

ALGUNAS CONSIDERACIONES
SOBRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DE LAS OCLUSIONES INTESTINALES
DEL POSTOPERATORIO *

Dres. RAFAEL GARCIA CAPURRO
y LUIS MICHELINI

La oclusión mecánica en el postoperatorio inmediato, es considerada en general como un hecho poco frecuente [Hoyer (5), Friman Dahl (4)].

Creemos, sin embargo, y tal vez exagerando el concepto, que "toda oclusión que sobreviene en el postoperatorio y persiste más allá del tercer día, debe ser considerada como de origen mecánico". Criterio que compartimos con muchos cirujanos de nuestro medio.

No queremos decir con esto que todo operado que al tercer día presente un síndrome exclusivo debe ser obligatoriamente reintervenido; pero sí significa que el cirujano debe adoptar una posición de acción y no confiarse a una conducta expectante.

Es por lo tanto fundamental el hacer no sólo un diagnóstico exacto, sino además precoz. En ese sentido creemos que el uso de sustancias yódicas hidrosolubles rayo opacas no reabsorbibles, constituye un real adelanto.

En lo que nos es personal, luego de poner en práctica el método, estamos en condiciones de reoperar dieciocho a veinticuatro horas antes de lo que lo hacíamos.

La idea de usar sustancias rayo opacas hidrosolubles no es nueva. Case (1), en 1930, tratando de obviar los inconvenientes atribuidos al sulfato de bario usa el óxido de Torio; pero es recién en 1962 que Vest y Margulis (13), basados en las ideas de Davis (2), hacen un exhaustivo estudio del tránsito intestinal con el diatrizoato de sodio.

* Trabajo del Hospital Británico.

TECNICA Y RESULTADOS

Hemos modificado en detalles la técnica de Vest por razones de costo y practicidad adaptables a nuestro medio.

Se administran por vía oral o por sonda 40 a 60 c.c. de una solución al 40 ó 50 % de diatrizoato de sodio, conocida comercialmente con el nombre de Hypaque.

Normalmente el tiempo que transcurre en llegar al ciego oscila entre 30 y 90 minutos [Davis (2)].

En el postoperatorio inmediato este tiempo se alarga pudiendo llegar hasta 3 ó 4 horas. Cuando a las 4 horas vemos que todo el contraste ha quedado detenido en un asa delgada, no rellenándose el ciego, podemos afirmar que estamos frente a una *oclusión mecánica*.

Si antes de las 4 horas el Hypaque ha opacificado el ciego, no quedando restos en el delgado aunque existan niveles hidroaéreos y misma ausencia de gases en el colon, hacemos diagnóstico de *oclusión dinámica*.

Finalmente, cuando la progresión de la sustancia opaca por el delgado se hace lentamente, llegando al ciego en un tiempo mayor a las 4 horas y habiendo quedado una cierta cantidad de la misma retenida en una o más asas delgadas, hacemos diagnóstico de *oclusión mecánica incompleta*.

Se muestran radiografías correspondientes a tres enfermos que sirven de ejemplo de lo dicho.

TRATAMIENTO

INSTRUMENTAL

Resuelta la intervención, antes de comenzar la misma nos aseguramos de disponer:

a) Un puntero de aspirador tipo Poole que ha sido modificado por el Dr. García Capurro y que en síntesis consiste: en un tubo metálico central de 25 cm. de longitud que termina en su parte posterior bifurcándose en dos tubos A y B. Mientras el tubo B se conecta al sistema de aspiración; el orificio abierto en el segmento A permite realizar una aspiración intermitente mediante oclusión digital. Completa el puntero una "camisa" externa provista de orificios laterales en su extremo distal.

Este dispositivo permite realizar una aspiración abierta, en el interior del intestino evitando así traumatizar la mucosa del mismo además de facilitar la maniobra.

b) Un tubo de Moynihan (9) cuyo uso queda reservado para aquellos casos en que el contenido intestinal es excepcionalmente denso.

c) Unos guantes "parciales" de algodón tipo Finochietto (3), modificados por uno de nosotros, el Dr. J. Sierra, que no sólo facilitan las maniobras de "devanado" del delgado, pudiendo prescindir de compresas y gasas, que además de ser incómodas no dejan de estar exentas de riesgos, sino que al dejar tres dedos libres dan mayor libertad de movimientos.

d) Finalmente un juego de valvas tipo García Capurro (7).

