

SISTEMA DIGESTIVO

Oclusión intestinal

II. En la práctica lo que más interesa es el diagnóstico genérico de oclusión.

II. En la práctica lo que más interesa es el diagnóstico genérico de oclusión. Aun éste, acabo de decir que no siempre puede hacerse y que el clínico ha de contentarse con aconsejar la laparotomía ante un cuadro indefinido de abdomen agudo. Sin embargo, muchas veces se llega a diagnosticar la oclusión; y entonces hay que intentar el diagnóstico de su causa. No siempre es tan fácil como aparece en los esquemas de los libros. Según mi experiencia, la mitad de los casos van a la mesa de operaciones sin más diagnóstico que el de la oclusión en general; y de la mitad diagnosticada, la operación rectifica, la mitad de las veces, el diagnóstico de la supuesta causa. No obstante, este **diagnóstico causal** debe intentarse siempre. Tiene, para él, más importancia que la exploración, la obtención minuciosa y bien criticada de los antecedentes.

A) **Estrangulación.** Llámase así a la brusca interrupción del tránsito intestinal por la constricción del intestino por una de las causas que ahora enumeraré. Distingue a la estrangulación, y le añade gravedad y peor pronóstico, el hecho de que la obstrucción no se limita a la luz intestinal sino que también compromete la irrigación vascular, con las consecuencias tróficas —gangrena— e infecciosas obligadas, respectivamente para la pared del tubo digestivo y el peritoneo. Además el colapso circulatorio, hasta el shock y la afectación del estado general que pronto o tarde se añaden, hacen urgente y precoz la solución quirúrgica de este abdomen agudo. Es más frecuente en hombres que en mujeres y rara en niños. Sus causas principales son las siguientes:

1. *Estrangulación por bridas y adherencias peritoneales.* Puede presentarse, en efecto, en todas las *perivisceritis* y *peritonitis localizadas*: *periapendicitis*, *perisalpingitis* etc. (□). Hay raros casos de estrangulación consecutiva a una peritonitis (por perforación o por propagación) en la *fiebre tifoidea* (□).

2. *Estrangulación por un divertículo de Meckel.* Hay algunas observaciones en la literatura. Sobre el previo diagnóstico del divertículo, (□).

3. *Estrangulación por hernia:*

a) Es contingencia frecuente, fácil de diagnosticar, cuando se trata de una *hernia externa* (*crural, inguinal, umbilical, epigástrica*, muy raramente *lumbar*).

b) El diagnóstico es difícilísimo, si se trata, excepcionalmente, de *hernias internas*, en hendiduras del mesenterio de los epiplones; sobre todo es digna de mención la *hernia del hiato de Winslow*, de la que se cita algún caso diagnosticado fundándose en las crisis inexplicadas de estreñimiento, que cesan bruscamente, y en la producción de una gran matidez abdominal, atenuada por un timpanismo muy superficial producido por algunas asas intestinales distendidas que se interponen entre la enorme masa estrangulada y la pared abdominal.

4. *Estrangulación por tumores pediculados, como quistes ováricos, fibromas del peritoneo, bazo movable*, etc. Generalmente estas lesiones no han sido previamente diagnosticadas y se va a la operación desconociendo la causa de la estrangulación.

B) Una causa frecuente de obstrucción es la **invaginación** o *telescopización* de una parte del intestino en otra: ya del intestino delgado en otro trozo del mismo, ya del intestino grueso en otro trozo del mismo, ya, y es lo más frecuente, del intestino delgado en el grueso, al nivel del ciego. Ocurre, sobre todo, en niños y en varones. En la invaginación en el niño es muy constante una hemorragia rectal; en la de los adultos es menos frecuente. El síndrome es el de la oclusión aguda. El intestino invaginado puede palparse como una tumoración amorcillada, timpánica a la percusión. La invaginación aparece en individuos con *lesiones tuberculosas intestinales*, con

cuerpos extraños, con *divertículo de Meckel*, con *papilomas* o con otros *tumores benignos o malignos* o sin ninguna lesión previa; excepcionalmente en *la fiebre tifoidea*. Los *pólipos* pueden ocasionar a veces invaginación más que obstrucción.

