

Seccional de Cirugía de Niños

SESION CIENTIFICA

Coordinador: Dr. Ricardo Yannicelli

OCLUSION INTESITAL EN EL NISO

Dr Raúl Del Campo

El problema de la oclusión intestinal tiene interés del punto de vista patológico y clínico y aun cuando ha sido comentado y debatido con entusiasmo, exigiendo la dedicación de Clínicos y Patólogos y la comprobación experimental continúa aún preocupando y reclamando atención. En nuestro concepto su trascendencia e importancia por la convergencia de numerosos factores que examinaremos en el curso de esta exposición, es aún mayor en el niño que en el adulto. Si bien hemos avanzado en el estudio del proceso y en los métodos y procedimientos para su tratamiento las estadísticas no expresan aún verdadera modificación de los resultados y determinan un mayor número de éxitos.

Su estudio que ha pasado por etapas diversas en las que han predominado estudios dirigidos a diversas causas etiológicas o factores diversos originarios del proceso, exige aún mayor dedicación.

Han preocupado el estudio de la anatomía patológica, de la intoxicación como predominante en el cuadro clínico, y considerado como causante de la muerte, de la infección, etc. La experimentación no obstante no puede ser superpuesta a la clínica y es necesario considerar que los factores originarios del proceso pueden ser múltiples y variados.

La O. intestinal del niño, de formas diversas reclama estudio minucioso y detallado de su patología y de su clínica. Pasaremos en revista algunas de las observaciones recogidas de colegas y algunas nuestras, estudiando el problema clínico en sus diversos aspectos y dedicado especial atención a la O. del recién nacido y del lactante en mi concepto capítulo especial.

Hace veinte años se habían tratado con éxito unos pocos procesos de O. I. Hace sólo 10 años en un trabajo del Dr. Miller se relatan algunos casos operados con éxito y Ladd relata 24 curaciones sobre 29 de O. extrínsecas y 8 sobre 17 de O. intrínseca. En el 43 el mismo Ladd relata 59 casos de O. extrínseca con 37 curaciones y 87 de O. intrínseca con 23 curaciones. La influencia del Centro quirúrgico de Boston con la dirección de Ladd y Gross ha sido de gran valor sobre esta cirugía.

OCLUSION INTESITAL

Factores patogénicos diversos pueden conformar un síndrome bien caracterizado del punto de vista clínico provocado por la detención persistente del contenido intestinal frecuente en el niño en las diversas edades — recién nacido, lactante, segunda infancia.

Corresponde en general a malformaciones diversas del aparato digestivo, que determinan el estrechamiento de la luz enteral, manifestándose en la clínica por síndromes de O. I. o suboclusión. De extraordinaria gravedad según lo expresan las observaciones recogidas en nuestro medio y las que la bibliografía de diversas procedencia — europeas y americanas — ponen de manifiesto. Debemos no obstante expresar que en estos últimos tiempos, ellas se han modificado proporcionándonos algunos éxitos porque el diagnóstico se hace más precozmente, porque los adyuvantes de la clínica nos han proporcionado progresos bien definidos — radiología, transfusiones, plasmoterapia — porque han sido bien determinadas diversas entidades clínicas y aclarado conceptos de su patogenia, porque nuevos procedimientos han venido a renovar la Cirugía del recién nacido y del lactante — según lo expresa Duhamel y que nosotros a través de sendos años de labor hemos podido ratificar — el empleo de los modernos anestésicos, la aplicación de los principios de reanimación, y la internación. Del estudio comparativo de las primeras etapas de la cirugía neonatal y del lactante, con los métodos y procedimientos actuales pueden deducirse progresos evidentes. Sin embargo el síndrome de O. I. conserva aún su condición de gravedad y exige detenida observación clínica, radiología y tratamiento precoz. El íleus y la Peritonitis meconial, así como la duplicación del aparato digestivo, la enfermedad fibroquística de los parenquimas han marcado una nueva

etapa en la concepción general del síndrome oclusivo, determinando soluciones diversas al problema terapéutico en especial en relación con el síndrome humoral. Cuando las causas que provocan la O. no obran más que parcialmente sobre la luz intestinal permitiendo en parte su permeabilidad se origina una suboclusión, situación frecuente en la clínica del niño. Constipación alternada, vómitos, meteorismo a veces el predominio de uno de estos síntomas, caracterizan el cuadro clínico. De sus causas etiológicas nos ocuparemos más adelante. El síndrome oclusivo puede tener sus manifestaciones clínicas en diversas etapas de la vida del niño en relación con la anatomía y fisiología a ellas correspondientes.

Abordaremos el interesante problema clínico de la O. I. del niño, tan discutido y aún preocupante destacando su clínica en las diversas etapas de su desarrollo.

