



[Handwritten signature]

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

- ILEO - SINTESIS DIAGNOSTICA -

PADRINO DE TESIS

Prof. Dr. Federico E. Christmann

Tesis de Doctorado

de:

René Geronimo Favaloro

- Año 1949 -

11/3/49

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LA PLATA

RECTOR:

Dr. Julio M. Laffitte

VICE-RECTOR:

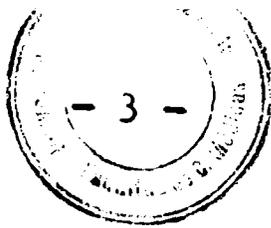
Ing. Héctor Ceppi

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Armando Seco Villalba

Pro-SECRETARIO GENERAL:

Sr. Victoriano F. Luaces



CONSEJO UNIVERSITARIO

Dr. Julio M. Laffitte

" Alfredo Sachaffroth

" Roberto Crespi Cherzi

Ing. Martín Solari

Dr. Julio H. Lyonnet

" Hernán D. González

Ing. César Ferri

" José M. Castiglione

Dr. Guido Pacella

" Osvaldo A. Eckell

Ing. Héctor Ceppi

" Arturo M. Guzmán

Dr. Roberto H. Marfany

Prof. Arturo Cábours Ocampo

" Emiliano J. Mac. Donagh

Cap. de Fragata (r) Guillermo O. Wallbrecher

- - - -

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO:

Prof. Dr. Julio H. Lyonnet

VICE-DECANO:

Prof. Dr. Hernán D. González

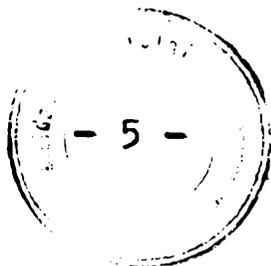
SECRETARIO:

Dr. Héctor J. Basso

PROSECRETARIO:

Sr. Rafael G. Rosa

- - - -



CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS

CONSEJEROS TITULARES

Prof. Titular Dr. Diego M. Argüello
" " " Inocencio F. Canestri
" " " Roberto Gandolfo Herrera
" " " Hernán D. González
" " " Luis Irigoyen
" " " Rómulo R. Lambre
" Adjunto " Víctor A. E. Bach
" " " José F. Morano Brandi
" " " Enrique A. Votta
" " " Herminio L. Zatti

CONSEJEROS SUSTITUTOS

Prof. Titular Dr. Carlos V. Carreño
" " " Passual R. Cervini
" " " Alberto Gascón
" " " Julio R. Obiglio
" " " Rodolfo Rossi
" Adjunto " Victorio Nacif
" " " Ramón Tau
" " " Emilio E. Tolosa
" " " Manuel M. Torres

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

- Dr. Ameghino Arturo
" Rophille Francisco
" Greco Nicolás V.
" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

- Dr. Argüello Diego M.- Cl.Oftalmológica
" Baldassarre Enrique C.-F.F. y F. Terapéutica
" Bach Víctor Eduardo A. (Prof. adjunto a cargo del Curso de la Cat.de Cl. Quirúrgica I).
" Bianchi Andrés E. Anatomía y F. Patológicas
" Caeiro José A.- Patología Quirúrgica
" Canestri Incencio F.- Medicina Operatoria
" Carratalá Rogelio F.- Toxicología
" Carreño Carlos V.- Higiene y M. Social
" Cervini Pascual R.- Cl. Pediátrica y Pueric.
" Corazzi Eduardo S.- Patología Médica I
" Christmann Federico E.- Cl. Quirúrgica Ila.
" D'Ovidio Francisco R.- P. y Cl.de la Tubercul.
" Echave Dionisio (Prof. adjunto asistente a cargo de la Cat. de Física Biológica)
" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

- Dr. Floriani Carlos.- Parasitología
- " Gandolfo Herrera R.- Cl. Ginecológica
- " Gascón Alberto.- Fisiología
- " Garibotto Román C.- (Prof. Adjunto a cargo del
curso de la Cát. de Patología Médica)
- " Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatología
- " González Hernán D.- Cl. de E. Infec. y P.P.
- " Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal
- " Lambre Rómulo R.- Anatomía Descriptiva
- " Loudet Osvaldo.- Cl. Psiquiátrica
- " Lyonnet Julio H.- Anatomía Topográfica
- " Maciel Crespo Fidel A.- Semiología y Cl. Pro
pedéutica.
- " Manso Soto Alberto E.- Microbiología
- " Martínez Diego J.J.- Patología Médica II.
- " Mazzei Egidio S.- Cl. Médica IIa.
- " Montenegro Antonio.- Cl. Genitourrológica
- " Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica
- " Obiglio Julio R.A.- Medicina Legal
- " Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica Cat. Ia.
- " Rossi Rodolfo.- Cl. Médica Ia.
- " Stoppani Andrés O.M.- Química Biológica
- " Sepich Marcelino J.- Cl. Neurológica
- " Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia

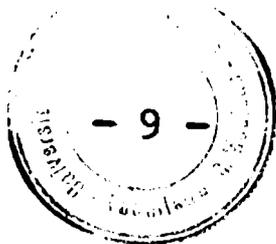


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

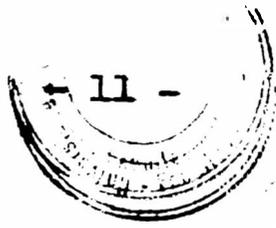
PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J.- Cl. Pediatría y
Puericultura.
- " Acevedo Benigno S.- Química Biológica
- " Andrieu Luciano M.- Clínica Médica
- " Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria
- " Baila Mario Raúl.- Clínica Médica
- " Bellingi José.- Patología y Cl. de la Tubercul.
- " Bigatti Alberto.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Briasco Flavio J.- Cl. Pediatría y Pueric.
- " Calzetta Raúl V.- Semiología y Cl. Propedéut.
- " Carri Enrique L.- Parasitología
- " Cartelli Natalio.- Cl. Genitourológica
- " Castedo César.- Cl. Neurológica
- " Castillo Odena Isidro.- Ortopedia y Traumatol.
- " Ciafardo Roberto.- Cl. Psiquiátrica
- " Conti Alcides L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio.- Cl. Oftalmológica
- " Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica
- " Chescotta Néstor A.- Anatomía Descriptiva
- " Dal Lago Héctor .- Ortopedia y Traumatología
- " De Lena Rogelio E. A.- Higiene y M. Social



- Dr. Dragonetti Arturo R.- Higiene y M. Social
- " Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria
- " Fernandez Audicio Julio César.- Cl. Ginecológ.
- " Fuertes Federico.- Cl. E.Infec. y P. T.
- " García Olivera Miguel Angel.- Medicina Legal
- " Giglio Irman C. de.- Cl. Oftalmológica
- " Giroto Rodolfo.- Cl. Genitourológica
- " Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica
- " Guixa Héctor Lucio. -----Cl. Ginecológica
- " Ingrata Ricardo N.- Cl. Obstetrica
- " Lascano Eduardo Florencio.- Anatomía y F. Pat
- " Logascio Juan.- Patología Médica
- " Loza Julio César.- Higiene y M. Social
- " Lozano Federico S.- Clínica Médica
- " Mainetti José Maria.- Cl. Quirúrgica I.
- " Manguel Mauricio.- Clínica Médica
- " Marini Luis C.- Microbiología
- " Martínez Joaquín D.A.- Semilogía y Cl. Proped.
- " Matusevich José .- Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías.- Pat. y Cl.de la Tuberculosis
- " Michelini Raúl T.- Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
- " Morano Brandi José F.- Cl. Pediátrica y Pueric.
- " Moreda Julio M.- Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia

- Dr. Naveiro Rodolfo.- Patología Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo.- Pat. y Cl.de la Tuberc.
- " Pereira Roberto F .- Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto.- Embriología y H.Normal
- " Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl P.- Cl. Quirúrgica
- " Polizza Amleto.- Medicina Operatoria
- " Ruera Juan.- Patología Médica
- " Sánchez Héctor J.- Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J.J.- Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel María del C.- Cl.Obstétrica
- " Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
- " Tropeano Antonio.- Microbiología
- " Tolosa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo O.U.F.- Semiología y Cl. Proped.
- " Vázquez Pedro C.- Patología Médica
- " Votta Enrique A.- Patología Quirúrgica
- " Tau Ramón.- Semiología y Cl. Propedéutica
- z Zabudovich Salomón.- Cl. Médica
- " Zatti Herminio L.M.- Cl. de E.Infec. y P. T.