C) Sigue en frecuencia a las anteriores causas de oclusión el **vólvulo**, es decir, la torsión de un asa intestinal alrededor de su eje mesentérico. Su síndrome es el de la oclusión aguda, a veces precedida de dolores sordos. Durante algunas horas se puede palpar, sobre todo en los individuos delgados, el asa volvulada, distendida, dura, sin movimientos peristálticos (Wahl). El vólvulo se produce, en el 50 por 100 de los casos, *en el ciego*, simulando, al comienzo, la apendicitis; es también frecuente *en el sigmoides*; menos, en otras regiones del intestino; muy raro en el colon transversal, con síntomas solapados y dolor preferentemente lumbar y no abdominal. Lo padecen de preferencia los adultos. Casi siempre hay que admitir una *anomalía constitucional*: longitud excesiva del mesenterio. Con esta predisposición o sin ella, actúan como causas la *tuberculosis abdominal*, sobre todo cuando el mesenterio está muy afectado y retraído (□); el *estreñimiento* tenaz; los *parásitos intestinales*; *traumatismos*, sobre todo caídas; la acción de *purgantes violentos*; la *manipulación torpe de los intestinos* durante una laparotomía; el *embarazo o puerperio*, etc.

D) **Obstrucción mecánica, íleo mecánico**. Generalmente produce el síndrome de la oclusión crónica que puede evolucionar sin gran aparato, convirtiéndose un buen día en accidente de íleo mecánico agudo. Se debe a tres grandes grupos de causas: *compresión del intestino por procesos extraintestinales*; *compresión por tumores de la pared intestinal*, y *obstrucción de la luz intestinal por masas impropresables*.

1. La **compresión del intestino por masas tumorales o inflamatorias extraintestinales**. «La compresión» extraintestinal o la *angulación por retracción mesentérica* puede producir la oclusión, por lo común progresiva, generalmente no difícil de interpretar por el previo diagnóstico de la causa compresora. Habrá, sobre todo, que tener en cuenta:

a) Todos los tumores *abdominales* (*renales, esplénicos, hepáticos, uterinos*—incluso el *útero grávido*—, *ováricos, ganglionares*, etc.).

b) Las *peritonitis crónicas* en sus formas *encapsulante, plásticas, membranosas* (□).

c) El síndrome de la *pinza mesentérica*, que antes pretendía explicar cualquier dilatación aguda de estómago, se reconoce ahora como una realidad clínica de obstrucción duodenal por el compás arteriomésentérico-aórtico, cerrado en sujetos emaciados y en la anorexia mental, al fundirse la almohadilla adiposa de sostén en dicho ángulo vascular.

d) La *mesenteritis retráctil* de rara presentación, con dolor continuo, fiebre, pérdida de peso, obstrucción crónica de intestino delgado, acompañada a menudo de ascitis, enteropatía exudativa y esteatorrea.

e) El *aneurisma aórtico* «inflamatorio», por fibrosis periarterial, puede obstruir el duodeno.

2. **Lesiones de la pared intestinal**. Estas lesiones, de crecimiento lento, producen el síndrome de la obliteración crónica, que puede terminar, como todas las crónicas, en una crisis obstructiva grave. He aquí sus causas:

a) La más frecuente, el *cáncer del intestino*, ya del *delgado* (□), ya, sobre todo el del *colon descendente* y *S iliaca* (□); es ésta la lesión que se debe sospechar ante todo en las oclusiones crónicas de los viejos. Una «segunda estenosis» por encima de la cancerosa puede ocurrir en el colon descendente por la llamada «colitis isquémica» oclusiva —otras veces gangrenosa— debida a la distensión por la estrechez neoplásica.

También el *linfoma intestinal primitivo* de forma localizada.

b) Las *ulceraciones intestinales con retracción cicatrizal secundaria* son también causa no rara de oclusión progresiva; ya las *tuberculosas* (□), ya las *sifilíticas* (□), ya, con menos frecuencia, las *disentéricas* (□) y las *tifoideas*: éstas, por su dirección paralela a la longitud del intestino delgado, producen la retracción excepcionalmente y a fechas muy tardías; los escasos casos publicados se

refieren al intestino grueso, y no siempre son seguros, en cuanto a la etiología tifoidea; yo no he visto ninguno.

c) *Inflamaciones circunscritas, no ulcerosas, del intestino*, sobre todo la *ileítis terminal* (□). Es muy frecuente su confusión, como sabemos, con la apendicitis crónica. La *endometriosis* especialmente del sigma, puede producir crisis suboclusivas e incluso obstrucción, coincidente con la menstruación.