O. I. aguda del recién nacido y del lactante

A esta edad el problema clín. y terapéutico de la O. o sub O. es muy importante exigiendo en el 1er. caso la inmediata solución y la contemporización en el segundo porque la vigilancia del enfermo permitirá a su solución con éxito posteriormente porque siendo el síndrome parcial y predominando uno de los síntomas no es posible a veces ser afirmativo en el diagnóstico. Obedecen a causas congénitas correspondiendo a malformaciones de diversa naturaleza, muchas de ellas en condiciones de ser abordadas con éxito. Atresias extrínsecas e intrínsecas, diafragmas completos e incompletos, desdoblamiento del aparato digestivo, prolapsus del intestino en el omfalo mesentérico, torsión del asa por meconio espesado, anomalías de rotación, volvulus —páncreas anular, quiste enteróide en la luz intestinal, hernia interna, comunicaciones y abocamientos anormales, vagino rectales, vejiga, región prostática de la uretra, subrectal del escroto. La falta de acolamiento de los mesos del yeyuno, ileon, colon, ciego, deficiencia de secreciones glandulares, la enfermedad quística de los parénquimas, peritonitis meconial o ileo meconial obedeciendo a perturbaciones de origen fetal. Pero es que la infección que se hace por la vía placentaria puede ocasionar la peritonitis fetal, la perforación intestinal que genera la brida, la perivisceritis, la aglutinación, me-

modificaciones de posición, el espasmo del ano actuando sobre la luz intestinal, (el caso de la Dra. Murguía).

Estenosis aguda o sub aguda.

Pero este grupo podría ser dividido en tres categorías: Estenosis aguda o subaguda. Oclusión propiamente dicha.

La peritonitis meconial.

Cada una de ellas corresponde a disembrionogénias o infecciones obrando simultánea o independientemente o alteraciones en la fijación o rotación intestinal y excepcionalmente a perturbaciones en la secreción.

El cuadro clínico. — Es generalmente de tal evidencia, salvo raras excepciones que el error si es factible es poco frecuente, no obstante debemos señalar lo que ocurre con la imperforación anal que pasa desapercibida para el técnico que atiende el parto y llega al cirujano con el síndrome de O. completo después de haber transcurrido dos o tres días. Pero caracterizan el síndrome signos clínicos tan evidentes que es difícil el error de diagnóstico. La tríada sintomática lo expresa claramente, vómitos, balonamiento, meteorismo y perturbaciones en la evacuación del meconio aun cuando no es posible ser absoluto puesto que pueden existir anomalías en cada uno de estos signos que pueden desviar cuando no se está habituado a esta clínica admitimos que se llega fácilmente al diagnóstico cuando se conocen previamente las características clínicas. Cuando en un recién nacido aparecen vómitos inmediatamente o poco después del nacimiento acuosos, mucosos o glerosos y aún meconiales se agrega la no expulsión de meconio, aun cuando no es tan absoluta tal situación y existe como consecuencia balonamiento de vientre, la existencia de la O. que debe ser confirmada por los elementos adyuvantes de la clínica especialmente la radiología debe plantearse. Pueden aún recurrirse al estudio de las células del tractus intestinal (test de Farber).

Muy a menudo un meteorismo poco marcado, transitorio, el vómito que puede no existir caracterizan el cuadro de suboclusión originado por procesos que están en relación con la pared intestinal, quistes enteroides o con la mucosa, modificaciones valvulares, lesiones inflamatorias de la mucosa rectal o anal, las acalasia esfinterianas provocadoras de distensiones supra estructurales, abocamientos anormales, falta de expulsión de la bilis, tu-

mores abdominales, malformaciones congénitas o adquiridas. Algunas de estas O. del recién nacido merecen descripción especial.

Atresias y estenosis intrínsecas.—Corresponden a lesiones anatómicas patológicas diversas, ausencia total de un segmento, diafragma, malformación cordonal, interrupciones completas del tractus intestinal. Se agregan las intrínsecas bien descritas por Fevre, Duhamel, Onfroy, más incompletas o aplasias cordonales, las estenosis por compresión extrínseca, bridas, adherencias, aglutinación, adenopatías vinculadas a la peritonitis fetal las duplicaciones, torsiones, el páncreas anular.

Corresponde a estas estenosis anormales el cuadro clínico general pero señalaremos como particularidades el vómito fácil frecuente y precoz, alguna vez ligeramente teñido con sangre. No ha faltado en ninguna de las observaciones recogidas. En cuanto a los signos físicos el balonamiento acentuado en el epigastrio, a veces el único, la depresión del resto del vientre, signo engañoso que desorienta, la reptación que no existe siempre. El meteorismo puede no existir o desaparecer después de un vómito. La otra particularidad la constituye la expulsión de meconio, materias fecales sanguinolentas, lo que facilita el error de diagnóstico. Agrégase la anorexia marcada, deshidratación y mal estado general. Haremos el estudio radiológico con las otras Oclusiones.