A mis padres, a quienes debo todo este presente tan lleno de hermosas inquietudes.-

-- 00 --

A la memoria de mi abuela,
Césarea R. de Raffaelli, con quien
aprendí a amar hasta una pobre rama
seca.-

-- 00 --

A los doctores:

Rodolfo Rossi

Federico E. Christmann

Egidio S. Mazzei

Víctor E. Bach

Fernando E. D'Amelio

INTRODUCCION

Este trabajo que tiene como objeto central: ileo-síntesis diagnóstica, es el fruto de nuestro paso por el Hospital Policlínico, en especial como practicante menor y mayor en las guardias del mismo.

Siempre, desde nuestras primeras armas como estudiantes de Semiología nos apasionó el abdomen con sus secretos. Quizá porque nos resultó más difícil. Auscultar tal o cual ruido pulmonar, aquel o este soplo cardíaco, después de una buena explicación, de un razonamiento lógico, no ofrecía dificultades. Pero palpar un abdomen y encontrar, por ejemplo, un bazo del cual escuchábamos decir tantas cosas, o una fosa ilíaca derecha que había expresar a una mano tantas maravillas, nos sorprendía. Nuestra mano, torpe, apenas si encontraba dolor o tumor.

Así pasamos luego a la Sala V y fuimos perfeccionándonos cada vez más. Luego incorporados a la Guardia y agregados a la Sala XIII completamos nuestra preparación como estudiantes.

En la Guardia, el abdomen agudo era su centro, como debe ser el de todas las guardias de todos

los hospitales. Aquí la ecuación personal del médico que examinaba era aún más importante. Muchas veces, tres preguntas bien hechas, una mano con experiencia, hacían un diagnóstico que nos deslumbraba.

Poco a poco, pues, nos fuimos haciendo, teniendo más confianza.

Nuestra mano ya encontraba algo más que dolor o tumor.

Esto, es el resultado de la vida hospitalaria. Y este trabajo no es más que el fruto de las enseñanzas de mis mayores.

No podríamos pues dejar de acordarnos: del Dr. Manuel Cieza Rodríguez, Dr. Victor E. Bach, y Dr. José María Mainetti en nuestros pasos por la Sala V. del Dr. Fernando E. D'Amelio jefe de la Sala XIII donde estamos agregados, del Dr. Victor Pessacq jefe de clínica de la misma. De los médicos de guardia: Dr. Italo Daneri, ~~de~~ mano de los mismos, Maestro, como todos respetuosamente le llamamos; Dr. Angel M. Castedo, Dr. Amleto Polizza. Dr. Carlos A. Cingano, Dr. Osvaldo Zingoni, Dr. Jorge Albina, Dr. Arístides Mezzadri, Dr. Alberto Spinel~~li~~, Dr. Hipólito Cariello, Dr. Julio Machado,

Dr. Isaac Perez Nuñez, Dr. Elías Arena y Dr. Raúl Marqués.

No podría dejar de nombrar a los demás practicantes internos: Manuel Abella, Oscar F. González, Ricardo Machado, Agustín Martínez, Juan Carlos Tallone, Julio C. Abella, Juan M. Elverdín, Julio Luizzi, Jorge M. Martín, Héctor Boffi, Jorge Attademo, Enrique C. Riva, Rodolfo Ghilini, Juan C. Bernardón; vaya mi recuerdo de tantas horas vividas juntos en amable camaradería.

Hemos querido encarar el tema, realizando una síntesis, un estudio crítico, recalcando lo que nos ha parecido útil.

La síntesis es siempre lo difícil. Nos acordamos de tal o cual caso, podemos describirlo con lujo de detalles. Hacer una síntesis sobre tal o cual síndrome es ya un gran problema.

Debemos hablar de lo típico, y en abdomen agudo, mucho es atípico, mucho escapa a las reglas generales. Con esta salvedad encaramos el estudio diagnóstico del ileo.

Hemos insertado al final algunas historias clínicas, entresacadas de los casos observados, tratando de fijar conceptos con las mismas sobre los cuadros analizados.

Sólo hemos enumerado de la vasta bibliografía del tema los tratados generales que marcan jalones fundamentales en el desarrollo del mismo.

- - - - -

Antes de entrar a tratar el tema en si, nos parece lógico realizar una somera enunciación de los grandes síndromes que componen lo que se ha dado en llamar, abdomen agudo quirúrgico. Es decir el conjunto de cuadros abdominales de urgencia inmediata que terminen por la laparotomía. Se han hecho numerosas clasificaciones de los mismos. Si pensamos que todo diagnóstico lleva implícito un primer diagnóstico de síndrome, lo mejor es tener agrupados de esta manera a los cuadros clínicos que nos ocupan.

Siguiendo al Prof. Christmann, ellos pueden ser clasificados:

- 1º Síndrome inflamatorio
- 2º Síndrome perforativo
- 3º Síndrome hemorrágico
- 4º Síndrome vascular
- 5º Ileo

Cada uno de ellos tiene una sintomatología más o menos típica, que hace, que, una vez terminada la historia clínica del enfermo en estudio, si ella ha sido realizada con el orden debido, podamos ubicarlo en algunos de los mismos.

Nosotros, ya veremos enseguida, seguimos para

el estudio del ileo la clasificación Americana. Sólo lo quedaría fuera del mismo el síndrome hemorrágico, así que en el estudio que nos hemos propuesto, en cierto modo no podremos escaparnos de realizar una visión de conjunto del abdomen agudo quirúrgico.

Trataremos de ser lo más preciso posible, dejando de lado todo lo que sea secundario en beneficio de la síntesis.

No podríamos entrar de lleno al tema sin antes clasificar a los cuadros clínicos que entran dentro de este síndrome.

Las clasificaciones cuando son buenas orientan inmediatamente y son una guía eficiente en el desarrollo del mismo.

En nuestro caso la clasificación Americana ya adentrada en el ambiente médico, cumple con esas premisas.

- ((Tumor de la pared intestinal: inflama-
 - ((torios; neoplásicos.
 - ((Tumores extraintestinales que originan
 - ((compresión.
 - ((Adherencias: peritonitis plástica; plas-
 - ((trones.
 - ((Fecaloma
 - ((Peritonitis encapsulante
 - ((Tumores colónicas con válvula ileo-
 - ((cecal incontinente.
 - ((Hernias estranguladas: internas o exter-
 - ((nas.
 - ((Volvulo
 - ((Invaginaciones
 - ((Bidas
 - ((Tumores colónicas con válvula ileocecal con-
 - ((tinente.
 - ((trombois o embolia mesenterica
 - ((desinserción traumática del mesenterio
-
- ((Sin participación
 - ((vascular
 - ((Mecanico
 - ((ó
 - ((Dinámico
 - ((Con participación
 - ((vascular.
 - ((vascular puro

Vemos entonces como la diferencia primaria que existe es la presencia o ausencia de peristaltismo intestinal. Esto, que ya veremos como indagarlo, nos coloca en dos sectores completamente diferentes con tratamientos diferentes y a veces hasta opuestos.