TECNICA

El conjunto de maniobras que pasamos a describir, tomadas por separado cada una de ellas, poco o nada tienen de original. Como tantas veces pasa al recopilar datos bibliográficos, nos encontramos que detalles que creemos originales han sido descritos, no sólo mucho tiempo atrás sino con frecuencia por más de un autor.

No es por lo tanto nuestro propósito insistir en cada una de las maniobras en sí, sino más bien en la sucesión, el ordenamiento o sistematización de las mismas lo que nos ha llevado a una estandarización de la técnica operatoria de las oclusiones del intestino delgado con las ventajas que esto significa.

a) *Incisión.*— Salvo circunstancias excepcionales usamos la mediana infraumbilical, que complementada con las valvas tipo García Capurro nos da una excelente exposición ya que nos permite no sólo separar los bordes de la misma sino también actuar en forma selectiva sobre cada uno de ellos tanto en el sentido transversal como ánteroposterior; se obtiene así un estatismo del campo operatorio lo que no sólo facilita los tiempos ulteriores sino que evita repetición de maniobras y movimientos innecesarios.

b) *Aspiración del contenido intestinal.*— Abierto el peritoneo y salvo que la distensión del delgado sea mínima, practicamos sistemáticamente y como maniobra previa la aspiración del contenido intestinal, mediante enterotomía realizada de preferencia en una de las asas del grupo medio. Ya Monks (10) y luego Moynihan (9) a principio de siglo, propusieron la decompresión quirúrgica para extraer el material tóxico del intestino distendido. Posteriormente Wangenstein (14) aconseja la misma técnica con el propósito de reducir no sólo la distensión sino ver y tratar adecuadamente el obstáculo.

Al crearse en 1932 los métodos eficaces de decompresión por sonda, casi unánimemente se abandona la aspiración durante el acto quirúrgico y autores como Ochsner y Stork (12) la llegan a condenar.

Actualmente con los adelantos aportados por un mejor conocimiento de la terapéutica de sustitución, antibióticos, etc., la técnica en cuestión ha vuelto al tapete.

En nuestro medio, desde hace ya muchos años los Drs. P. Larghero y E. Palma han sido verdaderos entusiastas y propulsores del método.

Practicamos la aspiración del contenido intestinal como maniobra sistemática desde el año 1949.

Las ventajas que presenta superan en mucho los inconvenientes que se le pueden imputar.

1) Facilita la operación, permitiendo ver con claridad y tratar correctamente la causa.

2) El alivio inmediato de la distensión de la pared intestinal corrige "d'emblé" el círculo vicioso de los fenómenos fisiopatológicos vasculares que tienen lugar a ese nivel; lo que queda demostrado por la recoloración de la pared intestinal, reaparición de las pulsaciones arteriolas [Noer, Derr y Jonhston (11)] y vuelta de la actividad peristáltica.

3) Supresión del contenido intestinal, que sin entrar a considerar mecanismos fisiopatológicos, lo cierto es que carece de valor para el paciente y puede ser muy peligroso.

4) Facilita el cierre de la laparotomía, pudiendo reintegrarse fácilmente las asas a la cavidad peritoneal, sin que se produzcan angulaciones, disminuyéndose por lo tanto los peligros de obstrucción en el postoperatorio.

Elegida el asa donde se hará la enterotomía, procedemos en forma muy similar a lo que aconsejara Kirzchner (6). Protección del campo con compresas de franela. Evacuación del contenido del asa intestinal elegida por expresión digital excluyéndola del resto del intestino mediante clampeo con dos pinzas de Duval pequeñas, separadas entre sí por 20 cm. Se practica entonces, un pequeño orificio en el mesenterio entre dos vasos rectos y muy próximo a la pared intestinal; pasándose por él dos cintas de las empleadas para ligadura del cordón umbilical, que tendrán por objeto mantener adaptadas la pared del intestino a la superficie del puntero aspirador en la forma más hermética posible. Recién entonces se practica una pequeña incisión longitudinal en el borde libre del intestino por donde se introduce el aspirador. Mediante un movimiento de torsión efectuado sobre los dos cabos de una de las cintas se obtiene una adaptación satisfactoria de las paredes del intestino sobre el puntero de aspiración. Se procede entonces a soltar uno de los clamps y aspirar el contenido intestinal. Hasta no hace mucho tratábamos de cateterizar todo el intestino con el puntero, lo que no deja de estar exento de dificultades y tracciones.

