

Oclusión intestinal por cuerpo extraño alimenticio

ARTICULOS ORIGINALES

Obturbación simple y mecanismo combinado

Dres. Alfredo Armand Ugón, Agustín Fronzuti,
Roberto Perdomo y Br. Carlos Carrera *

Se analizan 12 historias clínicas de obstrucciones intestinales por cuerpo extraño alimenticio. En la obturbación simple la ingestión es de cuerpos extraños y está favorecida por alteraciones de la dentadura y operaciones sobre el estómago. En cambio en las obturbaciones mixtas la ingestión puede ser por diversos tipos de cuerpos extraños, pero la obturbación está condicionada a la existencia de una estenosis previa del delgado por brida, hernias, eventraciones o tumores.

Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS: Intestinal obstruction / etiology.

La obturbación intestinal por cuerpo extraño alimenticio comprende un capítulo de la cirugía de urgencia de la oclusión intestinal. No se trata de una patología frecuente del diario acontecer quirúrgico pero no por ello deja de presentarse con un cuadro clínico bien definido. Hemos analizado 12 observaciones, habiendo extraído conclusiones prácticas que creemos valederas, tanto desde el punto de vista clínico, como fisiopatológico y terapéutico.

En nuestro medio existen comunicaciones previas al respecto por parte de Valdez Olascoaga (31), Roldán (25), Prat (22), Cantón (4) y Piquinela (21).

CASUÍSTICA

Hemos reunido 12 historias clínicas personales y de la Clínica Quirúrgica Nº 2. De su análisis, y en base a un criterio objetivo y estadístico, destacaremos una serie de aspectos que creemos de interés, y que motivan esta presentación.

Sexo.—Se reparten equitativamente en 6 masculinos y 6 femeninos, demostrando que no existe ingerencia alguna del mismo (3, 5, 17, 29).

Edad.—Menos de 60 años: 4 observaciones (menor 29 años). —Más de 60 años: 8 observaciones (mayor 73 años).

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 29 de octubre de 1975.

* Residentes de Cirugía, Profesor Agregado de Cirugía y Practicante de Cirugía.

Dirección: Tacuarembó 1587, Montevideo (Dr. Armand Ugón).

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. Dr. Lorenzo Mérola) y Servicio de Guardia del Hospital Maciel, Montevideo.

Destacamos el franco predominio del geronte, 66 %, en este tipo de patología. Se trata, pues, de un subcapítulo dentro de la cirugía de urgencia geriátrica (6, 10, 21, 23, 24, 28).

Operaciones previas.—En 8 pacientes, 66 %, existen antecedentes quirúrgicos. Seis de ellos, 76 %, presentan 2 o más operaciones. Estos hechos señalan que se tratan en general de abdómenes multioperados. Sobre este hecho queremos enfatizar, pues nos interesa en más de un aspecto:

1º) Por la posibilidad de que exista una brida previa, víscero parietal o víscero visceral.

Así se puede llegar a un diagnóstico etiológico preoperatorio erróneo como veremos más adelante (oclusión por brida) (12).

Por otra parte, recalamos que la presencia de bridas reduce la luz intestinal, condicionando una patología previa que desde ya señalamos y que luego retomaremos para analizar más en detalle y profundidad al hacer las consideraciones fisiopatológicas.

Clínica y radiología.—Ambas evidencian hechos clásicamente conocidos. Son oclusiones intestinales intermitentes e incompletas que en su evolución pueden llegar a hacerse completas; todo ello debido a las sucesivas detenciones del alimento obturador a distintos niveles del yeyuno ileon (3, 5, 17, 23, 28).

Se topografían a nivel del delgado bajo, ileon terminal, cursando con escasa repercusión digestiva alta.

Radiológicamente hay distensión y niveles de ansas delgadas a topografía baja, con ausencia o disminución de los gases colónicos.

Diagnósticos preoperatorios.—Fueron los siguientes:

—Obturbación por cuerpo extraño alimenticio: 2 casos.

—Oclusión por brida: 8 casos.

—Apendicitis retrómesentérica: 1 caso.

—Cuadro agudo de abdomen: 1 caso.

Solamente en 2 casos se hizo correcto diagnóstico etiológico preoperatorio (16 %).

La norma fue el error diagnóstico, y dentro de él, el más frecuente fue el de oclusión por brida, que se planteó en todos los pacientes que habían sido intervenidos previamente. El antecedente quirúrgico indujo al error en el 100 % de los casos (12).

Hallazgos operatorios.—Todos ellos concuerdan en la topografía ileal baja y en el hallazgo del cuerpo extraño obturador.