La peritoritis meconial. — En nuestro medio no conocemos un solo caso en la bibliografía meconial se mencionan algunos. Los signos clínicos son los de una O. meteorismo en la parte media, nacidez lateral desplazable con la posición, la constipación y el hidrocele bilateral. El proceso parece corresponder a una O. congénita en la primera etapa cuya causa no es clara y precisa. La hipótesis de una atresia o ileo meconial ha sido planteada sin su constatación. Existe en cambio en el acto operatorio una cavidad de paredes lardáceas con fístula intestinal y cuyo contenido está constituido por bilis, sero purulento, grasa y sangre. **El pronóstico:** es siempre grave por las lesiones y las maniobras complejas que es necesario realizar en el acto operatorio: decapsulación y decorticación. El traumatismo, heterotopías de la mucosa han sido invocadas como causa de la perforación y que por su naturaleza podrían ser colocadas dentro de las duplicaciones y la enferme-

dad ulcerosa. El examen bacteriológico del líquido ha permitido constatar el neumococo, lo que llevaría a admitir por la existencia de la peritonitis y la orquitis la naturaleza infecciosa del proceso cumplido por la vía placentaria. La perforación, el encapsulamiento serían producidos durante la vida intrauterina. La perforación puede también ser producida por las maniobras de parto y entonces existe ausencia de cápsula y las asas flotan libremente. En el caso de úlcera perforada presentado por nosotros al Congreso de Cirugía, si la lesión no se hubiera evidenciado claramente inmediata al nacimiento organizados los exudados hubiera llegado después de algunos días a constituir el cuadro de la peritonitis meconial. De todas maneras se trata de una O. que causa el 100 por 100 de mortalidad y cuyo estudio debe preocupar a pesar de la rareza de los casos que no permiten observación más detenida.

La enfermedad fibroquística de los parénquimas

De las raras observaciones que se mencionan han podido deducirse algunas características interesantes, congenitalidad, carácter familiar. Es variable en sus manifestaciones clínicas pero el trastorno digestivo y en especial el ileus es el más importante. Deben señalarse además los accidentes broncopulmonares, bronquiectasia y bronquitis capilar. Las modificaciones de los parénquimas se limitan a dilatación de los acini y proliferación del conjuntivo por modificaciones secretorias.

El ileus meconial

En nuestra bibliografía no existe un solo caso y en la general aparece como forma rara de O. Síntomas comunes, al cuadro de O. existiendo a veces la expulsión de meconio por permeabilidad del duodeno. En cuanto a los signos físicos, el meteorismo pastoso e incoloro por acumulación de meconio en la parte media del delgado hay distendida adherencias a sus paredes y espesamiento de éstas. Timpanismo en parte media alta por acumulación de líquido y gases en el yeyuno. El peso de este contenido puede desviar el eje producir el vólvulo indicador de intervención, desmejoramiento del estado general. El diagnóstico clínico es difícil pero pueden contribuir a aclararlo el examen radiológico y el test de Farber cuando ha habido expulsión de meconio.

Desdoblamiento congénital del aparato digestivo. — Así denominan los autores americanos las formaciones en relación con el intestino o formando parte de él y constituidos por los mismos elementos anatómicos e histológicos, en su mayoría quistes y divertículos cuya patología ha sido recientemente estudiada generando síndromes ya bien caracterizados clínicamente interviniendo directamente en el proceso de O. De localización diversa respecto al intestino, la pared el borde mesentérico, submucosos, intramusculares, subserosos, coincidiendo su vascularización con el intestino. Corresponden al duodeno, ileon y también al grueso en especial la región ileocecal, rara vez rectal. Las observaciones y trabajos publicados son numerosos. (El caso de Cassinelli).

La traducción clínica del proceso es generalmente la O. y corresponde al recién nacido y al lactante a pesar de que se registran algunas observaciones en la 2ª infancia. Tumores benignos por su constitución pero de una gravedad clínica evidente obligando a intervenciones serias.

El divertículo de Meckel. — Cuya patología y clínica son muy interesantes porque es causante de múltiples procesos ya bien estudiados es causante también del síndrome de O. con la sintomatología ya descripta y de la invaginación que puede en su última etapa ser causa de O., actuando haciendo atricción sobre el intestino o por brida en caso de proceso inflamatorio. Los dos casos publicados por nosotros en Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades.

Oclusión por tumefacción intra o extra intestinal. — Hay un tipo de O. poco frecuente en el niño en el cierre o estrechez de la luz intestinal, estenosis inflamatoria o por tumor congénito. El caso de Rodríguez Juanotena y el Prof. Yannicelli, cuerpos extraños, fecalomas parásitos, cálculos, formas de excepción en el niño, sin lesión de la pared porque respetan la circulación mesentérica. Se han estudiado en la parte alta y baja del delgado y en el cólon. En el segmento supra adyacente se acumula líquido y gases, se hiperemiza y se dilata adelgazándose, hay descamación y lesiones ulcerosas no sólo en el segmento inmediato superior sino en partes más alejadas. Sin embargo es el tipo de O. en el que al peristaltismo y la contracción se conservan por más tiempo.

Hay la O. por parásitos: pueden ser completas o incompletas agudas o crónicas.

La experimentación ha puesto de manifiesto una sustancia tóxica que produce espasmos intestinales. Entre los signos pueden anotarse dolor y peristaltismo falta de sensibilidad abdominal y fiebre, estado general grave en relación al grado de la O. indicado por meteorismo, apatía a somnolencia, inconciencia. Puede constatarse si se hace exploración por el bario, este en el intestino de los ascaris. El tratamiento de esta O. varía un poco y nos adelantamos a señalar la modificación. Puede hacerse pasar al colón la masa de vermes. Si la extracción por enterotomía no se hace bien pueden penetrar por la línea de sutura.

La hernia interna. — Producida por causas diversas que corresponden muy a menudo a malformaciones. El intestino es estrangulado en una fosea.