Dentro del ileo paralítico tenemos una nueva división en: peritonítico o inflamatorio, es decir que la causa actúa directamente sobre el intestino; o por mecanismo reflejo indirecto en cuyo sector se agrupan múltiples causas que hemos enumerado.

El ileo post-operatorio puede pertenecer a los dos sectores. Puede ser peritonítico puro o reflejo; tal por ejemplo en las intervenciones que manosean retroperitoneo (operaciones sobre riñón, sobre simpático, operaciones vasculares) en las que hemos tenido, ocasión de ver los ileos reflejos post-operatorios más grandes.

Por otra parte la presencia de peristaltismo intestinal nos coloca en otro sector, el más importante desde luego, el que a su vez se divide teniendo como patrón la ausencia o presencia de participación vascular. Esto último tiene enorme repercusión pues sa pronóstico, su terapeutica son

completamente distintos.

No hemos incluido dentro del ileo mecánico simple el ileo espasmódico puro, A pesar de existir casos descritos dentro de la bibliografía y citar Séneque y Roux por ejemplo veintidos observaciones creemos debe ser desechado de la mente. Nunca lo hemos observado y en nuestro hospital, cirujanos de vasta experiencia tampoco recuerdan haberlo observado.

Queremos también dedicar unos párafos al problema de la válvula ileocecal, tan brillantemente puesta en escena por Wagesteen. Su función normal es dejar pasar contenido intestinal desde el intestino delgado a intestino grueso e inhibir el reflujo. Frente a una obstrucción de intestino grueso pueden ocurrir dos cosas, o sigue manteniendo su fisiología normal- válvula ileocecal continente- o se altera y permite el reflujo - válvula ileocecal incontinente-.

Este hecho diagnosticable radiológicamente con certeza es de gran valor. Si la válvula es continente el intestino estará cerrado por una parte por la causa ocasionante del síndrome y por la otra por la válvula ileocecal; la llegada continua

de contenido intestinal dilatará en forma continua las paredes colónicas que sufrirán enormemente en su vascularización, llegando en grados avanzados al estallido con la peritonitis, casi siempre mortal, concomitante. Por lo tanto debe ser colocado dentro de los ileos mecánicos con compromiso vascular puesto que la conducta terapeutica es terminante: cecostomía de urgencia. Por el contrario cuando se hace incontinente permite el reflujo y estamos frente a un ileo mecánico sin compromiso vascular, un ileo que deja esperar y se beneficiará del tratamiento médico previo.

Queremos dejar aclarado tambien, el significado de dos palabras que se usan con suma frecuencia y que tienen según los autores diversas acepciones: obstrucción, oclusión.

Siguiendo al Profesor Christmann, creemos que debe entenderse por obstrucción a todo proceso que provoque una detención no total en el tránsito intestinal, es decir --cierre parcial de la luz intestinal--. Por el contrario, oclusión, agrupa a todos los procesos que provoquen una detención total en el tránsito intestinal, es decir --cierre total de la luz intestinal--. Como vemos,

entrar dentro del cuadro obstructivo los ileos sub agudos y crónicos; y dentro del oclusivo el ileo agudo. Esta es la acepción que le damos.

De qué elementos nos valemos para establecer un diagnóstico correcto?

Como en todo abdomen agudo, comenzaremos por el interrogatorio, seguiremos con el exámen clínico y terminaremos con el estudio radiológico.

He aquí el trípode básico:

1° Interrogatorio

2° Exámen clínico

3° Exámen radiológico

Podríamos agregar la punción abdominal y el laboratorio. Veremos más adelante la importancia que le adjudicamos.

INTERROGATORIO

Cuando va a interrogarse a un enfermo con un cuadro abdominal agudo debe tenerse el concepto que el interrogatorio es el arma principal con que contamos para resolver el problema. No creemos pecar de exagerados al afirmar esto. Luego han de tomarse unas precauciones.

El paciente que vamos a examinar es un paciente intranquilo, ansioso, que reclama general-

mente pronto alivio de sus molestias de las cuales el dolor es el primer exponente. Si lo examinamos en la guardia de un hospital, a esto se agrega el cambio súbito de ambiente. Estos hechos que enumeramos así rápidamente, son de mucha importancia.

Es necesario calmar al paciente.

Es necesario hacerse amigo del mismo.

Estas dos premisas hay que cumplirlas siempre. Sin ellas hemos visto cometer errores. Estará en la ecuación personal del que examina sacar provecho de las mismas. Un paciente que ha comprendido que, lo que vamos a investigar es de importancia para resolver su problema. Un paciente por más humilde que sea, al recibir una frase amable, comprensiva de su situación, se volcará hacia nosotros sin reticencias, despojado de todo los problemas que embargaban su mente.

El interrogatorio comenzará como siempre, como si estuviéramos frente a un enfermo crónico.

-- Ya llegaremos a la enfermedad actual --

Antes hay que preguntar: edad, dato de valor: a los 20 años sospecharemos peritonitis tuberculosa; de los 40 años en adelante la neoplasia; vayan estos dos ejemplos para que le demos importancia.

Profesión: no olvidemos que el plomo puede darnos cuadros abdominales dolorosos que este simple dato ayuda a comprenderlos. Hasta puede preguntarse si se quiere ser completo, lugares donde ha vivido, ya que ciertos vermes pueden darnos cuadros obstructivos.

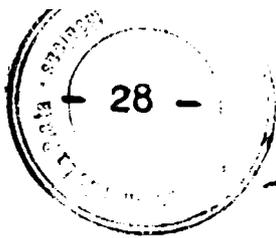
Investigaremos los antecedentes familiares. Parecería no ser correcto en un tema como el que estamos encarando; sin embargo, en uno de nuestros enfermos los antecedentes fínicos familiares hicieron orientar rápidamente el diagnóstico hacia una bacilosis peritoneal que la clínica y el acto quirúrgico confirmaron. Luego no costará nada perder unos segundos en su pesquisa.

Y llegamos a los antecedentes personales. Es necesario realizar una historia clínica completa, minuciosa de todos los antecedentes patológicos. Así podremos encontrar, afecciones vesiculares, desmejoría progresiva que nos hará pesquisar la neoplasia; el antecedente de una operación anterior, averiguando bien detalles sobre la misma. Una pregunta que no debe faltar en estos casos: si sabe "si colocaron sulfamidas". Hemos tenido ocasión de observar un caso de adherencias múlti-

ples de fosa ilíaca derecha por apendicectomía anterior en la cual se colocaron 4 gramos de sulfamidas en polvo. Tendrá importancia conocer los antecedentes cardíacos, si es hipertenso o ha padecido reumatismo que nos haga sospechar su cardiopatía. Dato de gran utilidad para interpretar un cuadro que presumimos vascular puro. Otros datos menos frecuentes pero de valor serán por ejemplo, algunas operaciones sobre sistema nervioso; así una de nuestras observaciones, había sido operada por aracnoiditis dato decisivo para interpretar el ileo paralítico con que llegó a nuestras manos.

Dentro de los hábitos, interesará si es constipado. A veces no dirán "desde hace años", el megacolon aparecerá entre nosotros como sospecha. Otras veces no dirán "en estos últimos meses y cada día más", la neoplasia se hará presente.

Ya en los antecedentes más cercanos investigaremos si ha habido algún traumatismo craneano, de columna vertebral, de abdomen o de testículo mismo; o si ha padecido cólicos renales o hepáticos días anteriores. Y por último siempre acordarse: tenía o no hernias; qué ha comido estos últimos días, pesquizando las causas alimenticias comunes. Así pudo hacerse diagnóstico etiológico,



en un caso de ileo mecánico sin participación vascular, al referirnos la enferma, después de mucha insistencia que había ingerido orejones hacía 72 horas. Podría investigarse, aunque como causa excepcional la intoxicación crónica por opio o sus derivados.

