

Trabajo de la Clínica Quirúrgica B. Prof. Dr. Juan Carlos del Campo

OCCLUSION AGUDA DEL INTESTINO DELGADO POR COMPRESION INTERVERTEBROMESENTÉRICA (*)

Dr. Máximo A. Karlen

Cualquier intervención abdominal provoca durante los días consecutivos, trastornos dinámicos del intestino, cuya intensidad y duración dependen de varios factores. La vuelta a la normalidad, una vez eliminada la causa patológica, se efectúa progresivamente, pasando según el caso, por un período más o menos largo de adaptación. Subjetivamente este período está caracterizado por la percepción de dolores abdominales a tipo de cólicos, que son la expresión de la recuperación desordenada del peristaltismo intestinal. Este período tiene también su expresión radiológica, pudiendo comprobarse que durante él hay una distribución anormal de las imágenes gaseosas. Después de varios días el tránsito intestinal se normaliza, desaparecen los dolores, se expulsan fácilmente los gases y la placa simple de abdomen revela un aspecto normal.

Pero el restablecimiento del tránsito intestinal normal después de un acto operatorio puede perturbarse.

Dejando de lado todas las causas inflamatorias, mecánicas, adherenciales, etc., que pueden provocar un íleus postoperatorio, deseamos llamar la atención sobre una forma especial, que es dinámica en su iniciación, que puede luego transformarse en mecánica, y que es pasible de provocar los más graves trastornos, si no se corrige a tiempo.

En dos oportunidades hemos observado este tipo de oclusión aguda post - operatoria.

El primer caso, que nos llamó poderosamente la atención, lo

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 3 de agosto de 1955.

vimos y operamos en una guardia de urgencia en el Hospital Pasteur. Se trataba de un joven que cinco días antes había sido operado de una apendicitis aguda. El postoperatorio, después del 2º día se hizo accidentado, con náuseas, vómitos, balonamiento abdominal y ausencia de emisión de gases y materias al practicársele un enema el 4º día. Cuando lo vimos, tenía un cuadro oclusivo típico que atribuimos a una brida o acodadura postoperatoria. La intervención reveló un ciego y segmento terminal del íleon vacíos y una compresión del íleon entre la columna lumbar y el mesenterio, traccionado hacia la pelvis por el segmento suprayacente del intestino que estaba lleno de líquido y por lo tanto era muy pesado. Para visualizar la zona comprimida hubo de ser levantado el íleon que ocupaba la pelvis. Con esta simple maniobra quedó suprimido el obstáculo mecánico. No había brida, ni acodamiento, ni lesión alguna, salvo la compresión que ejercía el mesenterio sobre el intestino, apretándolo contra la columna vertebral. Suprimida la compresión, se restableció de inmediato el tránsito intestinal.

La evolución ulterior transcurrió sin incidentes hacia la curación.

2º CASO. — F. S., 60 años, N° Reg. 12663, sin antecedentes patológicos de importancia. Hace 3 meses cuadro infeccioso, febril, cuya naturaleza no pudo establecerse a pesar de realizarse investigaciones exhaustivas. Al cabo de 45 días, un sondeo duodenal minutado reveló una infección de las vías biliares extrahepáticas que fué tratada por colecistostomía. Se realizó esta intervención porque el hígado y las vías biliares eran de aspecto normal, y porque el estado precario del enfermo exigía maniobras operatorias mínimas.

Con el drenaje biliar externo y con colecistocolédoclisis de suero fisiológico con antibióticos, se repuso rápidamente el paciente, recuperó a los pocos días su tránsito intestinal y su aptitud para la alimentación. Fué dado de alta en apirexia, y su estado general mejoraba día a día. Se le practicaban aún dos lavados semanales de sus vías biliares a través de la colecistostomía, con pasaje fácil e indoloro. Tránsito intestinal diario.

La enfermedad actual comenzó un mes después de la colecistostomía, después de una comida relativamente abundante. Sensación de plenitud epigástrica, náuseas, después dolores intermitentes en la zona centro abdominal, que se intensificaron hasta requerir la inyección de un analgésico que no calmó al paciente. Se despinzó el tubo de la colecistostomía, saliendo poca bilis de aspecto normal, maniobra que tampoco procuró

alivio. El dolor se hizo gravativo; el paciente trató de provocar el vómito sin conseguirlo. Continuó sin alivio hasta que fué visto 18 horas después por el cirujano, quien observó que el vientre estaba uniformemente tenso en su mitad superior, timpánico, doloroso espontáneamente y a la palpación. A pesar de no haber evidencia de colostasis, se relacionó este cuadro con su reciente enfermedad y se resolvió practicar un estudio colangiográfico. (Dr. Zubiaurre). La vía biliar era permeable, pero la placa mostró además dos asas del intestino delgado llenas de gases. Radiografías simples del abdomen, sacadas de pie y en decúbito, revelaron la existencia de un cuadro radiológico oclusivo. La fórmula correspondía a la oclusión alta del intestino delgado: dos asas en el epigastrio, semi-circulares con niveles; tres burbujas gaseosas pequeñas en el flanco izquierdo y centro del abdomen, sobre fondo opaco; nivel gástrico muy

