

# HALLAZGOS NECROPSICOS EN LA OBSTRUCCION INTESTINAL POSTOPERATORIA

*Dr. GUAYMIRAN RIOS BRUNO*

La necropsia de los fallecidos luego de una intervención, más que un examen científico es un acto obligatorio de moral quirúrgica.—Pedro Larghero Ibarz.

En 1888, Olshausen describió el síndrome de la oclusión intestinal después de la laparotomía y enumeró los siguientes hallazgos autópsicos:

- 1) Ningún signo de peritonitis ni obstáculo mecánico.
- 2) Gran distensión del intestino sin delimitaciones ni áreas de colapso.
- 3) Fluido abundante en su luz.
- 4) Color cianótico de la pared intestinal con equimosis.

Con pequeñas variaciones, los autores que se ocuparon del tema describen similares hallazgos. Sin embargo, en nuestra experiencia sólo tenemos un caso que se ajusta a esta descripción, en el resto, etiquetados todos clínica y radiológicamente como íleos paralíticos, se trataba de oclusiones mecánicas u otras complicaciones del acto operatorio.

Presentamos algunos de los documentos más demostrativos y que han constituido uno de los argumentos fundamentales, en nuestro concepto, de la oclusión intestinal postoperatoria y de la reintervención precoz sistemática.

**OBSERVACION N° 1.**—Historia Clínica 10.649. Mujer, 60 años.

11-VII-63: Amputación abdominoperineal por cáncer de recto. 12-VII-63: Evisceración perineal. Reposición de asas, taponamiento e intubación. 14-VII-63: Distensión abdominal con conservación del estado general. 15-VII-63: Diag-

nóstico clinicorradiológico de íleo paralítico. En la tarde, emisión de gases y materias. Continúa este cuadro con altibajos. 3-VIII-63: Colapso y muerte.

**Necropsia:** Se comprueba una oclusión mecánica provocada por una adherencia de la última asa ileal al Mikulicz, causa de la muerte.

**OBSERVACION N° 2.**— Historia Clínica 13.059. Hombre, 63 años.

16-XI-63: Politraumatizado, fractura de pelvis, rotura de bazo. Esplenectomía. 17-XI-63: Distensión abdominal, mal estado general, no emisión de gases ni materias. Diagnóstico clinicorradiológico de íleo paralítico. 19-XI-63: Reintervención. Peritonitis biliar, gran dilatación del delgado atribuida a la peritonitis. 22-XI-63: Continúa la distensión, abundante líquido por la sonda de Cantor. 24-XI-63: Colapso y muerte.

**Necropsia:** Se comprueba una oclusión mecánica por una adherencia de la última asa ileal a un coágulo que ocupa el fondo de saco de Douglas.

**OBSERVACION N° 3.**— Historia Clínica 18.920. Hombre, 62 años.

30-V-61: Hemicolectomía izquierda por cáncer sigmoideo. 1°-VI-63: Diagnóstico clinicorradiológico de íleo paralítico. Intubación, hidratación parenteral. 2-VI-63: Colapso y muerte.

**Necropsia:** Se comprueba una oclusión mecánica provocada por una adherencia fibrinosa firme del delgado a la zona de sutura, con un vólvulo del asa yeyunal que se encontraba detrás de la zona de adherencia.

**OBSERVACION N° 4.**— Historia Clínica 17.524. Mujer, 64 años.

23-II-60: Resección rectosigmoidea por cáncer. 25-II-60: Abdomen distendido, vómitos. Diagnóstico clinicorradiológico de íleo paralítico. Intubación e hidratación. 26-II-60: Profuso drenaje por la sonda de Cantor. 27-II-60: Emisión de gases por la colostomía. En la tarde, colapso y muerte.

**Necropsia:** Se comprueba una oclusión mecánica provocada por adherencia de la última asa ileal al fondo de la pelvis por un exudado fibrino-hemorrágico.

**OBSERVACION N° 5.**— Historia Clínica 18.850. Hombre, 58 años.

13-IV-63: Gastrectomía subtotal ensanchada por cáncer. 15-IV-63: Distensión abdominal, colapso. Diagnóstico clínico de íleo paralítico; intubación e hidratación parenteral. 17-IV-63: Mejoría. 18-IV-63: Distensión abdominal. Retención gástrica. Emisión de gases. 19-IV-63: Gran distensión, colapso. Reintervención para aliviar la distensión (tubo de Pool), se evacúan 5.000 c.c. 20-IV-63: Muerte.

**Necropsia:** Se comprueba una oclusión mecánica por adherencias fibrinosas y vólvulo de varias asas delgadas, así como una pancreatitis necrótica hemorrágica.

**OBSERVACION N° 6.**— Historia Clínica 21.105. Hombre, 63 años.

18-VI-63: Gastrectomía subtotal por úlcus de pequeña curva. 19-VI-63: Distensión abdominal moderada. 21-VI-63: Emisión de gases. 23-VI-63: Diag-

nóstico clinicorradiológico de íleo paralítico. Douglas tenso e indoloro. Absceso subfrénico izquierdo que se drena. 24-VI-63: Desmejoría, 38° R deshidratación, distensión abdominal. 25-VI-63: Colapso y muerte.

**Necropsia:** Se comprueba una peritonitis difusa por falla de la sutura gastroyeyunal.

**OBSERVACION N° 7.**— Historia Clínica 20.982. Hombre, 46 años.

30-IV-63: Colostomía izquierda definitiva por cáncer de recto. 3-V-63: Distensión abdominal. 5-V-63: Diagnóstico de íleo paralítico. 8-V-63: Colapso y muerte.

**Necropsia:** Peritonitis difusa de causa no determinada.

### CONCLUSIONES

- 1º) Se presentan 7 casos etiquetados como de “íleo paralítico”.
- 2º) Este diagnóstico de íleo paralítico fue erróneo.
- 3º) La reintervención, en los que se efectuó, fue tardía.
- 4º) La necropsia permitió reconocer una causa mecánica u otra complicación pasible de reintervención inmediata.
- 5º) De haber sido diagnosticados y reintervenidos precozmente, muchos de estos casos se hubieran salvado.