Nos resulta más fácil, más rápido y menos traumático efectuar el vaciado por expresión. Comenzamos por cualquiera de los extremos del delgado; mientras una de las manos, la que calza los guantes de algodón, tracciona del intestino, se hace a éste deslizar entre el segundo y tercer dedo de la otra mano de tal manera de “escurrir” el contenido hacia el aspirador parcialmente introducido. Terminada la aspiración en este sector, se procede en forma análoga en el otro segmento intestinal. Finalmente cerramos la enterotomía mediante una sutura en dos planos. Es recién entonces que pasamos a realizar la corrección de la causa de la oclusión.

Desde que realizamos la aspiración del contenido intestinal, no hemos tenido complicaciones imputables al método; en cambio, además de las ventajas ya enumeradas, tenemos postoperatorios más silenciosos con restablecimiento más precoz del tránsito.

YEYUNOSTOMIA DESFUNCIONALIZANTE

Finalmente deseamos referirnos a una eventualidad poco frecuente, pero que se nos ha presentado en tres oportunidades.

Se trata de enfermos reoperados por oclusiones intestinales y que hacen en el segundo postoperatorio un nuevo accidente mecánico obstructivo.

Las tres veces actuamos en forma análoga, con resultados satisfactorios.

Luego de proceder en forma similar a lo descrito en lo que respecta a aspiración, corrección de la causa de oclusión, etc., terminamos haciendo una Y de Roux a nivel del primer grupo de asas yeyunales. El cabo intestinal desfuncionalizado se exterioriza unos 5 a 8 cm. mediante una pequeña contraabertura practicada en el H. I. [Maydl (8)].

A través del mismo un ayudante introduce una sonda de Kantor, que hacemos progresar hasta franquear la válvula íleocecal.

La intubación profunda tiene por objeto, no sólo descomprimir el intestino, sino también servir de conductor a las asas, para que en caso de reproducirse las adherencias encuentren a éstas en buena posición.

Las ventajas que le encontramos a esta técnica son:

- a) Regula automáticamente la presión intrainestinal.
- b) Fácil recolección del material que refluye por la yeyunostomía y posibilidad de reintegrarlo al colon derecho, mediante inyección a través de la sonda.
- c) Colocación fácil en caso que la sonda sea accidentalmente retirada.
- d) Mayor comodidad para el paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. CASE JAMES, T.—Umbrathor as a substitute for barium in the roentgen study of acute intestinal obstruction. "The American Journal of Roentgenology", Vol. 58, N° 4, p. 422.
2. DAVIS, L.; HUANG, J. L. and PIRKEY, E. L.—Water soluble non absorbable radiopaque mediums in gastrointestinal examinations. "J. A. M. A." 160: 373; 1956.
3. FINOCHIETTO, E. y FINOCHIETTO, R.—"Técnica quirúrgica. Operaciones abdominales", T. 12. Ed. Editar, Buenos Aires, 1948.
4. FRIMAN DAHL, J.—"Roentgen examinations in acute abdominal diseases". Springfield, Ill. Charles C. Thomas, 1960.
5. HOYER, A.—Abdominal distension and intestinal activity following laparotomy. "Acta Radiológica", Suppl. 83: 155; 1950.
6. KIRZCHNER, M.; GULCKE, N. y ZENKER, R.—"Operaciones en la cavidad abdominal". Ed. Labor, T. VII, 2ª edición.
7. GARCÍA CAPURRO, R.—"Bol. Soc. de Cir."
8. MAYDL, J.—Citado por Karlen, M. "XIV Cong. Urug. de Cir.", T. I, pág. 41.
9. MOYNIHAN, B.—"Abdominal operations". Ed. Saunders, London, 1926.
10. MONKS, G. H.—"Ann. Surg.", 38: 581; 1903.
11. NOER, R. J.; DERR, J. W. and JONHSTON, C. G.—Circulation of small intestine: Evaluation of its revascularizing potential. "Ann. Surg.", 130: 608; 1949.
12. OCHSNER, A. and STORK, A. H.—Mechanical decompression of intestine in treatment of ileus: effect of stripping on blood pressure. "Arch. Surg.", 33: 664; 1936.
13. VEST, B. and MARGULIS, A.—The roentgen diagnosis of postoperative ileus obstruction. "Surg. Gyn. Obst.", 115: 421-427; 1962.
14. WANGENSTEEN, O. H.—"Intestinal obstructions", 3ª ed. Ed. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1945.