Vemos entonces como una anamnesis bien realizada puede ser de gran utilidad. Nunca estaremos arrepentidos de haber perdido algunos minutos en ella.

Y entramos entonces al interrogatorio de su enfermedad actual. Lo primero que investigamos es, desde cuando está enfermo. El paciente recuerda siempre el momento de iniciación de sus padecimientos; no obstante, siempre conviene indagar sobre los días anteriores, porque en ciertas ocasiones el enfermo pasa por alto pequeños signos de utilidad para el diagnóstico. Generalmente el enfermo empezará a enumerar sus trastornos por el dolor; ya que esto es lo que más lo aqueja. Y he aquí un signo capital que requiere un interrogatorio cuidadoso.

a) Hay que ubicarlo en el tiempo.

-- Ha aparecido y no se ha retirado más.

-- Aparece, dura segundos, más comunmente minutos, y luego se va no dejando nada.

-- O viene y se va, pero queda dolor entre cada episodio.

Es decir que podemos estar en presencia de cualquiera de estos tres tipos:

Dolor continuo

Dolor cólico

Dolor cólico, pero entre cólico y cólico dolor.

Este hecho hay que interrogarlo bien, porque como veremos más adelante es capital. Queremos insistir sobre lo siguiente: a veces despues del cólico queda un ligero dolorimiento abdominal, pero se retira luego, no dura hasta el próximo cólico siempre que estos no se repitan muy frecuentemente. Los enfermos suelen decir que "el vientre queda dolorido" pero esto no llega, no dura, hasta el próximo cólico. No es el dolor continuo que queda entre cólico y cólico y que se ha intensificado con las horas transcurridas. Hecho también a interrogar.

Luego diferencias entre el dolorimiento que queda después del dolor cólico y el verdadero dolor:

-- el dolorimiento no llega hasta el próximo cólico.

— el dolor es persistente y aumenta con las horas transcurridas.

Ya veremos porqué hemos insistido tanto.

b) Hay que ubicarlo en el enfermo.

Preguntaremos: dónde comienza, cómo se irradia.

Así el enfermo lo ubicará en diversas zonas de su abdomen y nos dará irradiaciones que podrán ser típicas o nó. Loepper (citado por Pavlovsky) sostiene que dolor en epigástrico (plexo solar), corresponde a primeras porciones de intestino delgado; que el plexo mesentérico superior inervando el pancreas, duodeno, intestino delgado, ciego y colon ascendente, nos dará dolor desde el ángulo duodeno-yeyunal al ciego siguiendo la inserción del mesenterio y con un punto máximo abajo y a la derecha del ombligo. Que el plexo mesentérico inferior inervando el colom transverso, descendente y sigmoideo dará dolor a izquierda y abajo del ombligo.

No hay que ser tan exigente. Es difícil poder determinar con esa precisión las irradiaciones que puede adoptar el dolor en cada enfermo en estudio. No obstante analizando con mesura, en especial al comienzo del cuadro, servirán a veces como signo probable de localización.

Pero todavía podemos interrogar algo más acerca de este síntoma.

-- Que ha hecho para calmarlo.

-- Si ha podido continuar realizando sus tareas.

-- Si ha dormido

-- Que posiciones ha adoptado frente al mismo.

Así podremos recoger el antecedente del trágico purgante (que hoy se ve cada vez menos, al decir de nuestros mayores), exacerbando la sintomatología. El sueño nos servirá como guía. Desconfiar siempre de un paciente que no ha dormido por molestias abdominales. Hay que indagar bien, siempre encontraremos la respuesta. Otras veces se nos dirá que no pudo continuar su trabajo, otro índice de la intensidad de su molestias. Y por último nos podran referir las posiciones adoptadas ante el dolor: así la quietud, la fijeza de perforado, que retrae su abdomen y allí queda sin moverse. Las características posiciones del cólico renal, o los movimientos en el lecho frente a cada cólico intestinal, serán útiles.

Hemos insistido sobre el síntoma dolor. Veamos porqué.

Frente a un dolor continuo dos hechos se nos

presentaran: o es un dolor de causa inflamatoria, peritonitis; o vascular puro, embolia o trombosis de la mesentérica.

El dolor cólico nos coloca ante los ileos mecánicos. Si ese dolor cólico es puro --entre cólico y cólico, nada-- tendremos derecho a pensar: no hay compromiso vascular. Pero si entre cada dolor cólico, sigue dolor sordo, continuo --entre cólico y cólico, dolor-- el compromiso vascular se hará presente. Esto es terminante, lo hemos interrogado detalladamente en todos los casos. La regla no dejó de cumplirse en ninguno. Imaginemos desde ya la importancia terapéutica de este dato. Un enfermo sin compromiso vascular, es un enfermo que podrá esperar; podrá ir a la mesa de operaciones perfectamente metabolizado. Los éxitos serán mayores. Un enfermo con compromiso vascular no podrá esperar un solo instante. La laparotomía podrá salvarlo y no otra cosa.

Ni que decir el dolor continuo. Nada preocupará más la mente de un médico frente a un cuadro abdominal agudo, que el dolor fijo continuo que ha permanecido inmutable a través de las horas transcurridas. Deberá estarse más alerta que nunca y

la solución tendrá que ser rápida. La espera no resuelve nada la mayoría de las veces.

Pasemos ahora a los vómitos. El vómito es un sintoma común a casi todas las enfermedades abdominales agudas. Frente a este síntoma hay que investigar: cuando han aparecido y que características tiene el contenido expulsado.

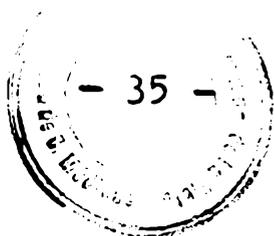
Generalmente existe precozmente; pero este vómito que aparece casi pegado al dolor, es vómito gástrico como suele llamársele. Hay que insistir entonces. Así, un grupo de pacientes nos dirán que sus vómitos aparecieron casi enseguida del dolor y que se han repetido continuamente. Otros por el contrario sólo tienen sensación nauseosa quizá algún vómito y nada más. En otros recién aparecen a las 48 , 72 horas; y por último hay ocluidos que sólo vomitan pasados varios días; generalmente vómitos terminales.

Este síntoma, así ubicado en el tiempo, tiene valor localizador del proceso. Si el vómito es precoz, continuo, el ileo será alto-pilórico, duodenal o yeyunal- Si el vómito ha aparecido tardiamente, será un ileon bajo-ileon terminal, ceco-ascendente con válvula iléocecal incontinente- y si

aparecen muy tardíamente será un ileo de colon izquierdo o ceco-ascendente con válvula ileocecal continente. Esto dicho así esquemáticamente. Hay pacientes que escapan a la regla. Hemos observado ocluidos del ileon terminal con vómitos precoces y repetidos. No obstante podemos decir en tesis general, que, cuanto más alta es la oclusión, más precoces y más repetidos serán los vómitos.

Con respecto al contenido, al principio será mero contenido gástrico, pero si persiste no apareciendo bilis en ningún momento, la oclusión será sin lugar a dudas, supravateriana, generalmente síndrome pilórico. En otros casos serán más tarde biliosos, luego de típico contenido intestinal, para terminar siendo francamente fecaloideos.

Vemos pues que el análisis de este síntoma debe ser hecho con mesura. Es un síntoma común a casi todas, por no decir todas, las afecciones abdominales agudas. El vómito precoz puede ser debido a mecanismo reflejo. Si vamos a esperar el vómito tardío, de las 48 72 horas, para hacer diagnóstico de ileón, habremos perdido un tiempo precioso para el enfermo. Las oclusiones de intestino grueso con válvula ileocecal continente, no se acompañan de vómito, y sin embargo son de ex-



trema urgencia en su terapéutica. Hay que insistir en no esperar ver el vómito fecaloide para dar nos cuenta de la gravedad del paciente que tengamos entre manos. Esto lo decimos porque hemos recibido más de una vez estando de guardia a pacientes en estas condiciones y que permanecían bajo vigilancia médica. Luego, frente al vómito razonar bien, darle la importancia que merece, acordándonos de lo enumerado anteriormente.