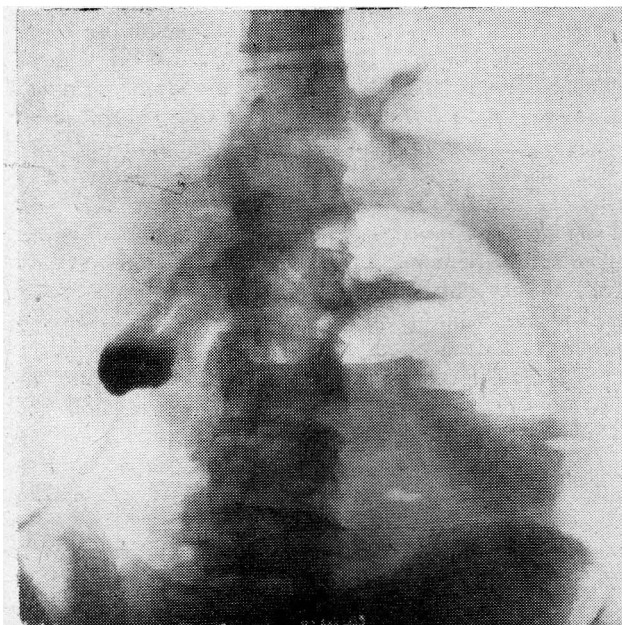


FIG. 1: — Colangiografía postoperatoria. Se observa el esquema radiológico de una oclusión aguda del intestino delgado.

alto y ancho; ausencia de gases en el cuadro colónico (fig. 1). Con este dato concreto, se imponía el diagnóstico de oclusión aguda del intestino delgado; como se producía un mes después de una operación sobre vías biliares, se consideró lógico atribuirle a una adherencia o brida postoperatoria.

En la intervención practicada de urgencia se observaron numerosas asas delgadas muy distendidas, llenas de líquido. Todo el abdomen y la pelvis estaban ocupados por el yeyuno - ileon repleto de contenido hídrico, lo que dificultaba la exploración. En la fosa ilíaca derecha se comprobó que el ciego y colon ascendente estaban vacíos, lo mismo que la última asa ileal. Se practicó la exploración ascendente del ileon achatado, hasta

que éste, al llegar a la línea media, desaparecía detrás del mesenterio que formaba a ese nivel una cuerda tensa. Resultaba imposible extraer el íleon comprimido entre el mesenterio y la columna lumbar. El impedimento lo constituía el mesenterio anclado a sus asas ileales llenas de líquido y por lo tanto muy pesadas, alojadas en la pequeña pelvis. Introduciendo la mano en el Douglas se empalmaron y se elevaron juntas todas ellas. Con esta maniobra también se elevó el mesenterio, quedando a la vista el promontorio y la columna lumbar. Así quedó descubierto el lugar de la compresión ileal, entre el plano duro de la columna vertebral y el mesenterio, parcialmente rotado hacia la izquierda, en el sentido contrario de las agujas de un reloj. Esta rotación de 180° había transformado el plano frontal del mesenterio en un cilindro romo a borde libre orientado hacia la derecha.

La compresión del íleon, se había ejercido en una extensión de unos 5 cm. La única lesión visible era un despulido peritoneal, donde se había depositado una delgada capa de fibrina. No había lesión de las tunicas intestinales, ni compromiso de la irrigación sanguínea. Ninguna brida, adherencia, ni acodadura del intestino. En el sentido oral, el intestino en pocos centímetros pasaba del estado vacío al sobredistendido por acumulación de líquido, con edema parietal y mesentérico. La elevación y detorsión del mesenterio, al suprimir la compresión, tuvo por efecto la reanudación inmediata del tránsito intestinal. En pocos momentos el segmento vacío del íleon, se había llenado. Antes de cerrar el abdomen se reintegró cuidadosamente el intestino, colocándolo en posición correcta y se tendió el epilón mayor por delante de él, para aislarlo de la sutura de la pared abdominal. Cierre del abdomen sin drenaje.

