

ESTADISTICA DE OCLUSION INTESITNAI.

133 OBSERVACIONES

Dres. A. Fossati (h.) (in memorian) y L. A. Gregorio

El Dr. Américo Fossati (h.) había iniciado, cuando era Jefe de Clínica del Prof. Navarro esta estadística, basada en el material del Turno de Cirugía de Urgencia del Dr. P. Larghero, que su muerte acaecida el 2 de febrero de 1948 dejó trunca. Es pues en su homenaje que la presentamos, completada hoy por nosotros, encabezándola con su nombre. En este complemento, hemos tomado las historias de la Clínica "C" a cargo del Prof. Larghero y aquella pertenecientes a su clínica privada.

Ha de abarcar este estudio estadístico únicamente los cuadros clínicos de oclusión intestinal aguda. Es decir que de expreso excluimos aquellos correspondientes también a oclusiones, pero que, como los de hernias y eventraciones extranguladas, así como los de ileo paratícos tienen una fisonomía anatómico-clínica y fisiopatológica que les confieren caracteres propios, y que son entonces entidades distintas.

Presentamos 133 observaciones distribuidas así:

Hombres: 73 — 54,88 % Mujeres: 60 — 45,12 %

Edad límites: 12-86 años.

Siendo el antecedente de operación o herida abdominal de valor clínico fundamental para determinar la causa y el asiento de una oclusión intestinal, las hemos clasificado en:

133	{	Primitivas	79 — 59,39 %
		Secundarias	54 — 40,61 %

(a op. o her. abd.)

Desde luego que hemos estudiado historias de enfermos operados, que lo son en su mayor parte, y de aquellos no operados

por causas diversas que bien pueden ser las manifestaciones extremas de esta afección. No han sido operados aquellos enfermos que han llegado en estado preagónico o agónico, ni aquellos en los que el tratamiento médico resolvió el problema.

Se distribuyen así:

133	{	Operados	116	87,2 %
		No operados	17	12,8 %
133	{	Curados	103	77,42 %
		Muertos	30	22,62 %
Mortalidad:	{	116 Operados	24 muertes:	20,6 %
		17 No operados	6 muertes:	35,3 %

Como puede observarse, la mortalidad de estos cuadros clínicos es sumamente elevada, lo que de por sí habla de la gravedad de los mismos.

INTUBACION INTESTINAL

133 casos	37 Aplicaciones	27,8 %
37 casos	30 Curados	81

Intubación como único tratamiento: 3 3 curados
(contemplación del balance acuoso electrolítico).

En nuestra clínica el uso de la Sonda de Cantor es casi sistemático como complemento de la operación o como preparación de la misma, o en casos excepcionales como único tratamiento. Debe llamar la atención el escaso número en que ella ha sido aplicada en esta serie. Ello está en razón de que su uso data solamente de 1941 en adelante, en tanto que esta estadística está confeccionada con historias tomadas desde 1930 al presente.

TOPOGRAFIA

133	{	I. delgado	91	68,42 %
		I. grueso	36	27,06 %
		Mixtos	5	3,75 %
		No determinado	1	0,75 %

CAUSAS DE OCLUSION

Intestino delgado 91 — 68.42 %	Bridas o adherencias	45	—	49.45 %	
	Vólvulos	7	—	7.6 %	
	Cuerpos extraños	8	—	8.7 %	Orejón: 3 Naranja: 3 Uvas: 1 No indiv.: 1
	Ileus biliar	7	—	7.6 %	
	Diverticulo de Meckel	4			
	Apendicitis (causa mec.)	3			
	Invaginación	3			
	Causas combinadas	8			brida y vól. 4 brida y c. ex- traño 2 ileit. extraño 1 vól. e infar. 1
	Acodadura (por sonda yeyunost.)	1			27.46 %
	Tumores	3			primitivo (Scho- wnoma) 1 Met. cán. gast. 1 comp. met. cán. testic. ectóp. 1
	Compresión	2			extríns. (quis- te hidático) 1 intramurales (hematoma) 1
	Proceso inflamatorio	1			ileitis segment.

La oclusión intestinal por acodadura fué provocada por una sonda de yeyunostomía, colocada en un enfermo de cáncer de esófago en etapa terminal. De los tumores determinantes de las oclusiones observadas, uno correspondía a metástasis sobre el propio

intestino de un cáncer gástrico. La otra oclusión de esta naturaleza era determinada por la compresión ejercida por una metástasis de un cáncer de testículo ectópico, no aplicada directamente sobre la pared intestinal.

Las oclusiones provocadas por compresiones de naturaleza no neoplásica, fueron en nuestra serie un quiste hidático localizado en F.I.D. y un hematoma de la pared intestinal que sucedió a una hernia estrangulada, luego de operada.

ntest no grueso 36 27.06 %	Tumores	20 — 55.5 %	Rectosigmoid. 13 Transverso Angulos { esplé. col.D. no individ. (no oper) 3
	Vólvulos	10 — 36 %	sigmoides 7 cieg● 3
	Proceso inflamatorio (Nicolás-Favre)	1 —	
	Adherencias más tumor	1 —	
	Fecaloma	1 —	35
	Invaginación (colo-cólica)	1 —	
	Compresión extrínseca (embarazo)	1 —	
	No determinada	1 —	

Entre las causas de oclusión topografiadas al intestino grueso hemos incluido una provocada por adherencias inflamatorias sumadas a un tumor recidivante a nivel de la anastomosis de una ileo-transversostomía, realizada en un enfermo un año antes por neoplasma del colon derecho.

En el caso de la invaginación colo-cólica había igualmente un pólipo del colon, incluido en el proceso.

Intestinos grueso y delgado a la vez		Invaginación 1
5	3.75 %	Tumores 3
		Vólvulos

El caso de invaginación con participación de los intestinos grueso y delgado, fué de tipo íleo-cólica.

ANESTESIAS EMPLEADAS

Raquidea	54	46,5 %
General	40	34,4 %
Local	22	18,9 %

Como puede observarse, la raquíanestesia ha sido la más empleada y entendemos que ella ha de ser la de elección, salvo que sus contraindicaciones conocidas la hagan desechar.

TIPO DE INCISIONES

Jalaguier	47	40,5 %
Mediana infraumbilical	39	25,8
Mac Burney	13	11,2 %
Paramediana	10	8,6
Mediana supraumbilical	7	6
Transversa	4	7,3 %
Max Schuller	2	
Babcock	1	
Frannestiel	1	

La incisión de Jalaguier ha ganado las preferencias de los cirujanos que trataron los enfermos de esta serie. Es sin duda ella la más adecuada para hacer un rápido inventario de las lesiones y una de las que da más luz para el tratamiento correspondiente. Es cierto que ella tiene sus indicaciones precisas y que no puede emplearse en forma indiscriminada.