vientre) que corresponde topográficamente al sitio de la obstrucción y del dolor subjetivo continuo. A veces se le delimita netamente.

En la mujer es fácil confundirla con tumefacciones pelvianas complicadas. En uno de nuestros casos se pensó en torsión de quiste ovárico. En 2 de ellos se la confundió con un globo vesical.

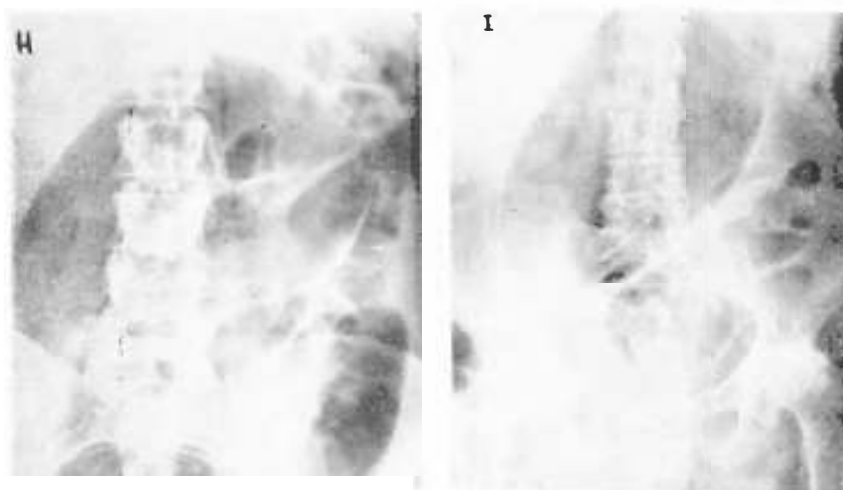
De referirla a su verdadera causa, se piensa sobre todo en vólvulo del delgado, pero debe llamar la atención su menor tamaño, su exquisita sensibilidad, su topografía hipogástrica no frecuente en los vólvulos y **sobre todo su gran tensión**. De cualquier manera esta confusión no tiene consecuencias ya que ambas implican operación inmediata.

El peligro mayor es confundirla con peritonitis plásticas por periapendicitis, anexitis, etc. máxime cuando el cuadro puede ser

febril y presentar todos los caracteres de una oclusión inflamatoria mixta, mecánica y funcional, con gran componente adinámico y donde la radiología puede también prestar a error mostrando gases en el colon y no visualizándose el asa aislada (caso 2). En estos casos la espera puede ser de consecuencias fatales.

**Estudio radiológico.** La radiología que tiene enorme valor en numerosas situaciones de cirugía de urgencia, adquiere en la oclusión intestinal tal categoría, que no debe ser considerada como método auxiliar de diagnóstico sino como una parte obligatoria del examen. El estudio del ocluido tiene que ser clínico-radiológico. Y esta afirmación cobra particular importancia frente a la variedad de oclusión que estudiamos aquí.

El estudio radiológico de los casos de obstrucciones cerradas en asa omega del delgado, además de informar sobre los datos generales de topografía, altura, variedad, grado, periodo evolutivo, repercusión parietal y peritoneal, control de la intubación, etc., da datos a veces decisivos por sí solos; otras, en conjunción con la clínica, permitiendo orientarse hacia el diagnóstico correcto.



En estas dos radiografías en decúbito dorsal puede observarse: el aumento desmesurado de volumen que puede alcanzar el asa aislada, con borramiento total de las válvulas de Kerkring y obligando a diagnóstico diferencial con colon. La hipertensión del asa cerrada lleva rápidamente al infarto y necrosis parietal por isquemia.

— En H, se dibuja completamente el asa omega. (Observación 8).

En I, se trata de una oclusión de 1ª asa yeyunal, cerrada, entre ángulo duodeno-yejunal y anillo inguinal derecho (hernia estrangulada de yeyuno).



Ellos son: (Véase las radiografías A a I) 1) la visualización nítida del asa aislada en medio de un vientre con pocas manifestaciones radiológicas del punto de vista patológico. A veces el asa omega se presenta con un nivel en cada pie.

2) La fijeza topográfica de una imagen gaseosa o hidroaérea.

3) La evolución progresiva de la obstrucción abierta por encima y la importancia del componente reflejo sobreagregado.

4) Asas delgadas transversalmente superpuestas como en ciertas obstrucciones simples por bridas.

5) La discrepancia aparente entre los datos radiológicos de una obstrucción completa evidente del intestino delgado y la ausencia de vómitos o la extracción, por la intubación, de contenido intestinal aparentemente inocente.