Postoperatorio sin incidentes. La sonda de Cantor drenó líquido bilioso durante 24 horas. Después, aunque no drenaba nada, se dejó por algunos días más por precaución. El 2º día del postoperatorio, con la sonda colocada, se le suministraron 600 cm³ de líquidos por boca, drenando por la sonda sólo 50 c.c. Este hecho se interpretó en el sentido que el tránsito hídrico se había restablecido.

El 5º día se sacó una radiografía simple de abdomen de control, que mostró abundantes gases en el colon derecho e izquierdo. El 6º día tuvo dos abundantes evacuaciones intestinales y a partir de entonces la convalecencia fué rápida.

COMENTARIO

Conceptuamos que las condiciones que conducen a este tipo de oclusión son las siguientes: 1º Anatómicamente, un mesenterio largo, libre y poco adiposo.

2º El intestino delgado lleno de líquido y por lo tanto pesado.

3º Alteraciones de la motilidad intestinal.

1º Si estudiamos la disposición de las asas delgadas en el abdomen, vemos que adoptan una ordenación más o menos constante (Grégoire, Oberlin, etc.). La parte más larga del mesenterio, que corresponde a la terminación de la arteria mesentérica superior, es a la vez la más móvil. El mesenterio es más largo en los longilíneos. Tiene variaciones individuales en el grado de acolamiento a la pared posterior del abdomen.

Su orientación depende de la posición del individuo, pues se inserta en la pared posterior del abdomen por su borde posterior, que configura una charnela, que le permite inclinarse hacia la

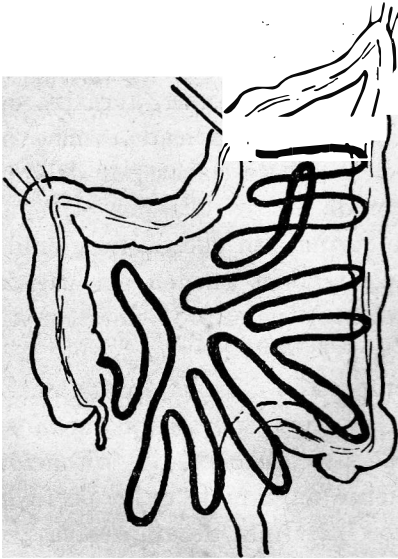


FIG. 2. — Esquema de Oberlin. Orientación y situación de las asas delgadas. Obsérvese que el penúltimo grupo de asas delgadas está alojado en la pequeña pelvis.

derecha o la izquierda. La parte superior del mesenterio tiene habitualmente una orientación sagital, con una cara derecha y una cara izquierda. En cambio, su parte inferior, tiene una orientación frontal, con su cara derecha mirando hacia adelante.

Estudiando el esquema de Oberlin, y confrontándolo con el intestino *in vivo*, durante cualquier acto operatorio, se comprueba que la parte más expuesta a rotar sobre sí misma, por ser la más móvil, es aquella que corresponde a las asas ileales que están alojadas normalmente en la pelvis (fig. 2).

2º Durante el postoperatorio inmediato, hay alteraciones de la reabsorción intestinal y del tránsito gaseoso, que puede ob-

jetivarse radiológicamente. La intubación post - operatoria, pone en evidencia el mismo hecho.

3º Después de un período variable de ileus dinámico post-operatorio, el intestino retorna a su peristaltismo. Al principio sus movimientos son desordenados e ineficaces. Los movimientos peristálticos y antiperistálticos de éste período son violentos e incoordinados.

Cuando por cualquier motivo, merced a la conjunción de estas condiciones anatómicas, fisiológicas y fisiopatológicas, el movimiento intestinal arrastra el mesenterio de las asas ileales alojadas en la pelvis en el sentido contrario al movimiento de las agujas de un reloj, puede provocar el cuadro patológico que estudiamos.

El íleon lleno de líquido y por lo tanto, pesado, arrastra en un movimiento el mesenterio en el sentido indicado, constituyendo un vólvulo de 180º. El asa ileal que se coloca por delante de la columna vertebral es comprimido contra ella por el semicilindro del mesenterio rotado, que forma una cuerda mantenida tensa por el peso de su intestino. También pueden ser causas adyuvantes, la inmovilidad del paciente en decúbito dorsal o en posición semisentada.

