

## CONSIDERACIONES SOBRE LA OCLUSION INTESTINAL POSTOPERATORIA \*

*Dr. W. VENTURINO*

Motivan este trabajo y los que siguen, el exponer una síntesis de las ideas del extinto Prof. Larghero sobre el apasionante problema de la oclusión intestinal postoperatoria. Estudiando las reintervenciones urgentes en cirugía abdominal, llegó a la conclusión a que han llegado todos los que se han ocupado del tema: la más importante causa de reintervenciones urgentes abdominales, la constituye la oclusión intestinal postoperatoria.

La muerte vino a impedir la continuación de sus trabajos.

Por eso, sus colaboradores de la Clínica Quirúrgica del Hospital Pasteur intentan en este Congreso, exponer una aproximación de sus inquietudes al respecto. La limitación del espacio no nos permite más que plantear la posición adoptada frente a esa complicación, sin entrar en las interesantes discusiones que ella implica.

### IMPORTANCIA DEL TEMA

Basta estudiar la mortalidad que supone la oclusión intestinal postoperatoria, para hacerse evidente la magnitud del problema. Becker (1) relata 17,5 % de mortalidad en oclusiones postoperatorias por adherencias recientes. Miller y Winfield (2), 22 %. En nuestra serie anotamos 47 %; la contribución de Machado, en páginas siguientes, aclarará esta cifra. Es lógico, pues, intentar un cambio de actitud a fin de tratar de disminuir esa mortalidad.

---

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. P. Larghero Ibarz.

## RAZONES DE LA ALTA MORTALIDAD DE LA OCLUSION INTESTINAL POSTOPERATORIA

Es, en nuestro concepto, la aplicación, muy común, del siguiente esquema, frente a un abdomen que se distiende en el postoperatorio:

- Pensar que se trata del llamado íleo parálítico y como consecuencia intubación intestinal.
- Si no mejora se piensa en la hipokalemia. Si ésta se confirma, aunque ella sea consecuencia de la oclusión y no la causa, se trata como tal.
- Si la situación clínica no cambia, recién se piensa en el factor mecánico.

Este esquema implica la pérdida de días para resolver definitivamente la complicación.

Creemos, en suma, que la intubación intestinal prolongada como único tratamiento, y el concepto de los íleos hipokalémicos, son responsables de muchas muertes por oclusión intestinal postoperatoria.

### ¿QUE ACTITUD SE DEBE ADOPTAR FRENTE A UNA DISTENSION ABDOMINAL POSTOPERATORIA?

Con las limitaciones de los esquemas puede expresarse así:

- 1) “El íleo parálítico postoperatorio verdadero es raro” [Devine (3)]. Es más, todas las evidencias parecen demostrar que la parálisis intestinal no existe, incluso en las peritonitis, salvo en etapas finales. [Trabajos de Wells y col. (4), Vest y Margulis (5), Parkkulainen (6), Frimann-Dahl (7), Hoyer (8).]
- 2) Frente a un laparotomizado que se distiende, hay que pensar, hasta prueba en contrario, que se trata de un problema mecánico o inflamatorio y que dentro del abdomen existe una situación de urgente solución: la distensión intestinal.
- 3) Si en sesenta o setenta y dos horas después de la operación, la distensión intestinal no se resuelve favorablemente, plantear la reintervención para eliminar el eventual factor mecánico o inflamatorio y suprimir la distensión.

Esta actitud ha sido adoptada en base a una serie de argumentos. *Para la intervención precoz* nos basamos en:

- Argumentos necrópsicos, que serán expuestos por Ríos Bruno en páginas siguientes.
- Argumentos operatorios: ninguna de las reintervenciones realizadas siguiendo esos principios, nos han dado motivo a arrepentimiento.
- Argumentos diagnósticos: no hay hasta el presente, nada que pueda asegurar la causa en juego en una oclusión intestinal postoperatoria.
- Argumentos tomados de la literatura. Nos basta con citar trabajos de Devine (3), Noble (9), Frimann-Dahl (7), Wangenstein (10), Colcock (11).

*Para suprimir e impedir la distensión* nos basamos en lo siguiente:

- Argumentos fisiopatológicos, que serán expuestos por Silva en páginas siguientes.
- Argumentos derivados del uso de la aspiración intestinal con el tubo de Pool o similar. A esto se referirá Ituño más adelante.
- Argumentos derivados del uso de la gastrostomía profiláctica, sobre lo que hablará Cazabán Perossio.