Imperforación anal y abocamientos anormales. — Forma relativamente frecuente de la O. I. que presenta el cuadro clásico. Después del nacimiento, a veces varios días después por falta de eliminación del meconio, el balonamiento vómitos a veces, el enfermo llega con su O. constituida y la necesidad de una urgente intervención. Su pronóstico depende del grado anatómico de la malformación. La simple membrana avascular con ampolla visible caso más simple, la ampolla poco elevada, ampolla sigmoidea, intraperitoneal, gases diversos que corresponden a intervenciones de poca o gran importancia. La intervención simple sobre la membrana o más importante descendiendo la ampolla y fijándola. Los abocamientos anormales pueden provocar la O. dando lugar a serias intervenciones.

Invaginación intestinal, torsión de los pedículos. La invaginación intestinal no es expresión de O. Intestinal sino en la última etapa del proceso es decir cuando se ha constituido un "boudin" irreductible por adherencias y exudados; o en la ileo ileal en la que existe generalmente una marcada adherencia constituyendo un obstáculo al pasaje del contenido intestinal. Es necesario para evitar la constitución del síndrome de O. plantear diagnóstico precoz, sin esperar el conjunto de los signos, enterorragia, vómito, dolor, constipaciones. Basta un solo signo y en general el dolor intermitente para presumir la existencia de una invaginación que el examen radioscópico rectificará o ratificará. Pueden ofrecerse formas diversas en las distintas edades pero el diag-

nostico es en general fácil. En el recién nacido pueden tenerse dificultades sobre todo porque es raro y no se piensa en el proceso de invaginación o se confunde con procesos similares. Toda invaginación puede ser tratada con éxito por el enema baritado en las primeras horas, después es necesario recurrir al tratamiento radical, enterectomías, anastomosis. En nuestra literatura existen numerosos casos intervenidos con éxito y constituyen una forma de O. frecuente en el niño.

Torsiones en el eje. Vólvulos. — Es de diagnóstico difícil, el síndrome difiere en sus características del adulto. Asiento en el sigmoide, en el ciego, en el delgado y el asa umbilical. La del sigmoide da gran distensión abdominal, pocos vómitos. En el del ciego operado a menudo por apendicitis el signo físico más importante es el meteorismo localizado en región periumbilical encima y a izquierda del ombligo. El vólvulo del delgado es de difícil diagnóstico y a menudo el diagnóstico es operatorio. Su signo más importante es la tumefacción en el cuadrante inferior izquierdo, es más frecuente en especial en las O. de origen apendicular. En el recién nacido el vólvulo en masa del delgado es más frecuente que en el adulto. El proceso puede ser provocado por una tumefacción intestinal pero una larga asa cuyos extremos estén cercanos predispone al vólvulo a la inserción fija al mesenterio. En el delgado obedece amenudo a una fijación defectuosa del mesenterio, en el recién nacido por ausencia de fijación al mesenterio, cuando el delgado y el ciego tienen un mesenterio común una parte del colon derecho participa de la torsión. La presencia de bridas —y es una situación frecuente— puede originar el vólvulo. La trombosis mesentérica, la pancreatitis, la peritonitis, la estrangulación pueden simular la torsión. En el lactante puede acompañar a la atresia complicando la malformación. La atresia da vómitos en el comienzo, en tanto que cuando es acompañada de vólvulo da tumor y vómito tardío. La colitis acompañada de deposiciones sanguinolentas puede hacer pensar en el vólvulo, pero los signos de obstáculo mecánico dan el diagnóstico.

Las modificaciones en el eje o dirección del asa pueden dar la O. han sido señalados por todos los autores: 1° Puede haber ausencia de rotación; 2° inversión de la rotación; 3° rotación.

La primera se observa en las primeras semanas. Dott señala 5 casos de vólvulo prenatal.

Oclusiones adquiridas. — Originadas por causas diversas siendo la más importante la infección por vía placentaria y sus consecuencias la peritonitis fetal por perforación intestinal, perivisceritis. Son oclusiones que clínicamente aparentan ser primitivas. De forma progresiva otras de iniciación brusca aparecen en el curso de una peritonitis tuberculosa fibroso caseosa, fibro adhesiva originadas siempre por aglutinación de asas o compresiones por tuberculomas.

En la segunda infancia

Es en general menos frecuente. Parecería que el síndrome corresponde más bien al recién nacido y al lactante lo que hace pensar que su origen es congénito muy a menudo. Su sintomatología es la misma, más claras sus manifestaciones clínicas. En el recién nacido y el lactante la laparotomía se impone, en la segunda infancia el diagnóstico afirmativo permite plantear la operación sin vacilaciones.

La O. post operatoria

Es frecuente, pero debe señalarse especialmente en la Peritonitis y apendicitis. Puede ser contemporánea de la crisis apendicular — caso Del Campo, Suiffet (Arch. Medic., Cirugía y Especialidades), secundaria o tardía. Los signos son los que corresponden a toda O. más las ondas peristálticas, aglutinación, bridas y aún vólvulos pueden ser la causa. Los signos de infección y O. se asocian y en el acto operatorio se constatan pequeños abscesos sobre los asas —adheridos. La O. por brida en el post-operatorio puede ser la más frecuente. Son muchos los casos operados por nosotros.