Pasemos ahora al tercer síntoma que compone el trípede funcional; detención de materias fecales y de gases.

Generalmente cuando el paciente llega a nuestras manos, el síndrome ya está francamente establecido, y el mismo nos dirá que desde hace tanto tiempo no evacúa su intestino, no expulsa gases. No obstante hay que destacar que en los ileos altos puede haber todavía una o dos deposiciones y no expulsar algunos gases, siempre menos que de costumbre. Caso típico es el ileo biliar en que existe frecuentemente esto último que hemos referido. Otro hecho a tener en cuenta es que cuanto más alta es la oclusión más frecuente son las posibilidades de que existan deposiciones como las señaladas. Pero luego la constipación será absoluta.

En ciertos cuadros obstructivos pueden observarse deposiciones diarreicas; caso típico las hernias de Littré, pero es raro de observarlas. Otras veces existe una obstrucción y no obstante el meteorismo que salta a nuestra vista y nos enseña el camino, el paciente insiste en que "tiene diarrea". Pero si interrogamos bien, vemos que sólo se elimina una pequeña cantidad, un verdadero "esputo anal" como se lo ha llamado, de caracteres francamente mucoso y a veces sanguinolento. Si investigamos sus antecedentes urinarios, encontraremos concomitantemente, disuria, polaquiuria. Así nos pasó en un caso de peritonitis por apendicitis pelviana en un muchacho de 14 años cuyo vientre distendido marcaba el ileo paralítico ya establecido, pero la localización apendicular por irritación de vecindad (gran absceso del Douglas en la intervención) nos daba el cuadro clínico a que nos hemos referido. Luego, si interrogamos bien, podremos despistar estas falsas diarreas que aparecen en los procesos de bajo vientre cuando comprometen los órganos pelvianos.

Excepto pues las causas enumeradas, la constipación será un elemento de valor que estará marcado lo que por definición es, detención en el

tránsito intestinal.

EXAMEN CLINICO:

Todo exámen clínico debe llevar un orden. Con él lo que obtengamos será de gran utilidad, sin él sólo tendremos datos inconexos que costará trabajo interpretar.

-- Ya habrá tiempo de llegar al abdomen--

Cuando nos acercamos a un enfermo y estamos efectuando el interrogatorio, lo primero que debe llamar la atención es la facie; esta puede sernos de utilidad. Así podremos observar la facie de un deshidratado (grandes vómitos) o sino la facie típica del shock (vólvulus, trombosis o embolia mesentérica, pancreatitis) o en estas dos avanzados, la facie peritoneal tan maravillosamente descrita por los clásicos, pero que hoy en nuestro ambiente se ve cada vez menos. Sólo hemos visto dos facies peritoneales típicas con toda su tragedia. No entramos en la descripción de las mismas por ser ya clásicas y creer que es mejor observarlas que leerlas. Vale más haber visto una que haber leído varias veces su descripción. En ocasiones realizando el interrogatorio, el dolor cólico sorprende al paciente, y entonces la facie trasun

ta por unos momentos el drama abdominal.

Luego la observación de la facie es importante. Lo que ella trasunte dependerá no obstante del psiquismo de cada paciente, porque como dice Wangesteen "detrás de la máscara de un semblante estoico mucho puede ser ocultado".

Después tomaremos el pulso y lo anotaremos cuidadosamente. Veremos que en los ileos adinámicos, el pulso se mantendrá tenso, regular, rítmico excepto en los estados peritoneales avanzados. Lo mismo pasará en los ileos mecánicos sin participación vascular; el pulso no nos ofrecerá nada como elemento diagnóstico. Cuando se hace presente la participación vascular, en un principio pasará exactamente lo mismo; el pulso permanecerá sólo taquicárdico pero tenso.

En los ileos vasculares puros nos encontraremos con un pulso taquicárdico, hipotenso como corresponde al gran cuadro abdominal.

Luego, el pulso tiene su valor. Si bien en los ileos adinámicos, en los mecánicos, con o sin participación vascular, no hay alteración como bien lo destaca Mondor; en los vasculares puros y en los peritoneales avanzados, habrá cambiado y aparecerá taquicárdico, hipotenso. Recalcamos esto úl-

timo, porque nos parece lo de más valor. Un pulso lleno, que golpea bien nuestros dedos, es un paciente que tiene capital para defenderse. Un pulso hipotenso es signo de muy mal pronóstico.

Tomaremos la tensión arterial que será de valor para certificarnos el estado de shock en los ileos con gran participación vascular y en los peritoneales avanzados.

Realizaremos una rápida semiología cardíaca y pulmonar, y así podrá o no constatarse la presencia de una cardiopatía (estrechez mitral en especial) que podrá ser la clave del cuadro abdominal; o la respiración frecuente y profunda de los estados acidóticos o superficial y lenta de los estados de alcalosis. Y recién entonces llegamos al abdomen.

Empezaremos por la inspección. Será de valor tener buena iluminación para realizar nuestro exámen. Logicamente los datos de éste dependen de la mayor o menor obesidad del enfermo al que estamos examinando. En los obesos es muy difícil la semiología; el gran delantall abdominal se interpone y nos trastorna. Lo primero que saltará a nuestra vista es el meteorismo y de acuerdo a las horas

transcurridas estará localizado o generalizado. De su sola enunciación surge la importancia; no es lo mismo para el diagnóstico poder constatar meteorismo centro-abdominal, típico de las oclusiones del delgado y aún más, que este ocupe una zona supra o infra-umbilical; o constatar meteorismo que ocupa los flancos típico de dilataciones colónicas; que hallarnos con esos abdómenes generalmente meteorizados que no hacen más que certificar el cuadro ya completamente instalado. Otras veces encontramos meteorismo estrictamente localizado, asimétrico, conocido con el nombre de signo de von Whall que se observa casi exclusivamente en los vólvulos de sigmoideo ocupando fosa ilíaca izquierda, flanco del mismo lado y sobrepasando a veces también el ombligo. Durante el examen puede observarse la presencia de ondas peristálticas visibles de Kussmaul que por si solas hace excluir todo un sector del diagnóstico.

Pueden provocarse percutiendo la pared abdominal. Después examinaremos la movilidad abdominal. Podemos hacer realizar para ello algunas respiraciones profundas que nos ilustrarán con más detalles. Excepto en los procesos abdominales in

flamatorios o cuando la distensión es muy marcada, tendremos buena movilidad.

Pasamos así a la palpación. Es dentro de la semiología abdominal el elemento de más valor. Para sacar fruto de la misma es necesaria la experiencia. -- Hay que hacer la mano--

Mediante la misma nos daremos cuenta del estado de la pared abdominal; a veces será depresible, indolora en toda su extensión, la mano puede excursionar sobre la misma sin provocar ninguna molestia. Sólo hallará la mayor o menor resistencia provocada por el grado de distensión abdominal, lo cual nos orientará hacia los ileos adinámicos reflejos. Otras veces nos encontraremos con una pared defendida, contracturada, que se opone a la mano y sumamente dolorosa, en Guenau de Mussy se hará presente, y el síndrome peritoneal aparecerá ante nosotros. En los ileos mecánicos sin participación vascular sólo nos enseñará la distensión, y si algún cólico se despierta sentirá las ansas desplazarse. En los ileos mecánicos con participación vascular hallaremos también la resistencia que opone el meteorismo, pero al llegar a una zona se despertará dolor a la presión y a la descom

Presión; es la izquemia que traduce el sufrimiento intestinal.