A medida que se mantiene la compresión del asa pinzada entre mesenterio y columna lumbar, el intestino supra-estrictural, se llena más de líquido y aumenta de peso, haciendo la situación cada vez más irreversible. Únicamente un cambio en la posición del enfermo o la intubación gastro - intestinal decompresiva podrían volver las cosas a su condición inicial.

La interpretación del 2º caso ofrece algunas dificultades, si se considera que la oclusión sobrevino 1 mes después de la operación, cuando el tránsito intestinal ya se había restablecido. Pero aún entonces, un operado de abdomen todavía no tiene una función digestiva normal. En este caso hubo una comida copiosa, seguida de malestar inmediato, que debe aceptarse como factor causal.

En las primeras etapas de esta afección no hay compromiso circulatorio ni del asa comprimida por la pinza, ni del segmento volvulado. Habrá isquemia más tarde y por dos mecanismos: en la parte comprimida por la pinza, por compresión extrínseca;

más arriba, por distensión progresiva de las tunicas intestinales debida a la acumulación de líquidos. Si la rotación mesentérica se acentuara, se agregaría la isquemia por estrangulamiento del sistema mesentérico superior.

Lo interesante en el mecanismo del cuadro patológico que consideramos, es que siendo inicialmente dinámico, se va haciendo progresivamente mecánico.

En síntesis, es un vólvulo incompleto del intestino delgado, de 180° que se transforma progresivamente en una oclusión por compresión extrínseca.

La profilaxis de esta afección consiste en la intubación y

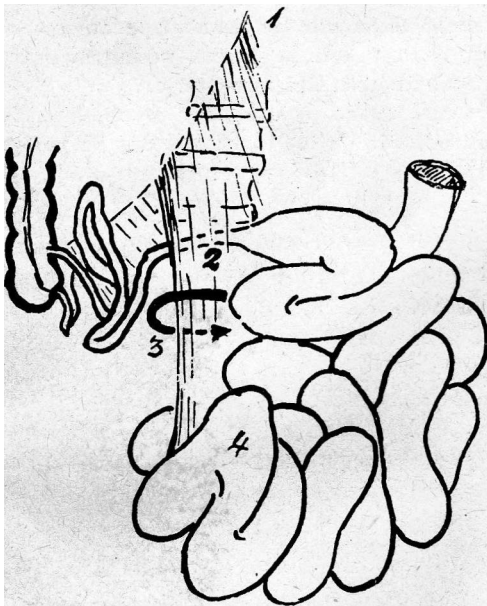


FIG. 3. — La flecha marca el sentido de la rotación del mesenterio correspondiente a las asas alojadas en la pelvis. 1) Raíz del mesenterio. 2) Segmento comprimido entre el mesenterio y la columna vertebral. 3) Mesenterio rotado en 180°. 4) Asas ileales alojadas en la pequeña pelvis.

frecuentes cambios de posición de los operados desde que se re-inicia la peristalsis.

En las etapas iniciales, la posición genupectoral podría poner en marcha el mecanismo inverso y curar el proceso.

Consideramos que la dificultad mayor está en el diagnóstico; la sintomatología, y aún la imagen radiológica no dan pie para distinguirla de la oclusión por otras causas mecánicas. Únicamente el efecto rápido y decisivo de las medidas decompresivas antes citadas, permiten tomar una actitud de abstención operatoria.

Dr. García Capurro. — Si nadie hace uso de la palabra, voy a comentar brevemente el trabajo del Dr. Karlen.

El factor tensión de la raíz del mesenterio del intestino delgado en determinados casos de oclusión intestinal, es un factor real. He tenido ocasión de percibirlo intensamente en algunos casos; en los casos de llamada pinza aórtico - mesentérica, también este factor vendría a ser el mismo: la tensión debida al peso de las ansas. Ahora, no siempre he visto que las ansas tuvieran que estar llenas de líquido; algunas veces también, cuando las ansas están totalmente vacías, pueden caer al fondo de la pelvis y el mismo hecho de estar vacías hace que no apoyen sobre sí mismas, y ocupando menos sitio, la tracción sobre el mesenterio es aún mayor.

La maniobra de que nos habla el comunicante de meter la mano en el fondo de la pelvis y de levantar las ansas, se debe a que cuando uno toma el mesenterio y trata de sacar las ansas, se encuentra con que el peso es excesivo y no se anima a tirar con la fuerza necesaria; esto sirve para dar la idea sobre la real tracción del mesenterio.

Con esto quiero expresar, que puedo comprender perfectamente el mecanismo de decompresión encontrado en los casos que nos ha traído el Dr. Karlen. Muchas gracias.