Síntomas-cuadro clínico

Caracterizan el síndrome: dolor, vómitos, distensión abdominal, constipación con características variables que dependen de la causa y del propio enfermo. La modalidad paralítica o espasmódica puede imprimir alguna modificación al cuadro clínico. Se destaca el dolor con característica de intermitente paroxístico, cólico, fijo, variable, naciendo alrededor del ombligo y dirigiéndose de derecha a izquierda o viceversa. Se atribuye a la contracción peristáltica del delgado. No es fácil

interpretar el dolor porque el intestino se contrae y no duele, la tetanización puede producir dolor o si crece la tensión del mesenterio, al contraerse el asa tironea el mesenterio y provoca dolor. Por aumento de la actividad intestinal se provoca el dolor, que aumenta primero en intensidad, decrece y se calma para volver a aparecer— puede atípicamente localizarse en F.I.D. o región umbilical.

El vómito: frecuente y abundante. Si el bloqueo es mecánico produce la regurgitación del contenido intestinal. A veces la distensión es grande y no existen vómitos. Al principio existe un vómito reflejo como en la apendicitis, en el niño el vómito es más fácil y frecuente que en el adulto. No tiene gran significación clínica. Pero al vómito alimenticio sigue el bilioso y fecaloideo que es necesario no esperar. En la O. alta no hay vómitos fecaloideos y en algunas O. del grueso tampoco aparece O. a progresivos a marcha lenta, en las que el buen funcionamiento de la válvula ileocecal, impide que el contenido vuelva hacia atrás, al estómago. Tienen valor los vómitos abundantes y copiosos sobre todo en la O. alta. La falta de vómitos y existencia de cólicos parece corresponder al colon. En general no hay líquido en el estómago y si existe tiene las características del contenido gástrico y biliar. Puede ser un signo engañoso porque hay niños vomitadores que obligan a una buena observación para determinar la causa.

El **meteorismo** y **balonamiento** en el niño no son muy marcados y en algunas formas como las atresias y estenosis duodenales el vientre puede presentarse plano y la constipación no ser absoluta eliminándose meconio normal —el meteorismo puede ser localizado de acuerdo con la localización de la O.

El test de Farber puede servir como elemento en el diagnóstico diferencial entre atresia y estenosis. En el niño tiene extraordinaria importancia el desmejoramiento por la deshidratación provocada especialmente por el vómito, pérdida de peso y las perturbaciones de la función urinaria. Elementos sintomáticos secundarios, pulso, respiración pueden estar modificados.

El síndrome secundario. — Los trabajos de Haroz y Onz sobre las modificaciones sanguíneas han puesto de manifiesto una leucocitosis, aumento de la urea, del nitrógeno no proteico que

ascendería progresivamente, una cloremia que alcanza la mitad de lo normal y aumento de la glicemia. La cloropenia es la más importante. La experimentación ha demostrado estos hechos para las O. altas. Cuando hay pérdida de jugo gástrico hay un aumento de la cloropenia, una pérdida mayor de Cl. que de sodio, con aumento de bicarbonato de sodio y por lo tanto alcalosis, descenso del Cl. plasmódico, deshidratación y oliguria, el potasio aumentado en 100 por 100. Establecido el ileo se produce la hipersecreción y trastornos del mecanismo muscular que comprometen su fisiología, los fermentos y bacterias durante el proceso de fermentación contribuyen a la liberación con aumento de compresión de la mucosa por distensión, disminuyendo su capacidad de absorción y anulándola finalmente, la hiperdistensión, disminuyendo su capacidad de absorción y anulándola finalmente, la hiperdistensión isquemia el intestino en el borde libre llegando hasta el esfácelo en la mucosa submucosa y serosa.

Las alteraciones correspondientes a la O. pueden resumirse

1º Hipersecreción líquida; 2º disminución a abolición de la absorción; 3º putrefacción intestinal; 4º proliferación de la flora.

Los 2 primeros hechos originan un acúmulo de agua en el intestino; los 2 segundos la toxicidad del intestino. Se trastornan numerosas funciones por alteración del balance acuoso y salino, oliguria o anemia orina alcalina y gran tasa de urea que se debe al aumento del metabolismo proteico por deshidratación y autofagia, la intoxicación se produce por el pasaje de tóxicos originados en el foco y en la luz del tubo digestivo.

Diagnóstico. — El diagnóstico clínico es en general fácil. Tiene gran importancia el interrogatorio bien conocido. En cuando a la clínica pueden existir algunos signos que caracterizan la O. del niño ya señalados. Están en relación con la naturaleza de la O. paralítica o espasmódica, congénita o adquirida, primitiva o secundaria, debida a causas extra-abdominales o abdominales. Puede llegarse al diagnóstico topográfico teniendo en cuenta el predominio de determinados signos. Es importante aclarar la cronología de los signos su aparición brusca o progresiva. El predominio del vómito, su frecuencia permite orientarse en el sentido de una O. duodenal, el meteorismo predominante y progresivo en una O. del ileon.