Por debajo de la pared podremos delimitar a veces una tumoración que nos lo explicará todo; la presencia de un plastrón frío, característico de las peritonitis bacilares; o el ansa distendida y dolorosa de un vólvulo sigmoideo. Podremos encontrar la presencia de un fecaloma con el signo del despegamiento, que es menos frecuente de lo que se cree.

Otras veces correspondiendo a la zona dolorosa delimitada en la pared, se alcanza a palpar el ansa que sufre como una tumoración depresible, pas tosa desplazable o no y exquisitamente dolorosa.

Y por último, lo que es ya un axioma, y sin embargo se deja de cumplir. Frente a todo ocluido, no dejar de revisar los orificios herniarios. Esto merece un comentario. Lógico es que si un enfermo parece una hernia, está enterado de esa situación. El interrogatorio ya lo habrá aclarado, y la pal- pación indicará en que condiciones se hallan. Aquí pues no está el problema. Pero a veces, esto no se da, una hernia crural, una pequeña hernia inguinal pasan desapercibidas para el enfermo. No obstante

es lógico suponer que el dolor nos llevará a la ma
no. No se concibe una hernia estrangulada sin do-
lor. Sin embargo las hemos visto sin dolor. Aquí
queríamos llegar. Hay que revisar las orificios
herniarios porque hay hernias estranguladas sin
dolor. Esto sólo se da en los enfermos ancianos.
Hay en ellos un embotamiento sensitivo. Siempre
desconfiar de cualquier proceso abdominal en un
enfermo por encima de los 50 años. Esto tenerlo
bien fijado.

Hemos observado dos únicos pacientes con her
nias estranguladas sin dolor, los dos estaban por
encima de los 50 años. Llegaron sin diagnóstico
a la guardia porque se ignoraba la hernia y por-
que no daba dolor. El examen prolijo, nos dió el
diagnóstico; la palpación apenas si despertaba
dolor.

Luego no olvidarnos de revisar los orificios
herniarios, más aún si estamos en presencia de un
paciente ya anciano .

La percusión, en realidad, es de escaso valor;
nos señalará la presencia de meteorismo, y si han
pasado pocas horas, servirá para localizar al mis
mo. En los procesos avanzados, podremos obtener

matitez que nos pueda hacer pensar en ascitis.

Su semiología correcta aclarará el problema.

Por último la auscultación sólo podrá indicarnos si llegamos a auscultar los ruidos característicos que acompañan a cada dolor cólico, que estamos en presencia de un ileo mecánico y nada más.

Tacto rectal y vaginal: no nos olvidaremos nunca de ellos. Podrán indicarnos la presencia de un fecaloma, de un tumor de recto, el pie de un vólvulo sigmoideo en casos mucho más raros; hay quien ha tactado un cálculo biliar. Otras veces tacteremos un neo de cuello uterino, un utero miomatoso, o tumores anexiales inflamatorios o no, o cuerpos anormales en cietos desviados mentales.

La sola enumeración de los datos que nos pueden dar nos eximen de comentarios.

El primer obstruido que tuvimos oportunidad de ver, llegaba con siete días de evolución y sin diagnóstico. El honesto colega que lo acompañaba, así lo confesó. Un tacto rectal hecho por el jefe de guardia hallaba un bolo fecal. Y a nosotros nos quedó grabado -- no olvidarse del tacto rec-

tal o vaginal--

Algunos autores agregan la rectosigmoideoscopia que puede ser de utilidad. El tumor, el pie de un megasigma volvulado, el bolo fecal que no se alcanzaron al tacto, pueden aparecer a nuestra vista y aclararnos el cuadro.

EXAMEN RADIOLOGICO:

Trataremos de hacer una síntesis de este importante método diagnóstico, destacando sus aspectos útiles .

Siguiendo a J. A. Ferreyra, el estudio radiológico sirve como

- 1º Diagnóstico de síndrome
- 2º Diagnóstico de localización
- 3º Diagnóstico etiológico

1º Diagnóstico de síndrome: En un individuo normal sólo hay gas en estómago, primera porción de duodeno y colon. Luego, gas en intestino delgado, ya de por sí indica ileo. Con respecto al contenido gaseoso del intestino grueso, normalmente existe, basta acordarse de lo dificultoso que es en ocasiones obtener una buena placa de árbol urinario.

Cómo resolver el problema? La clínica será terminante y estará por encima de la radiología, ex

cepto cuando su contenido esté enormemente aumentado como ocurre en los vólvulos de sigmoideo (fig. 4) que por sí sola aclara el problema.

Cuántas horas tarda en aparecer gas en las placas radiográficas? Cuatro a seis horas. He aquí el primer valor positivo de la radiología. Pacientes con pocas horas de evolución que sólo acusan por ejemplo dolores de tipo cólico; a veces sin vómitos, que han expusado gases, surge la duda.

Estamos o no en presencia de un ileo?. La radiografía será terminante. Así ocurre con los casos de las figuras 1 y 2 con ocho y doce horas de evolución, con sólo dolores de tipo cólico y nauseas, sin llegar al vómito el primero y con vómitos el segundo. La radiología certificó el diagnóstico que la clínica sospechaba. Si consideramos como Ochsner lo ha demostrado (citado por Ferreyra) que es aún más precoz en los ileos con participación vascular, vemos entonces su gran utilidad.

Si obtenemos placas con el paciente de pie, observaremos las clásicas imágenes hidroaereas también llamadas imágenes en tubos de órgano o niveles líquidos (figs. 1, 2, 3).

Creemos pues que como diagnóstico de síndrome tiene este gran valor: poder hacer un diagnóstico

precoz.

2º Diagnóstico de localización: Para esto, como muy bien insiste Ferreyra, hay que seguir un orden.

a) Ubicación de las ansas dentro del campo abdominal.

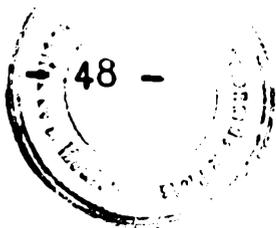
b) Tamaño de las mismas

c) Orientación

d) Caracteres del ansa

a) Desde ya podemos decir que es difícil que se pueda confundir ansas delgadas con marco colónico. El tamaño, los caracteres de las mismas hacen que a simple vista puedan diferenciarse.

El problema está en conocer a que altura del delgado se halla la obstrucción, en caso de ser una obstrucción del mismo. Se han descripto y son ya clásicos, seis segmentos embrionarios en el intestino delgado. Según Jackson pueden aislarse aún en el adulto. Se ubican dentro del abdomen de la siguiente manera desde el punto de vista radiológico: el segmento 1 en hipocondrio derecho, en la región paravertebral; los segmentos 2 y 3 en hipocondrio izquierdo y flanco del mismo lado; el segmento 4 es centro-abdominal apoyando sobre la pel



vis; el segmento 5 en flanco derecho y el segmento 6 en fosa ilíaca derecha. Si además nos acordamos que el segmento 1 da origen al duodeno, los segmentos 2 y 3 al yeyuno, y el resto al ileon nos será fácil topografiar la altura de la obstrucción. No obstante debemos pensar que este es un esquema demasiado matemático y como tal puede llevarnos a error.

De otra manera más práctica podríamos decir que en placas obtenidas en decúbito ventral o dorsal, las imágenes supraumbilicales corresponden a yeyuno y las infraumbilicales al ileon.

b) Con respecto al tamaño es casi imposible confundir intestino delgado de intestino grueso. Porque es excepcional que las ansas delgadas lleguen a igualar el tamaño del intestino grueso. Habría solo una excepción, ileos en enfermos con anastomosis de delgado a grueso por operaciones anteriores. No obstante veremos al comentar los caracteres de las ansas como el diagnóstico es fácil,

c) Con respecto a la orientación de las ansas colónicas, las que corresponden a ceco-ascendente y colon izquierdo son fácilmente reconocidas en los flancos. Más difícil es, el colon transversal, pero

siempre las características haustros nos sacarán del problema. Con respecto al intestino delgado debemos conocer que el yeyuno adopta la mayoría de las veces disposiciones transversales (fig.1-2) mientras que el ileon se verticaliza (Fig. 3).