3. La **oclusión por obstáculos en el contenido intestinal** no es excepcional. Pueden producirla grandes *cálculos biliares* que han penetrado en el intestino por una fístula vesiculoduodenal y vesiculocólica; grandes *coprolitos* o *fecalomas* (alguna vez después del sulfato de bario para el examen radiográfico del aparato digestivo); *conglomerados de parásitos intestinales*, sobre todo *lumbricoides*, que se apilonton al final del delgado; pueden aparecer en los vómitos, o en la radiografía aclarando el diagnóstico; pueden producir también el vólvulo *cuerpos extraños*, etc. Esta variedad de oclusión puede ocurrir en todas las edades. Algunas de estas formas de oclusión se pueden diagnosticar por los antecedentes; por ejemplo, las calculosas, en individuos que han sufrido grandes accidentes colelitíasicos; las coprolíticas, en viejos estreñidos en los que, a veces, los bolos fecales son accesibles a la palpación; a veces se presenta de forma aguda en inmovilizados o en el postoperatorio inmediato; sin embargo, he visto casos insidiosos con toda la sintomatología, e incluso la radiográfica, de un cáncer intestinal; los cuerpos extraños, en fin, que tienen una historia obvia, salvo en los niños. Los *pólipos* pediculados y las *diverticulitis* son causa, a veces, de obturación de la luz intestinal.

4. **Oclusión por espasmo.** No suele condicionar un verdadero ileus, sino una pasajera y reversible detención del tránsito intestinal. A menudo es un factor sobreañadido —el espasmo— a lesiones orgánicas estenosantes o a la obturación de la luz:

a) Hay que tener en cuenta que la oclusión puede producirse aunque el obstáculo sea pequeño, con tal que provoque, como sucede en algunos individuos predispuestos *intensos espasmos*, tras los cuales el intestino, agotado, se paraliza; en este caso el cuadro clínico será el de una obstrucción lenta, con frecuentes cólicos, súbitamente seguida del cuadro del íleo paralítico.

b) El punto de partida del espasmo puede ser un *reflejo* extraintestinal; por ejemplo *cánceres del mediastino*, *infiltración maligna del tejido retroperitoneal* en la región celiaca (Ogilvie).

c) Hay casos en los que la operación quirúrgica comprueba *el espasmo sin lesión alguna*.

d) *Intoxicaciones* exógenas o endógenas son posibles causas de espasmos intestinales: la *porfiria*, la intoxicación por *plomo* y otras *porfirinurias*.

E) **Íleo paralítico o adinámico.** Se llama así a la interrupción del curso fecal debida a la parálisis de la capa muscular intestinal. Predomina la *distensión abdominal*, con timpanismo, pero *no suele haber defensa* muscular parietal o es mínima, *excepto en la peritonitis*. *No hay dolor cólico, sino de inflazón* y plenitud, *y no existe peristaltismo de lucha, ni ruidos intestinales*. El estado general se agrava, respiración superficial, pulso rápido y filiforme, facies hipermática y shock, si no se resuelve el cuadro. Aparece en muchos estados patológicos. Casi todos los que producen el meteorismo (□) pueden dar lugar al íleo paralítico por transformación de la paresia, que es el meteorismo, en parálisis. Radiológicamente es característico el meteorismo *difuso* y el contorno liso de las asas intestinales. Recordaré aquí los más importantes:

1. El más frecuente es la *peritonitis*, sobre todo la aguda, séptica, por *perforación* ulcerosa, apendicular, etc., pero también se observa en la *peritonitis tuberculosa crónica* (□). Ésta puede haber sido previamente diagnosticada o haber pasado inadvertida, salvo un estreñimiento atribuido, quizá, a causas banales, siendo su primera manifestación la crisis oclusiva. Ocurre principalmente, aunque no siempre, en jóvenes.

2. La *embolia o trombosis de las arterias mesentéricas* (□) puede producir la parálisis de las asas correspondientes (*íleo vascular*). El antecedente cardíaco y los síntomas agudos de la obstrucción vascular que preceden a la intestinal suelen hacer posible el diagnóstico.