6) Aumento desmesurado del diámetro de un asa con pérdida de la imagen de las válvulas de Kerkring demostrando la hipertensión del asa y sus efectos.

7) A veces la fórmula es muy parecida a la del vólvulo del delgado, ya que muchas veces, el intestino se acoda sobre una arista mesentérica.

8) Imágenes de ileo adinámico en un segmento ileal más o menos extenso y a topografía irregular, con yeyuno en ileo dinámico.

En resumen: **Frente a la sospecha de obstrucción cerrada bipolar en asa omega el estudio clínico-radiológico deberá ser orientado para poner en evidencia la presencia de un asa excluida.**

#### 5) Orientaciones terapéuticas.

Cuando el diagnóstico ha sido hecho, la indicación operatoria urgente es neta. Hay que adelantarse a la aparición de lesiones irreversibles en el asa excluida. La situación es aquí comparable, aunque por otro mecanismo a las oclusiones estrangulación.

Además, dada la rapidez evolutiva y el sitio habitualmente bajo de la oclusión, en las primeras horas la repercusión humoral es de poca o ninguna entidad y no hay en estos enfermos, del punto de vista de la oclusión, mayor riesgo quirúrgico que en el caso de una hernia estrangulada, por ejemplo.

A veces los fenómenos reflejos, y en especial el colapso, requieren tratamiento preoperatorio, pero no hay que obstinarse

en dominar el colapso por medios médicos, pues la mejor manera de conseguirlo es suprimir quirúrgicamente, lo más rápidamente posible, la hipertensión del asa cerrada.

Cuando el diagnóstico es sólo presuntivo, y no hay signos apreciables que indiquen compromiso de la vitalidad del asa (dolor permanente, tensión a veces intermitente, defensa, otras manifestaciones reflejas) es prudente guiarse por el criterio evolutivo, mediante la observación hora por hora, la vigilancia de la intubación y su resultado, y el control radiológico seriado.

La persistencia de síntomas sospechosos debe decidir la intervención. No hay que esperar demasiado. En 4 a 6 horas, se tienen suficientes elementos de juicio para decidirse.

La intubación preoperatoria debe ser sistemáticamente realizada, aún cuando no existan vómitos o distensión abdominal. Ella es fundamental para el pre y post operatorio. En general se obtiene con facilidad el pasaje a duodeno y yeyuno pues el peristaltismo está habitualmente conservado, en los sectores altos por lo menos. Pero hay que tener gran cuidado en la interpretación de estos datos, pues muy frecuentemente, sólo se obtiene líquido intestinal, bilioso, de aspecto normal.

El líquido porráceo es también indicación de intervención urgente, pero su obtención no es frecuente, aún en casos en que ya existen alteraciones parietales, pues ellas se limitan al asa excluida.

Por eso, si la sonda ha progresado bastante y a pesar de la persistencia del dolor, la tensión, etc., se obtiene solo líquido intestinal, bilioso, su aspecto inocente, lejos de significar un signo tranquilizador, es un dato que debe despertar la sospecha de la exclusión del asa ocluida. Insistimos en su importancia.

Otro dato de gran valor es el **pulso**.

Cuando a pesar de la sedación (que es de rigor y debe ser realizado con antiespasmódicos, opiáceos o sucedáneos) persiste una taquicardia por encima de 100 en ausencia de otros factores en causa (fiebre, deshidratación, etc.) debe pensarse en la hipertensión de un asa.

Respecto a **táctica y técnica quirúrgicas**, no difieren de las que se siguen habitualmente en los estrangulamientos, y no es del caso repetir las aquí.

## 6) Resumen y Consideraciones finales.

La obstrucción cerrada bipolar en asa omega del intestino delgado es una entidad que debe ser bien conocida por su relativa frecuencia su evolución rápidamente grave, su pronóstico serio y la posibilidad de un diagnóstico precoz y exacto que es indicación de operación inmediata para adelantarse a las lesiones irreversibles a que lleva rápidamente la hipertensión en el asa cerrada.

El diagnóstico positivo se basa en el hallazgo clínico-radiológico del asa excluida, en un enfermo con antecedentes de procesos peritoneales u operaciones anteriores y frecuentemente con historia de episodios obstructivos pasajeros.

A ello se agrega el comienzo habitualmente brusco, en general con colapso, la importancia y persistencia del dolor en zona fija, la poca influencia de la intubación, y el dato sugestivo de la obtención de líquido intestinal de aspecto normal frente a un cuadro obstructivo agudo clínica y radiológicamente indudable.

Cuando el diagnóstico no es claro, la evolución de pocas horas aclara en general la situación.