Constituimos 2 grupos de acuerdo a la presencia y al rol jugado por las bridas:

A) Oclusión ileal baja por cuerpo extraño alimenticio: *obturación simple*.

B) Oclusión ileal baja por cuerpo extraño alimenticio y brida: *obturación mixta*.

En A) se hallaron 9 casos: 3 por gajo de naranja; 3 por orejón; 2 por carozo de durazno; 1 por restos celulósicos.

En B) se hallaron 3 casos: 1 por gajo de naranja y brida visceroparietal; 1 por carozos de aceituna y brida visceroparietal; 1 por hojas de alcaucil y brida visceroparietal.

29) Analizamos el tipo de operación efectuada, llamando la atención en especial sobre la gastrectomía, que se encontró en el 50 % de los casos. La importancia y fisiopatología de este hecho la señalaremos más adelante.

Evolución clínica preoperatoria.

24 horas: 3 casos.

30 horas: 1 caso.

48 horas: 4 casos.

3 días: 1 caso.

5 días: 2 casos.

6 días: 1 caso.

Salta a la vista la relativamente larga evolución que presenta la enfermedad actual en la serie que estudiamos. El tiempo transcurrido desde el inicio del primer síntoma a la consulta sobrepasa en todos ellos las 24 horas, con un tiempo promedio de 60 horas.

Estado general.

Conservado: 7 casos.

Mediana deshidratación: 4 casos.

Shock: 1 caso.

Pese al hecho señalado precedentemente, la afectación del estado general es escasa, cursando el cuadro con buena tolerancia del paciente.

El único caso que cursó con shock se debió a una peritonitis por perforación producida por el propio cuerpo extraño (carozo de durazno).

Dentadura

Normal: 1 caso.

Faltan piezas: 3 casos.

Prótesis parcial: 1 caso.

Prótesis total: 4 casos.

Solamente en una observación hallamos dentadura completa, existiendo franco predominio de pacientes en los que faltan las piezas dentarias o son portadores de prótesis.

De todo esto se desprende de que estamos en presencia de malos masticadores, ya sea por carencia de piezas o existencia de prótesis, traduciendo una disfunción en la 1ª etapa de la digestión de los alimentos (1, 3, 5, 10, 21, 28).

Por otra parte, la observación que cursa con dentadura normal es la de una joven mujer (29 años) en tratamiento por una neurosis, habitualmente taquifágica y mala masticadora.

Procedimientos efectuados.

A) Progresión del cuerpo obturador al colon: 3 casos.

B) Enterotomía y extracción: 6 casos.

C) Resección ileal: 3 casos.

D) Liberación de las bridas: 3 casos.

E) Operación tipo Noble: 1 caso.

El procedimiento más sencillo (A), solamente se pudo efectuar en el 25 % de los casos. La repercusión fisiopatológica local que se desarrolló secunda-

riamente llevó en el 75 % de los casos a un procedimiento de mayor enjundia ante la imposibilidad de lograr la progresión o ante las lesiones parietales viscerales (enterotomía y resección).

Como operación complementaria en las tres observaciones de obturación mixta fue necesario efectuar una liberación de las ansas intestinales por sección de las bridas; y en un caso, una intervención tipo Noble.

Evolución postoperatoria.

Mortalidad: Nula.

Morbilidad:

8 casos evolución sin incidentes.

4 complicaciones: 1 fístula de delgado; 1 supuración parietal; 2 cuadros respiratorios.

El hecho dominante es la nula mortalidad y la escasa morbilidad, pese a instalarse en un terreno propicio a una evolución desfavorable (gerontes, larga evolución preoperatoria, etc.).

COMENTARIO

Analizaremos hechos objetivos que ya hemos establecido en el detalle de nuestra serie, lo que nos permitirá sacar conclusiones de interés.

Habíamos establecido dos tipos de obturación intestinal, la obturación simple y la obturación mixta, de acuerdo a los hallazgos operatorios; y veremos ahora que a cada uno de ellos le corresponde una fisiopatología distinta, como también les correspondió una distinta modalidad terapéutica.

Diferenciamos dos tipos de cuerpos extraños alimenticios obturadores:

A) Cuerpos extraños de diámetro importante: gajos de naranja, orejones, carozos de durazno.

B) Cuerpos extraños de escaso diámetro: restos celulósicos, carozos de aceituna.

El grupo A) agrupa aquellos que por su sola ingestión pueden llegar a crear una obturación intestinal deteniéndose en el íleon terminal. Ello se explica por su calibre, y en el caso especial del orejón (fruto desecado), su rehidratación endoluminal hace aumentar su tamaño y favorece su detención. Se produce así la obturación simple, por conflicto cuerpo extraño-luz intestinal, situación que puede verse favorecida por 2 hechos fisiopatológicos que los aporta el paciente (13, 22, 25).