3. En ciertas *infecciones agudas graves* (como la *pulmonía*, *bronconeumonía*, *gripe*, *meningitis*, *septicemias*, etc.), la paresia intestinal puede ser tan intensa que produzca el íleo. Pero, sin duda, la más importante es la *fiebre tifoidea*; en los casos con intenso meteorismo, éste puede transformarse en parálisis intestinal; sobre su diagnóstico diferencial, ().

4. En *lesiones graves del sistema nervioso* es posible el mismo accidente (*mielitis aguda*, *mielitis crónica*, *compresiones medulares*, etc.). También en *traumas vertebrales* con lesión medular. Hay formas centrales neurógenas de parálisis intestinal: *entumores cerebrales*, *ictus apopléticos*, *traumatismos craneales*, etc.

5. *Después de las operaciones quirúrgicas*, sobre todo con laparotomía muy prolongada; pero puede aparecer también después de intervenciones mínimas, como la *punción en la ascitis* sobre todo si ha sido evacuadora rápida y cuantiosa. A veces como complicación *postpartum*. También tras *cistoscopias laboriosas y traumatizantes*.

6. En el *choque traumático*. Se citan especialmente los casos de íleo paralítico por choque después de *traumatismos del testículo*.

7. En el *cólico hepático*, más aún, en el *nefrítico*, a veces con melena y por mecanismo reflejo; en cualquier afección muy dolorosa del abdomen, como la *apendicitis* (en la que hay que pensar siempre), la *pancreatitis hemorrágica*, las formas dolorosas de la *atrofia amarilla aguda del hígado*, etc. Igualmente en el *hematoma retroperitoneal*. En la *torsión del pedículo* de quistes ováricos o de otras vísceras o tumores. El vaciamiento rápido y masivo, por paracentesis, de una *ascitis*, puede también provocarlo.

8. En *estados acidóticos* y por *tóxicos endógenos* (*diabetes*, *uremia*, *insuficiencia hepática grave*, *insuficiencia suprarrenal terminal* en la enfermedad de Addison) hay, como sabemos, meteorismo que, excepcionalmente, se transforma en oclusión.

9. Hay formas graves de meteorismo por paresia intestinal de *origen hipofisario* que pueden conducir al íleo paralítico. Es importante su conocimiento por la facilidad con que esta causa puede quedar inadvertida:

a) Se observan en diversas lesiones de esta glándula (*acromegalia*, en su fase final, *hemorragia hipofisaria*, *atrofia hipofisaria*, etc.). El resto de la sintomatología es en estos casos muy típico.

b) Dada la intervención de la hipófisis en el tono de la fibra muscular visceral, es lícito sospechar que la insuficiencia hipofisaria puede provocar el íleo paralítico, no sólo en esos casos con *síndromes hipofisarios*, sino aun cuando éstos no existan, estos casos se explicarían por un *desfallecimiento funcional de la glándula*, serían los especialmente favorables al tratamiento por el extracto pituitario.

10. En casos de *hipotiroidismo*, grave, pero, a veces, también en casos no muy intensos, se ha descrito un íleo paralítico, que cede a la opoterapia tiroidea. Se debe a la neuropatía periférica y autónoma del hipotiroidismo y pueden coincidir con retención vesical (Nathan, Harvard).

11. Se han descrito casos de íleo paralítico por intoxicación exógena, como por *opióceos*, *bloqueantes ganglionares*, o con cuerpos que afectan a la circulación, como la *arsfenamina*; a veces muy agudos, con perforación intestinal.

12. La *hipopotasemia* explica o contribuye a explicar la patogenia de algunos tipos de íleo paralítico.

13. En el *infarto de miocardio* puede presentarse un íleo paralítico reflejo o ligado al shock cardíogeno cuando existe.

14. *Megacolon tóxico*. En las formas fulminantes especialmente en viejos, una grave complicación de la *colitis ulcerosa* es una colectasia o dilatación masiva, con íleo paralítico y a veces perforación y grave afectación del estado general. El abdomen está muy distendido y el cuadro circulatorio es de shock progresivo. Puede presentarse también en la *colitis infecciosa*, por *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, etc., o parasitarias por *Entameba histolytica* u otras.

También en la enfermedad de Crohn y en la colitis isquémica. Radiológicamente marco cólico dilatado.

F) **Seudo-obstrucción idiopática.** Crisis recurrentes de origen desconocido, benignas, hereditarias (Ogilvie, Piulachs).