Habrá que plantear diagnóstico diferencial con una peritonitis en especial en el lactante. A veces es muy difícil porque presentaba un marcado meteorismo. Los antecedentes tienen importancia porque un enfermo ha sido operado por otra causa o por una O. anterior, otras una intervención sobre el delgado, otras veces hay el antecedente de un proceso inflamatorio. El diagnóstico de síndrome oclusivo es como decimos antes, fácil, pero lo interesante es la causa y su localización. Peritonitis, pancreatitis, infarto mesentérico (caso Del Campo). En estos casos el diagnóstico predominante es el que corresponde a la lesión inicial.

Métodos y procedimientos auxiliares de la clínica. — Es siempre necesario rectificar o ratificar el diagnóstico por la radiología. Los niveles líquidos puestos de manifiesto con la observación radioscópica con el enfermo puesto de pie tienen la misma significación que en el adulto y las diferencias con los niveles líquidos que dan las Peritonitis tienen también las diferencias mencionadas en todos los tratados. Más precoces y de dimensiones más grandes en la O. faltando la trama que las contournea producida por la acumulación de exudado. En el ileus mecánico son muy precoces y a veces se observan a las 6 horas. En las peritonitis si el exudado es muy abundante puede observarse un nivel líquido que se desplaza con el cambio de posición. Al diagnóstico topográfico puede llegarse por la situación del asa dilatada o por el enema baritado que tiene inconvenientes en estos casos porque puede provocar una obstrucción sobregregada por el conglomerado de barita después de absorción de agua por el intestino. En las estenosis y atresias puede mostrar la distensión del asa situada en la parte izquierda y superior del abdomen y el resto del vientre de uniforme obscuridad. El origen radiológico puede proporcionar datos, la distensión gaseosa supraestructural y la visualización del contenido hidrogaseoso. Al procedimiento se le hacen objeciones que en nuestro concepto no corresponden. La ingest n de barita en enfermos vomitadores no debe ser empleada. En cuanto el enema baritado no es objetable. Permite distinguir en el colon un ileo mecánico o reflejo, revela cuál es el sitio de la O. y hasta su naturaleza. En el vólvulo del yeyuno ileon además de los signos de O. observados en la simple posición de pie, la radiografía permite constatar la distensión de las asas en la parte media del abdomen pre-

dominando a la izquierda o a la derecha según la localización de la torsión. Se observan asas distendidas con peristaltismo, no hay asas en fosa I D e izquierda y existiendo un nivel líquido por tracción del meso ciego. En la brida hay obscuridad de la pelvis y espesamiento en las zonas de contacto con las asas más inferiores, muchos niveles líquidos. Los signos radiológicos son precoces. En el vientre normal puede haber niveles después de un lavaje. En las O. del colon son en número reducido pero de diámetro grande. Ocupan la periferia y a menudo se dibujan abollonaduras. En el delgado son más numerosos, el ancho de las asas dilatadas es menor son centrales, no se ven abollonaduras y a veces se ponen de manifiesto los vólvulos de Kerherning. Existen distensiones gaseosas que indican bien la topografía. El ángulo eleva a veces la cúpula diafragmática izquierda, es posible ver los segmentos colon trasverso y descendente. Cuando es un nivel del ciego se le encuentra desde la E I hasta el hipogastrio. En el recién nacido y el lactante, la existencia de una marcada neumatosiis puede ser un hecho fisiológico, habitual en los primeros meses de la vida y hallazgo corriente en los enterocolitis y cuadros disenteriformes así como en muchos estados pulmonares agudos. El examen de pie muestra imágenes de gases intestinales, puede ser negativo, puede ser negativo en las primeras horas, pero a las 5 ó 6 horas aparecen las primeras burbujas por arriba del obstáculo. En la invaginación los acúmulos gaseosos señalan la aparición de la oclusión.

Pronóstico. — En el recién nacido y el lactante es siempre grave aun cuando su diagnóstico sea precoz. Sea cual fuere la forma de O. o su causa, la edad, el traumatismo quirúrgico convergen siempre a crear una situación difícil con frecuencia insalvable porque obedecen generalmente a malformaciones. No es lo mismo en la O. que se diagnostica en el post operatorio, en general de buen pronóstico. De todas maneras el pronóstico depende de la modalidad y causa de la O. siendo más serio en los cuadros que determinan modificaciones funcionales de la circulación.

Estadísticas. — A pesar del avance manifiesto de esta Cirugía, del perfeccionamiento de los procedimientos y métodos quirúrgicos, aún nos presentan resultados poco halagadores y el porcentaje de defunciones es muy elevado. Del examen de las es-

tadísticas extranjeras y en especial americanas que a pesar de todas las garantías de que se rodea el pre y post operatorio, de la atención puesta en el acto operatorio, las estadísticas expresan un porcentaje muy elevado de mortalidad. Lo mismo ocurre entre nosotros. Ladd y Gross, directores del Centro Quirúrgico de Boston en que esta cirugía se practica en gran escala del que han surgido grandes innovaciones y evidente mejoramiento de los procedimientos, lo mismo que en los Centros Quirúrgicos franceses especializados con Fevre y Duhamel en su Dirección, las estadísticas no expresan aún en resultado, quizás porque factores diversos intervienen y convergen a dificultar esta cirugía que tiene relación con la resistencia orgánica con las condiciones y modalidades especiales del organismo infantil en el traumatismo quirúrgico.