### ¿QUE CONSIDERAMOS COMO EVOLUCION POSTOPERATORIA NORMAL?

En cirugía abdominal, la distensión fisiológica por relleno gaseoso del intestino debido a aire ingerido (sobre esto no hay dudas), es espontáneamente reversible dentro de las treinta y seis, cuarenta y ocho o sesenta horas del postoperatorio. El límite extremo, esquemático, lo constituyen las setenta y dos horas. Dentro de esos plazos debe observarse:

- 1) Emisión de gases o materias.
- 2) No vómitos o sondeo gástrico en blanco.
- 3) Vientre depresible, aunque distendido, *pero no tenso*.
- 4) Auscultación: ruidos característicos de peristaltismo normal.
- 5) Gases en el colon a rayos X. Ningún gas o pocos gases en el delgado.
- 6) Cloruria en ascenso.
- 7) Eosinofilia sanguínea en aumento.

Frente a un cuadro dudoso, debe exigirse todo este síndrome, en forma completa, para catalogarlo de evolución abdominal postoperatoria normal.

### ¿QUE CONSIDERAMOS COMO EVOLUCION POSTOPERATORIA ANORMAL?

En principio, si un paciente escapa al cuadro presentado en el capítulo anterior, se trata de una evolución anormal y debe ser reintervenido. Pero deben bastar cuatro elementos para así catalogarlo:

- 1) Distensión abdominal *tensa*, con o sin vómitos.
- 2) Ruidos ánforo-metálicos, audibles, a veces, después de un silencio absoluto de varios minutos (diez-doce) de duración: son los abdómenes seudosilenciosos. Por otra parte, un silencio absoluto puede ser índice de una estrangulación.
- 3) Retención gástrica a la sonda o a rayos X.
- 4) Poco o ningún gas en el colon; abundantes en delgado.

Si un paciente presenta esos cuatro elementos, debe, en principio, ser reoperado. Es decir, que se debe proceder con él, como si no hubiera sido ya intervenido. En efecto, en un paciente no operado, nadie duda, frente a ese cuadro, de catalogarlo de oclusión mecánica.

### CONDUCTA FRENTE A LA EVOLUCION POSTOPERATORIA ANORMAL

Puede ser resumida de la siguiente manera:

- 1) Descompresión urgente del intestino dilatado por aspiración, a través de enterotomía, con tubo de Pool o similar.
- 2) Eliminación de la causa mecánica o inflamatoria.
- 3) Derivación externa de los gases que entran al tubo digestivo, por gastrostomía, a fin de evitar la redistensión que frecuentemente subsigue a la aspiración del intestino.
- 4) Tratamiento de orden general, en cuyos detalles no entraremos.

## SUMARIO

- 1) Se estudia la importancia de la oclusión intestinal postoperatoria, sobre todo en relación con la mortalidad.
- 2) Se intenta resumir las razones de esa mortalidad.
- 3) Se expone la actitud que, en nuestro concepto, se debe tener frente al problema y las razones que la fundamentan.
- 4) Se presenta el concepto que el clínico debe tener de la evolución postoperatoria abdominal normal y anormal.
- 5) Se plantea la conducta a seguir frente a la evolución anormal en forma de esquema-guía, cuya aplicación, creemos, puede reportar importantes beneficios en el manejo de esta complicación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BECKER, W. F.—Acute adhesive ileus. "Surg. Gyncc. and Obst.", 95: 472; 1952.
2. MILLER, E. M. y WINFIELD, J. M.—Acute intestinal obstruction secondary to postoperative adhesions. "Arch. Surg.", 78: 952; 1959. [Citado por Anglem (12).]
3. DEVINE, J.—A concept of paralytic ileus: a clinical study. "Brit. J. Surg.", 34: 158; 1946.
4. WELLS, Ch.; RAWLINSON, K.; TINKLER, L.; JONES, H. y SAUNDERS, J.—Ileus and postoperative intestinal motility. "The Lancet", 2: 136; 1961.
5. VEST, B. y MARGULIS, A. R.—The roentgen diagnosis of postoperative ileus-obstruction. "Surg. Gyncc. and Obst.", 115: 421; 1962.
6. PARKKULAINEN, K. V.—Simple low small bowel obstruction. "Acta chir. scand.", Suppl. 290; 1962.
7. FRIMANN-DAHL, J.—"Roentgen examinations in acute abdominal diseases". Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1960.
8. HOYER, A.—Abdominal distension and intestinal activity following laparotomy. "Acta Radiologica", Suppl. 83; 1950.
9. NOBLE, T. B.—"The treatment of peritonitis and its aftermath". Indianapolis, A. V. Grindle, 1945.
10. WANGENSTEEN, O. H.—"Intestinal obstruction". Springfield, Ill., Charles C. Thomas, Third Edition, 1955.
11. COLCOCK, B. P.—Postoperative obstruction and ileus. "S. Clin. North America", 37: 719; 1957.
12. ANGLEM, Th. J.—Postoperative intestinal obstruction. "S. Clin. North America", 43: 839; 1963.