Por un lado las alteraciones de la dentadura condicionando una mala masticación del alimento y la deglución de un bolo mayor que favorecerá la futura obturación. Por otra parte el hecho de ocurrir en gastrectomizados, elemento clásico en la literatura de la patología del estómago operado. La neoboca gastroyunal o gastroduodenal, según el tipo de reconstrucción luego de la resección gástrica; de mayor calibre que el píloro normal favorece el pasaje de un bolo mayor y no retiene el alimento el lapso habitual dentro de la bolsa gástrica (7, 8, 11, 18, 26).

Creemos, aunque no tenemos corroboración clínica, que las operaciones no reseccionistas pero que aumentan la luz pilórica (piloroplas-

tias) pueden incidir también en este tipo de patología (8).

En el grupo B) se incluyen cuerpos extraños de menor calibre, cuya ingestión también se ve favorecida por las causales ya expuestas, pero que no crean una obturación si no existe una patología previa a nivel de la luz intestinal que estenose su calibre.

En efecto, aquí el paciente aporta un factor condicionante, sine qua non, y no favorecedor: la reducción del calibre intestinal por un proceso orgánico previo. Se suman así por un lado el elemento obturador alimenticio y por otro el estrechamiento patológico de la luz intestinal: obturación mixta (30).

En la serie de nuestras observaciones dichas estenosis fueron debidas a bridas visceroparietales o visceros viscerales. Tenemos conocimiento de que existen otros mecanismos por los cuales se pueden crear las mismas circunstancias estenosantes de la luz intestinal, como ocurre en las hernias y eventraciones (15).

Pensamos también que otras estenosis orgánicas del delgado pueden llevar a la misma situación (tumores).

RESUME

Occlusion intestinale due a un corps étranger alimentaire. Obturation simple et mecanisme combiné.

Analyse de 12 histoires cliniques d'obstructions intestinales dues à un corps étranger alimentaire. Dans les cas d'obturation simple, il s'agit d'ingestion de corps étrangers que peuvent favoriser des altérations de la denture ou des opérations sur l'estomac. Par contre, dans les obturations mixtes il peut y avoir ingestion de divers types de corps étrangers, mais l'obturation est conditionnée à l'existence d'une sténose préalable de l'intestin grêle pour bride, hernies, éventrations ou tumeurs.

SUMMARY

Intestinal occlusion by alimentary foreign bodies. Simple and combined-mechanism obstruction.

Twelve clinical histories of intestinal obstructions by alimentary foreign bodies are analyzed. In the simple obturation the ingestion is of foreign substances, and is favored by dentary alterations and stomach operations. As for the mixed obturations, they may be due to the ingestion of different kinds of foreign substances, but the obturation is conditioned to the pre-existence of small-intestine stenosis by bridge, hernia, eventrations or tumors.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AMARAL FD. Oclusão do jejuno por concreção de restos alimentares (cibolito). Relato de um caso em criança. *Rev Assoc Med Bras*, 16: 353, 1970.
- AUBRESPY P. Les occlusions par soupe de carotte. *Ann Chir Infant*, 9: 209, 1968.
- BROCQ P. Traité des urgences en chirurgie. Paris Masson, 1956. T 1, p. 490.
- CANTON V. Oclusión por orejón con esfacelo intestinal. *Bol Soc Cir Urug*, 7: 188, 1936.