Concepto social. — La O. I. que en el recién nacido y el lactante obedece generalmente a malformaciones congénitas plantea a menudo problemas de difícil solución. Debe realizarse una intervención sobre la que se tiene el convencimiento de que no será útil, a veces muy poco útil o que dejará secuelas definitivas? Entendemos que frente al caso grave y a veces a un diagnóstico difícil la necesidad de una intervención se justifica, pero cuando del estudio minucioso se adquiere la firmeza de su poca utilidad la situación no es la misma, la imperforación del ano con ampolla alta sólo admite una intervención paliativa y otras veces el consejo al familiar o el planteo de una situación difícil y con grave repercusión en el futuro.

Estudio comparativo del problema en el adulto y en el niño.

El estudio clínico presenta en el niño algunas características propias de la edad. El vómito es poco frecuente, el fecalóideo, porque en general las O. no son de delgado. En el niño la O. obedece —recién nacido y lactante— a causas congénitas planteando siempre situaciones difíciles y de mucha gravedad, en el adulto en cambio son lesiones parietales internas o externas por asa cerrada. La constipación falta a veces en el niño porque puede existir evacuación del intestino como ocurre en las estenosis no muy marcadas y ocurre lo mismo con el balonamiento existiendo en cambio el vientre plano o puede existir balonamiento o neumatosis en muchos procesos médicos, enterolitis y enteritis. El cuadro es siempre más grave y de pronóstico más

reservado que en el adulto por el shock, por la patogenia y por el traumatismo quirúrgico.

Tratamiento. — El diagnóstico de O. I. plantea la intervención inmediata. Siempre es difícil el diagnóstico etiológico o de localización a menos que algunos signos permitan la orientación. Pero es frecuente en el niño que una O. I. constituya un síndrome secundario a una enfermedad general que es necesario determinar con precisión y entonces puede ser ensayado el tratamiento vigilando al enfermo.

Pero si se supone que la causa es abdominal por lesión visceral aparece divertículo debe intervenir. El íleus mecánico obliga a la intervención precoz sobre todo si se tiene en cuenta que estos enfermos llegan al cirujano tardíamente. La conducta terapéutica es distinta frente al íleo paralítico o mecánico, en este último el tratamiento quirúrgico debe ser precoz. El tratamiento previo a la intervención levantando el estado general y atenuando algunos síntomas, la intoxicación factor importante a tener en cuenta. La distensión abdominal, es balonamiento que incomoda en el acto quirúrgico debe ser atenuado a fin de facilitarlo. La aspiración duodenal difícil de aplicar en el lactante y recién nacido por la sonda Miller Abblott y menos aún la de Cantor recurriendo a la sonda de Nelaton generalmente. La significación y valor clínico del procedimiento está ya aclarada, habiendo proporcionado éxitos numerosos.

La aspiración disminuyendo el balonamiento que permite una más fácil función respiratoria y circulatoria, así como la extracción de gases de procedencia diversa a veces de marcada toxicidad conduce fácilmente a la mejoría a veces total del enfermo. El tratamiento postural en genupectoral cubital o ventral como lo preconizan Duhamel y Fevre en la O. incompleta o cuando las deposiciones pierden su carácter meconial, cuando pasa un filete de barrita o existe una falta de rotación. El suero hipertónico o el prostigmin pueden ser ensayados con éxito en estos casos. La conducta terapéutica a seguir frente al niño ocluido debe ser: en primer término precisión en el diagnóstico. Condición previa a la intervención: aspiración duodenal, sonda rectal, desintoxicación por corrección del balonamiento, la transfusión, plasma o sangre, suero fisiológico determinada su indicación por las características clínicas del enfermo, antibióticos y cortigen son adyuvantes de esta cirugía que han logrado modificar las estadísticas. Condición ne-

cesaria es operar dentro de un ambiente de calor y recurriendo a la bolsa con agua caliente en la región dorsal como hacen los americanos. Es necesario señalar los grandes progresos realizados en la anestesia. La preferencia por el éter acompañado de oxígeno o carbógeno según las necesidades y condiciones del enfermo, la marcha del acto operatorio de perfecta tolerancia. La intubación bronquial por la secreción abundante y el vómito causante de asfixia con muerte ha sido señalada alguna vez. Duhamel y Fevre son partidarios de la anestesia mixta iniciándola con éter para disminuir los reflejos generadores del shock, realizando la infiltración de novocaina al 1/200 lo que permite continuar y terminar la operación con local. La medicación previa a la intervención atropomorfinica en dosis condicionada a la edad del niño es de gran utilidad, sobre todo porque disminuye las secreciones. La anestesia por gases tiene gran importancia y sus ventajas han quedado evidenciadas en nuestro medio en el que la anestesiología ha cumplido la etapa de progreso general o universal y un plantel de anestesistas de probada idoneidad coadyuva en la tarea quirúrgica uniendo su esfuerzo y dedicación al del cirujano.