El problema diagnóstico más difícil lo plantean los casos que se presentan como obstrucciones simples, a veces incompletas, con síntomas de proceso inflamatorio peritoneal, que son precisamente los casos donde la intubación y el tratamiento médico solucionan la situación evitando los riesgos de una grave intervención. Sin embargo ante la sospecha de la existencia de un asa cerrada, la intervención no debe ser diferida.

La conducta quirúrgica estará condicionada por la causa de la oclusión y por el estado anatómico del asa ocluida.

## RESUME

L'obstruction fermée bipolaire en anse OMEGA de l'intestin grêle est une entité qui doit être bien connue en raison de sa relative fréquence, son évolution rapidement grave, son sérieux pronostic et la possibilité d'un diagnostic précoce et exact, qui commande l'opération immédiate pour prévenir les lésions irréversibles que produit rapidement l'hypertension dans l'anse fermée.

Le diagnostic positif se base dans la trouvaille clinique radiologique de l'anse isolée, dans un malade avec des antécédents de procès péritoneaux, ou des opérations antérieures, et souvent après une histoire d'accidents occlusifs passagers.

Il s'ajoute le début habituellement brusque, avec collapsus en général; l'importance et la persistance de la douleur dans une zone limitée.

l'échec du tubage, et la sortie de liquide intestinal à peu près normal, vis à vis d'un épisode occlusif aigu, clinique et radiologiquement évident.

Quand le diagnostic n'est pas clair, l'évolution dans quelques heures suffit pour éclaircir la situation.

Le problème diagnostic le plus difficile est posé par les cas qui semblent des obstructions simples, quelquefois incomplètes avec des signes d'inflammation péritoneale: or, ce sont ceux là les cas où le tubage intestinal et le traitement médical solutionnent la situation en évitant les risques d'une grave opération. Cependant quand on soupçonne l'anse fermée, l'intervention ne doit être différée. La conduite chirurgicale sera conditionnée par la cause de l'occlusion et par l'état anatomique de l'anse occluee.

### SUMMARY

The bipolar obstruction, in closed loop, (omega) of the small bowel, must be well known since it is quite frequent, its course is quickly dangerous and it has a serious prognosis. An early and exact diagnosis can be made, and suggest immediate operation to keep off the irreversible injury produced by the hypertension of the closed loop.

The positive diagnosis is based in the clinical-roentgenological evidence of the closed-loop, in a patient with previous peritonitis or abdominal operations and frequently with a history of transitory obstructive accidents.

The sudden start, usually with shock, the intense and firm pain in a close area, the poor influence of the indwelling intestinal tube, and the normal appearance of the intestinal fluid obtained by suction, in a clear clinical and roentgenologically evident acute obstruction, are also very important findings.

A short period of hours usually permits the right diagnosis, when the immediate recognition is not clear.

The most difficult problem is given by the simple obstructions sometimes incomplete with signs of peritoneal inflammation, in which the decompression by intestinal suction and adjuvant measures are just indicated, avoiding the danger of a serious operation.

Notwithstanding, at the suspicion of closed-loop the operation must not be delayed.

The surgical management is conditioned by the cause of the obstruction and the anatomic condition of the obstructed loop.

### ZUSAMMENFASSUNG

Der bipolare Duendarmverschluss sollte gut bekannt sein wegen seines relativ häufigen Vorkommens, seines schnell gefaehrlich werdenden Verlaufes, seiner ersten Prognose und der Moeglichkeit einer fruehzeitigen und exakten Diagnose, die eine sofortige Operation erfordert. Damit kann man der Dehnung der Schleife vorbeugen.

Die positive Diagnose begründet sich auf dem klinisch-roentgenologischen Befund der geschlossenen Schlinge, eines Patienten mit Vorgeschichte von Bauchfellentzündung oder Operationen, vorübergehenden Verstopfungen, u. s. w.

Der Fall ist gewöhnlich akut mit Kollaps, und die Schmerzen sind gut lokalisiert. Die Einführung eines Gummischlauches hat wenig Erfolg und bringt nur normale Darmflüssigkeit. Das Krankheitsbild ist unzweifelhaft ein Darmverschluss.

In zweifelhaften Fällen klärt sich die Diagnose gewöhnlich in wenigen Stunden auf.

Die diagnostisch schwierigsten Fälle sind die subakuten mit unvollständigem Verschluss, und einem gewissen Grad peritonealer Entzündung. In diesen Fällen ist die Intubation wirksam und macht die Operation unnötig.

Die Behandlung der Schlinge hängt von der Ursache des Verschlusses und seines anatomischen Zustandes ab.