

CONCLUSIONES ESTADISTICAS SOBRE LA OCLUSION INTESTINAL POSTOPERATORIA *

Dr. *ROMEU MACHADO DA LUZ*

Nuestra contribución al tema de la "Oclusión intestinal postoperatoria", está basado en el análisis de 9.500 pacientes ingresados al Servicio Quirúrgico del Prof. Pedro Larghero, desde el año 1954 a la fecha; ya que en el 5º Congreso Uruguayo de Cirugía, Fossati y Gregorio presentaron una estadística de oclusión intestinal con 133 observaciones (1) y Barthe y Negrín, de la misma Clínica, presentaron un trabajo sobre intubación intestinal preventiva y terapéutica con 150 observaciones (2); trabajos que indirectamente se complementan con el nuestro para el análisis de todas las historias clínicas sobre el particular.

Se destaca que de estos 9.500 pacientes ingresados y analizados, se operaron 6.400, de los cuales 4.100 han sido laparotomizados; es decir, el 65 %.

Según Hoyer (3), el 92 % de los enfermos laparotomizados, presentan gases anormales en su tractus gastrointestinal, comprobables radiológicamente y el 54 % de los mismos presentan distensiones intestinales con manifestaciones clínicas.

Nosotros hemos analizado solamente aquellos casos cuya distensión intestinal postoperatoria ha sido de tal magnitud que ha determinado por sí sola, temor a la oclusión intestinal.

De estos 4.100 laparotomizados, hemos encontrado 35 casos bien objetivables de oclusión intestinal postoperatoria, los cuales se desglosan de la siguiente manera:

Veintidós casos de distensión intestinal, de los cuales 13 han retrocedido espontáneamente o con pequeñas medidas de orden médico tales como la dieta absoluta, la intubación intestinal con hidratación parenteral, etc. Estos 13 casos serían los que en cualquier clasificación son catalogados como íleo adinámico. Pero, los conocimientos actuales de la dinámica de los gases intestinales y

* Trabajo efectuado en la Clínica del Prof. P. Larghero Ibarz, Hospital Pasteur.

su origen, nos impiden usar esa designación, conforme resaltan los Dres. W. Venturino y C. Silva, en sus respectivas contribuciones a este Congreso. En lo que respecta al origen de esta distensión intestinal que retrocede, puede variar desde el simple mecanismo de inspiración con glotis cerrada, hasta una causa mecánica pura, cuyo mecanismo oclusivo: torsión, vólvulo, adherencia, etc., desaparece con las medidas de orden médico adoptadas. Este hecho queda corroborado por el análisis de los 9 casos restantes; ellos cursaron los primeros días como una distensión intestinal simple, pero en estos casos la distensión fue provocada por una causa mecánica preexistente y que fue puesta en evidencia por la reintervención o por la necropsia, como lo prueba la contribución del Dr. Ríos.

Corroborando lo anterior, tenemos el caso N^o 32 de nuestra observación que hizo una distensión intestinal en el postoperatorio inmediato, la que cedió a las 48 horas, reingresando el enfermo al mes con una oclusión mecánica por bridas.

De los 13 casos de oclusión mecánica postoperatoria por nosotros examinados, la historia funcional y el examen físico han sido lo suficientemente típicos como para no dejar escapar el diagnóstico, que ha sido comprobado en todos los casos, sea por la reintervención o por la necropsia.

Destacamos que tuvimos 16 muertes, con un porcentaje de 45 % y el estudio de las mismas reveló:

Un caso de sobredistensión intestinal, comprobado por la autopsia.

Siete fallecidos de los 9 que completaron el cuadro oclusivo tardíamente; 4 de los cuales fueron reintervenidos y 2 autopsiados. Se destaca que para el cirujano la reintervención tiene en la mayoría de las veces, el valor de una autopsia en cuanto a diagnóstico se refiere; siendo estos los casos que dejan una verdadera enseñanza.

Ocho fallecidos, de los 14 con oclusión mecánica evidenciada de entrada. De estos, 3 fueron autopsiados, 2 reintervenidos y 3 reintervenidos y autopsiados.

Las causas de la mayoría de estas muertes, estuvieron vinculadas al diagnóstico tardío y por ende a una terapéutica tardía.

De este conjunto de hechos, se desprende la necesidad de la reintervención precoz para mejorar el pronóstico. Este ha cambiado radicalmente en nuestra Clínica bajo las directivas del Prof. Larghero, desde el año 1960, con la adopción de la reintervención precoz (antes de las 72 horas) y del uso de la descompresión intestinal con el tubo de Pool en el tratamiento de estos enfermos, como lo confirman las contribuciones de los doctores C. Ituño y L. A. Cazabán.

Queremos destacar como medida profiláctica de nuevas oclusiones en la reintervención, el lavado peritoneal profuso, hasta

que las asas intestinales pierdan esa viscosidad tan propia de los cuadros oclusivos y determinada por la fibrina exudada.

Concluimos, con el análisis de estos 35 casos, que el término íleo paralítico o dinámico, es contraproducente, llevando a un retardo en el diagnóstico y haciendo perder al paciente y al cirujano, un tiempo precioso que puede significar la vida de aquél. Por lo cual creemos que se debe desterrar esta designación para poder hacer así un diagnóstico precoz de la oclusión y reintervenir antes de las 72 horas como preconizaba el Prof. P. Larghero. Y, si alguna vez se llega a reintervenir un paciente y no se encuentra una causa mecánica, la anestesia raquídea, que debe ser preconizada en estos casos, y la enterotomía lateral con aspiración descompresiva con tubo de Pool y mismo la gastrostomía temporaria y profiláctica, deben figurar como tratamiento fisiopatológico de estas distensiones intestinales postoperatorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FOSSATI, A. y GREGORIO, L. A.— Estadística de oclusión intestinal. "5º Congreso Uruguayo de Cirugía", I: 432; 1954.
2. BARTHE, E. y NEGRIN, G. H.— "Intubación intestinal y oclusión". Ed. Intermédica, Buenos Aires, 1958.
3. HOYER, A.— Abdominal distension and intestinal activity following laparotomy. "Acta Radiologica", Suppl. 83; 1950.