El abordaje de la lesión se hará por laparotomía mediana o paramediana a menos que el diagnóstico de localización o de naturaleza de la O. permita hacerlo por determinada y especial incisión. Frente al campo operatorio podrá entonces determinarse claramente cuál es el tipo de lesión condiciones del asa lesionada, deduciéndose la intervención a realizar Anastomosis término terminal, latero lateral la más adoptada por sus especiales condiciones a las atresias y estenosis duodenales, las resecciones convenientes a los diafragmas, invaginaciones intestinales y aún al ileus meconial y duplicaciones del aparato digestivo, al vólvulo cuando no se acompaña de estenosis duodenal obedece a la simple detorsión. La O. intestinal por fecaloma obedece a veces al tratamiento médico, o extirpación bajo anestesia. En el enterquistoma es necesario incidir la serosa para practicar dos colgajos sobre la pared del quiste y recubrir el intestino.

El resultado de la intervención es siempre aleatorio, siendo su pronóstico más serio en los agenesias. Las estadísticas como lo expresamos antes son probatoria de esta afirmación.

El post operatorio exige siempre cuidados especiales, transfusión plasma o sangre, cortín, oxigenación. Pueden determinarse

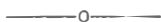
cuatro tiempos fundamentales realizados de acuerdo con las necesidades orgánicas, la desintoxicación por el tubaje duodenal, el shock producido por la toxemia por el estímulo cardio vascular y la respiración disminuida por la misma causa exige también su estimulación-oxigenación.

Todas las modificaciones del metabolismo conducen a la aplicación de la terapéutica adecuada: hidratación combatiendo a la vez la cloropenia, suero fisiológico sin acción específica o glucosado porque los depósitos de glucógeno disminuyen en el ayuno o gluco fisiológico —plasma— la intoxicación por el tubaje duodenal fundado en el hecho observado que la salida de gas y líquido favorece la continuidad intestinal. Puede tener dos contraindicaciones, en el estrangulamiento agudo y en las distensiones exageradas del colon. La aspiración ha desplazado a todos los procedimientos agresivos, en el post operatorio elimina la distensión porque las O. post operatorias las provoca la acumulación de gas y líquido en un intestino cuya movilidad está comprometida. La aspiración permite la realimentación. Se dice que la continuidad del tubaje puede provocar la otitis y el edema laríngeo en el lactante. Nosotros no lo hemos constatado. La verdad es que la aspiración es un procedimiento de gran valor curativo, mejorando las estadísticas. La oxigenación es indispensable para mejorar el estado general permitiendo una buena irrigación y un mejor metabolismo.

El plasma tiene múltiples indicaciones, cuando el pulso es taquicárdico, la presión baja, estado de shock; la sangre necesaria especialmente para restaurar una volemia.

Concluimos pues: 1º El síndrome de oclusión Intestinal en el niño constituye un problema clínico y terapéutico que exige atención y estudio; 2º que si bien hemos progresado en métodos y tratamientos es necesario persistir en sus modificaciones; 3º que hasta estos momentos nuestras estadísticas no satisfacen ampliamente; 4º que las O. I. del recién nacido y del lactante son originados por malformaciones congénitas y siempre más graves que las del niño de más edad; 5º que es frecuente la O. I. post operatoria por brida y corresponde casi siempre al post operatorio de la apendicitis; 6º que la anestesiología habiendo progresado extraordinariamente lo mismo que el tratamiento del síndrome humoral han contribuido a mejorar estadísticas; 7º que el éxito ope-

ratorio está en relación directa con la precocidad en la intervención; 8° que la lesión anátomo patológica que es también factor de éxito está también en relación con el tratamiento precoz; 9° que pueden existir dificultades diagnósticas en especial cuando el enfermo presenta cicatrices índice de una intervención previa; 10° puede ser factor de éxito reconocer la causa de la O. creando en cambio dificultades la mala elección del procedimiento quirúrgico, la mala preparación preoperatoria; 11° la necesidad de la aspiración previa al acto operatorio es factor importante de éxito y debe por lo tanto practicarse en la mayoría de los casos; 12° que es atribuible en parte el resultado poco satisfactorio a la inercia del partero y del pediatra y a la indecisión del cirujano y las medidas operatorias antifisiológicas; 13° que las curaciones ya no son rarezas y sin embargo la mortalidad por O. I. continúa siendo elevada debido a que muchos son prematuros y las anomalías múltiples; la operación retardada y la terapéutica del comienzo inadecuada



CONTRIBUCIONES:

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Folco Rosa.

RESULTADO DE LA APLICACION SISTEMATICA DEL METODO DE LA INTUBACION INTESTINAL EN LA PERITONITIS DEL NIÑO DE 1ª y 2ª INFANCIA

Dr. Folco Rosa

En una serie de 300 intervenciones de urgencia en niños (cuadro 1) hemos tenido 50 peritonitis por apendicitis (cuadro 2). (Trabajo leído en la Sociedad de Pediatría en la Sesión del 3 de noviembre de 1954).

300 OPERACIONES DE URGENCIA (Cuadro 1)

N I Ñ O S

Enero 1947 a junio 1954

Apendicitis agudas	128
Peritonitis por apendicitis	50
Peritonitis por apendicitis localizadas	5
Apendicitis subagudas	12
Adenitis mesentérica	19