- CAPATINA O. Alimentary ileus. *Chirurgia*, 20: 1119, 1971.
- FERGUSON JH. Acute intestinal obstruction. *Practitioner*, 209: 164, 1972.
- FLEGEL M. Obstruction by orange phytobezoar following partial gastrectomy. *J Am Osteopath Assoc*, 74: 899, 1975.
- FRIED E. Small bowel obstruction secondary to bezoars after gastrojejunostomy. *Am J Gastroenterol*, 58: 77, 1972.
- GRANNIS FW. Intestinal obstruction by a watermelon seed. *Minnes Med*, 57: 457, 1974.
- GREEN NA. Intestinal obstruction due to foodstuffs. *Br J Clin Pract*, 17: 17, 1963.
- HERSCHMANS A. Ileal obstruction due to adhesions and phytobezoars following gastrectomy. Report of a case. *Radiology*, 92: 1307, 1969.
- KAMBOURIS A, SALTZSTEIN M. Common errors in surgical practice. *Am Surg*, 28: 686, 1963.
- LAMAS POUY E, SUAREZ SEITONE R. Oclusión intestinal por cuerpo extraño alimenticio. *An Fac Med Montev*, 14: 315, 1926.
- LASCAR R. Obstruction intestinale mecanique par oranges. *Mem Soc Chir (Paris)*, 61: 187, 1971.
- LYONNET A. Comunicación personal.
- MAC MILLAN D. An unusual case of intestinal obstruction. *Br J Clin Pract*, 23: 33, 1969.
- MADEIRA A. Obstrução intestinal produzida por corpos extranhos. *Rev Assoc Med Bras*, 19: 493, 1973.
- MANNIER W. Intestinal obstruction due to phytobezoar following gastric resection. *Am J Gastroenterol*, 39: 48, 1963.
- MCCOLE R, KNOX W. Phytobezoars in gastric pathology as cause of small bowel obstruction. *Arch Surg*, 86: 264, 1963.
- PIQUINELA J. Obstrucción intestinal por cuerpo extraño alimenticio. *Bol Soc Cir Urug*, 4: 21, 1933.
- PRAT D. Nuevo caso de obstrucción intestinal por orejón. *Bol Soc Cir Urug*, 7: 111, 1936.
- RAMPINI O, VOLANTE N. Oclusión intestinal causada por cuerpo extraño endoluminal. *Sem Med*, 121: 1172, 1962.
- RICKHAM P. Intraluminal intestinal obstruction. A report of 20 cases. *Pediatr Surg*, 2: 73, 1971.
- ROLDAN A. Oclusión intestinal aguda por cuerpo extraño alimenticio. *An Fac Med Montev*, 14: 315, 1929.
- RUEFF W. Orange pulp small bowel obstruction in a postgastrectomy patient. *J Miss State Med Assoc*, 14: 7, 1973.
- SAHARIAH S. Acute intestinal obstruction due to gram seed. *Indian J Pediatr*, 42: 29, 1975.
- SANDERSON I. Food bolus obstruction. *Can J Surg*, 17: 155, 1974.
- SUFIAN S. Intestinal obstruction. *Am J Surg*, 130: 9, 1975.
- TASSIO E. Occlusion intestinale par phytobézoard révélatrice d'un rétrécissement du grêle chez un tuberculeux. *Arch Mal App Dig*, 52: 420, 1963.
- VALDEZ OLASCOAGA H. Oclusión intestinal por cuerpo extraño alimenticio. *An Fac Med Montev*, 11: 395, 1926.
- VERNON J. Small bowel obstruction secondary to repene ingestions. *Arch Surg*, 98: 717, 1969.
- ZER H. Intestinal obstruction in a young child due to impaction of undigested peanuts. *J. Pediatr Surg*, 7: 439, 1972.

DISCUSION

DR. ALBERTO VALLS.—Este trabajo es muy interesante. Aquí en el problema de la oclusión por cuerpo extraño se destacó la importancia de la gastrectomía. Nosotros hemos operado 4 enfermos por oclusión de delgado por gajos de naranja en gastrectomizados y además hemos operado en un gastrectomizado que había comido gran cantidad de espinaca. Ocurre que el gastrectomizado además de tener ese acortamiento del tránsito tiene otra cosa y es que está en hipo o anaclohidria y que la celulosa es destruida a nivel del estómago merced a la acción del ácido clorhídrico. Creo que éste es un hecho muy importante porque a los gastrectomizados se les debe recomendar que no coman celulosa. Ya he visto 5 oclusiones en gastrectomizados por cuerpo extraño. De ellas 4 fueron por

naranja. El otro por espinaca que producían como unos balines largos dentro del delgado que lo ocluían en distintas alturas, en distintos lugares estaba taponeado el delgado.

La otra cosa interesante es la presencia de adherencias o de bridas. Pueden completar la oclusión como lo dijo el comunicante, pero a veces un acto operatorio en un enfermo que tiene una brida puede determinar una oclusión. Nosotros operamos hace años a un enfermo de una hernia inguinal sin haber entrado en la cavidad abdominal. En el postoperatorio hizo una oclusión intestinal. Lo operamos y encontramos que tenía una brida de Lane que acodaba la última asa ileal, la moderada parálisis o paresia postoperatoria bastó para que el enfermo hiciera una oclusión de delgado que curó seccionando la brida de Lane. Aquí se suma el efecto de una brida a la ingestión de cuerpo extraño. Basta este cuerpo extraño celulo-so no es para hacer la oclusión; el caso que les conté de espinaca, no tenía ninguna brida. »

DR. LORENZO MÉROLA.— Voy a hablar en nombre mío y también en nombre del Prof. Bermúdez. En la Clínica del Prof. Bermúdez, en el Hospital de Clínicas, ingresó una enferma en varias oportunidades porque tenía trastornos indefinidos y después se ponían las cosas en orden y se iba de alta de nuevo. Al tercer ingreso se operó sin diagnóstico, se hizo la exploración y se encontró un neoplasma primitivo de la primera asa yeyunal y en el cual se atascaban dos carozos de ciruela y uno de durazno. Esa enferma fue resecada y no supe después de su evolución posterior. Primariamente marchó bien, posiblemente secundariamente (era un gran neoplasma de delgado) haya marchado mal.