Se ha descrito como signo de intestino delgado terminal el signo de peldaños de escalera; pero es de escaso valor. Corresponde siempre a estadios terminales.

d) Insistimos desde el principio que es imposible confundir intestino delgado con intestino grueso; la simple inspección basta.

Las haustros ponen su sello y hacen fácil el diagnóstico.

Con respecto al intestino delgado es característico del yeyuno los pliegues de Kerkring, que van disminuyendo a medida que nos acercamos al ileon. Luego imagen en pila de monedas o esqueleto de arenque o elástico desenrollado o ramas de coral, que todo es lo mismo igual a yeyuno (Fig. 1-2). Por el contrario, intestino delgado "liso" corresponde a intestino delgado terminal (Fig.3). Si queremos ser completo aunque la clínica ya lo habrá certificado, vemos que en los ileos mecánicos la lucha intestinal con la ingurgitación vase

cular concomitante que también toma a los pliegues, hará resaltarlos radiológicamente, las imágenes en pila de moneda serán bien nitidas. Por el contrario en los ileos adinámicos, predomina la atonía, luego habrá escasas imágenes en pila de monedas.

A veces se puede sorprender al intestino delgado en una contracción segmentaria y hacer confundir las imágenes que ello ocasiona con haustras colonicas. Pero la diferencia de calibre y el solo estar presente en un pequeño sector, harán desechar el diagnóstico.

Vemos pues como llevando ese orden establecido, puede orientarnos la radiología simple a localizar con bastante certeza la altura del ileo en estudio.

El enema opaco como localizador: Este medio diagnóstico ya ha ganado ubicación. No presenta inconveniente de ninguna índole. Su práctica puede realizarse sin ningún temor. Su valor es grande ya que no sólo puede darnos un diagnóstico topográfico sino hasta etiológico (Fig.6). Y si el asiento no estuviera en el colon, es decir que este se llena perfectamente, nos hace excluir al mismo.

Esta simple enunciación dice se su importan-

cia. En los ileos bajos su utilidad es grande y aclara el problema.

Con respecto a la pequeña ingestión de sustancia opaca o inyección de la misma a través de la sonda de Miller-Abbott es tambien de valor. Se utiliza generalmente en obstrucciones crónicas o subagudas.

No plantea ningún problema, es bien tolerada y permite localizar con presición. Así, en síndromes pilóricos, en obstrucciones de intestino delgado subtotales (neoplasias, bridas, etc.) certifican y localizan el proceso.

Por último queremos dedicar unas líneas al diagnóstico radiológico de válvula ileocecal continente o válvula ileocecal incontinente.

Ya expusimos cual era la base fisiopatológica que hacía colocar a la misma en primer plano.

Presentamos dos radiografías que hemos escogido de la colección del Prof. Mainetti, por gentileza del mismo, y que son por demás demostrativas. En la figura 6 vemos que el enema opaco nos aclara la etiología del ileo: neoplasia del ángulo esplénico; pero además ha dibujado transverso y descendente y como la válvula ileocecal se ha hecho

incontinente ha pasado a intestino delgado que se halla enormemente dilatado. Es decir que la válvula permite el reflujo. El enfermo se beneficiará del tratamiento médico previo y podrá ser operado perfectamente metabolizado. Por el contrario en la figura 7 se ha hecho un estudio radiológico por ingestión de pasta opaca la cual dibuja ansas delgadas terminales de aspecto normal, y ciego y colon ascendente enormemente dilatado. Estamos pues frente a un caso de válvula ileocecal continente. El intestino grueso se halla obstruido en dos segmentos: el etiológico, en este caso neoplasia de ángulo esplénico, y la válvula ileocecal. La radiología nos indica de por sí la urgencia de efectuar una derivación (cecostomía) para sanjar el problema.

3º Diagnóstico etiológico: Si bien la clínica está por encima de la radiología en el diagnóstico etiológico, esta última puede sernos muy útil.

No creemos que merezca hacerse descripción radiológica para diferenciar un ileo dinámico de otro adinámico. La clínica ya lo habrá hecho en forma suficiente.

No creemos que tengan valor los conocidos

esquemas de von Laurell completados por su discípulo Westerborn (revoque de las asas por el líquido peritoneal, desaparición de las líneas de grasa preperitoneal, desaparición del borde del riñón con el psoas, capa grasosa subperitoneal que ocupa el fondo de la pelvis, líquido libre en cavidad, abscesos localizados que dan sombras de densidad semejante al hígado o bazo). Estamos convencidos que la clínica está muy por encima de estos esquemas radiológicos. Nadie va a esperar que desaparezcan las líneas de grasa preperitoneal, o que aparezcan las ansas revocadas o que desaparezca el ángulo formado por el riñón con el psoas o que aparezca un absceso localizado para hacer diagnóstico de un proceso inflamatorio intraperitoneal, de una peritonitis. El médico debe pretender, con todo derecho a estar en una etapa mucho más precoz. Tratará de diagnosticar, apendicitis, colecistitis, anexitis, peritonitis por perforación de viscera hueca, y cualquier otro proceso inflamatorio intraperitoneal en un estadio quirúrgico, pero quirúrgico de éxito.

Para ello, la clínica, y nada más que la clínica. Cuando obtenga esas imágenes, estará fren

te a un paciente ante el cual alguien ha perdido el tiempo.

Vale más saber encontrar los signos precoces de las afecciones causantes de una posible peritonitis que conocer esos esquemas radiológicos.

En cambio, la radiología desde el punto de vista del diagnóstico etiológico puede sernos útil en los siguientes casos: en el estudio del ileo sintomático regional, tan magníficamente realizado por Del Campo. Así pancreatitis agudas que se acompañan de dilatación del transverso, de las primeras asas yeyunales, del duodeno, del estómago. Colecistitis agudas con dilataciones del transverso, del duodeno, pero no del estómago. Los procesos pelvianos (apendicitis pelviana, procesos anexiales) que traen dilataciones del sigmoideo y del ileon terminal.

Otras veces aparecerá neumoperitoneo que certificará, perforación de viscera hueca. El gas en vias biliares, o el cálculo en alguna región abdominal, si es positivo, característicos del ileo biliar. Signo de Simon en las colecistitis gangrenosas. A veces la presencia de un vólvulo sigmoideo (Fig. 4-5).

Además ya indicamos que la ingestión de pasta opaca puede topografiar con certeza el ileo en estudio, y a veces nos dará bordes irregulares ca racterísticos de una neoplasia. Hasta se ha dado el caso de visualizar vermes que han ingerido pas ta opaca. El enema opaco también puede sernos útil; así marcará la presencia de una neoplasia (Fig.6) o un bolo fecal, o un cólico-megasigma volvulado (Fig. 5) o nó.