Hace años vivimos una situación que no supimos o no pudimos resolver; ahora nos pasaría lo mismo: una gran comilona, enferma obesa, de edad, con una enorme eventración de una paramediana derecha, una eventración total de toda la masa delgada, ingirió prácticamente enteras, dos kilos de uva blanca de enorme grano. Esa enferma tenía una oclusión múltiple total con el doble mecanismo de bridas en enorme cantidad y de obstrucción por cuerpos extraños por los granos de uva enteros en su intestino delgado. Después de varias enterotomías, de varios esfuerzos imposibles por desobstruir aquéllo, terminamos haciendo presiones extraintestinales provocando el estallido de los granos de uva tratando de solucionar de alguna manera esa situación. A esa enferma se le reintegró su masa intestinal al abdomen, creemos que fue el error, y murió en el postoperatorio inmediato por una insuficiencia respiratoria. Seguramente no toleró el reintegro de su masa intestinal. Hace muchos años no tenía mucha experiencia quirúrgica pero si me encontrara hoy frente a esa situación posiblemente tampoco la supiera resolver correctamente porque era prácticamente imposible resolver la situación. De manera que es una cir-

cunstancia, la de la eventración con el doble mecanismo, que también se puede dar creo que con relativa frecuencia.

DR. WALTER SUIFFET.— Creo que todos los que estamos presentes hemos observado casos clínicos similares a los presentados; en lo que me es personal hemos operado varios y se han operado en la clínica a nuestro cargo varios pacientes gastrectomizados con oclusiones intestinales de las descritas, ya sea por restos celulósicos o por hollejos de uva. Nos vamos a referir al aspecto clínico de este tipo de obstrucción en los gastrectomizados. El gastrectomizado que tiene una anastomosis gastro-yeyunal tiene creado un cortocircuito en el tubo digestivo que favorece el pasaje de alimentos sin ser digeridos al intestino delgado. De la misma manera que sucede eso, se sortean algunos de los obstáculos que existen en el flujo retrógrado del contenido intestinal y por tanto hemos visto que estos pacientes tienen gran profusión de vómitos, menor distensión abdominal y el estudio radiológico de acuerdo a la altura desde luego, pero muestra una menor cantidad de niveles hidrogaseosos, porque al desaparecer el obstáculo pilórico por un lado, el ángulo duodeno-yeyunal y el pasaje retromesentérico duodenal, cuya participación como mecanismo anti-regurgitación es discutible, de todas maneras se establece una fácil llegada del contenido yeyunal al estómago y una expulsión precoz. Es uno de los aspectos clínicos que posiblemente los autores han observado pero que vale la pena recordarlo, porque en una oportunidad, uno de los casos, en la Sala 21, un paciente que estaba bien, desde el día anterior internado, sin distensión abdominal, con muy pocos niveles hidrogaseosos, gastrectomizado, nosotros lo vimos e indicamos la intervención y tenía restos celulósicos en las primeras asas yeyunales que habían pasado a través de la gastroyeyunostomía con suma facilidad.

DR. ALFREDO ARMAND UGÓN. (Cierra la discusión).— Agradecemos al Dr. Valls el aporte y estamos de acuerdo también en que interviene como mecanismo fisiopatológico la hipo o anaclorhidria y la incompleta digestión de los restos de alimentos que pasan rápidamente al tubo digestivo inferior.

Agradecemos al Prof. Bermúdez por intermedio del Prof. Mérola. El caso que él aporta es muy interesante. A nosotros se nos había ocurrido, habíamos planteado estenosis de delgado orgánicas y no secuales por bridas o adherencias que pudieran condicionar este tipo de lesión.

Al Prof. Mérola le agradecemos también el aporte. Estamos de acuerdo en que esa enferma era de muy difícil solución quirúrgica.

Al Prof. Suiffet le agradecemos la colaboración; le agradecemos el aporte y el destacar ese hecho fisiopatológico que en realidad nosotros no lo hemos comprobado en nuestra experiencia.

Muchas gracias.