Figura N° 1 -



Figura N° 2 -



Figura N° 3 -



Figura N° 4 -

60 -



Figura Nº 5 -

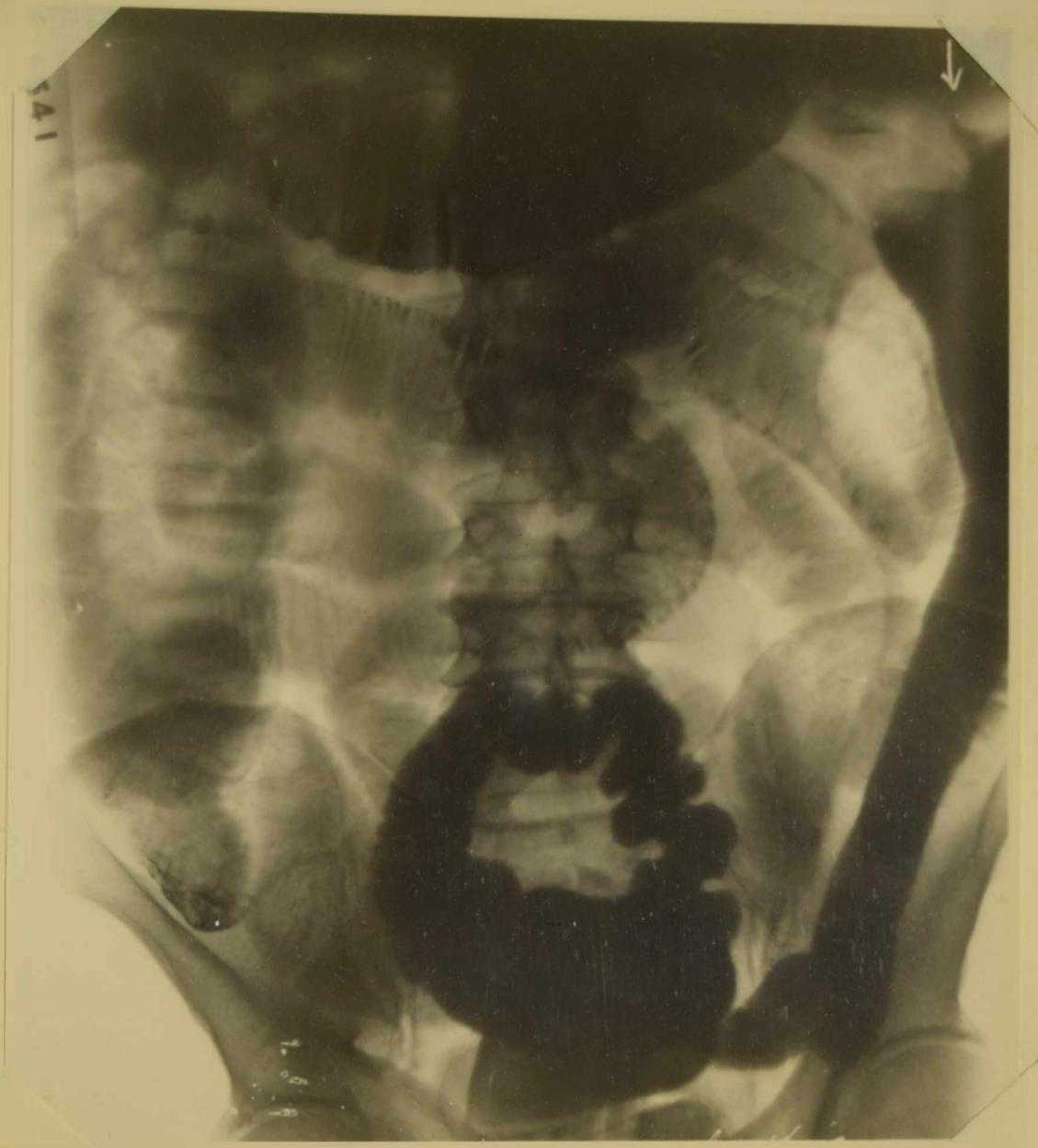
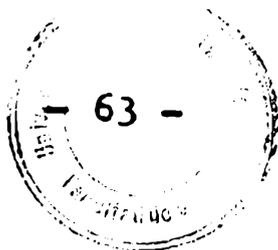


Figura N° 6 -



Figura N° 7 -



Para terminar queremos referirnos al laboratorio y a la punción abdominal.

El laboratorio tiene escaso valor en el diagnóstico del ileo. Puede, eso sí, indicarnos el índice de deshidratación de un enfermo, el cuadro de uremia extrarrenal, los estados de alcalosis o acidosis, pero esto sirve más como pronóstico y terapéutica que como diagnóstico.

Puede sernos útil en los cuadros de uremia por evidente lesión renal primitiva que pueden acompañarse de ileo. En este caso puede plantearse la duda; es el ileo que ocasiona el aumento de los cuerpos nitrogenados o sea uremia extrarrenal, o es la uremia que ocasiona el ileo. El buen estudio, análisis de orina, pruebas de suficiencia renal, la respuesta a la rápida hidratación, servirán para orientarnos con precisión.

Demás está señalar la importancia de la reacción de Wohlgemuth en cuadros abdominales catalogados clínicamente como pancreatitis.

Con respecto a la punción abdominal diremos que su valor en nuestro caso es muy relativo. Si bien hemos comprobado su utilidad en otros cuadros abdominales (hemorragia, peritonitis de ori-



gen biliar, pancreatitis aguda, en especial), en el ileo no nos ha ayudado a resolver ningún problema.

Hemos analizado en forma ordenada los diversos elementos que poseemos para realizar el estudio del ileo.

Vamos ahora a hacer un estudio de conjunto para ver como examinar a un presunto ileo, como realizar su diagnóstico.

Tendremos que seguir como en todo proceso patológico este camino:

Diagnóstico de síndrome

Diagnóstico topográfico

Diagnóstico etiológico

Ellos están imbricados entre sí --no recorremos tres caminos para llegar a uno solo--. Seguimos el orden preestablecido y al final del mismo hacemos los tres diagnósticos, por eso vamos a efectuar una síntesis final para ordenar lo que ya hemos expuesto.

Por definición, ileo es igual a detención del tránsito intestinal. Luego ante todo paciente que no exonera su intestino, que no evacua gases, debemos pensar en el mismo. Si a ello se agregan

vómitos y dolor, el síndrome estará completo.

Detención en el tránsito intestinal

Vómitos

Dolor

Paro puede ocurrir que el enfermo no venga a nuestras manos con el cuadro completo.

Podrá venir solo con vómitos, es lo más raro. Podrá venir, si solo lleva pocas horas, con dolor. En otros casos vendrá con detención de materias fecales y gases, No obstante siempre sospecharemos el drama abdominal, y tras la sospecha comenzaremos a recorrer el camino.

Empezamos con el interrogatorio. Ya hemos visto como realizarlo. Es nuestra arma de más valor. Un interrogatorio ordenado nos lleva al final del mismo en la mayoría de los casos a tener el diagnóstico en la mano. Dentro del mismo insistiremos en el dolor. Existe o no dolor de tipo cólico. Si lo hay desaparecerá de nuestra mente todo un sector; sólo nos preocupará el íleo dinámico o mecánico. Si no hay dolor de tipo cólico, por el contrario nos colocaremos dentro del otro sector, los adinámicos, y aquí comenzará nuestra búsqueda. Hay dolor continuo, y nada más que dolor continuo: dos cosas, o peritonítico o vascular puro. No hay



dolor el abdomen está mudo, el ileo reflejo se nos aparecerá.

Luego con el interrogatorio ya tendremos el diagnóstico de síndrome, lo habremos colocado en alguno de los casilleros y por la presencia en el tiempo de los vómitos y la mayor o menor repercusión sobre el estado general, habremos hecho un diagnóstico topográfico.

La clínica corroborará lo encontrado por el interrogatorio.

Si no había dolor y a ello agregamos encontrar un vientre blando depresible, de acuerdo a la resistencia que opone el meteorismo, si la mano se pasea sin provocar ninguna molestia, lógicamente estaremos ante un ileo paralítico reflejo. Los antecedentes nos darán el diagnóstico etiológico.

Si hay dolor continuo y junto a ello encontramos el cuadro general de la infección: fiebre, taquicardia, sudores, disociación y en abdomen contractura o defensa, dolor a la presión y a la descompresión en una zona determinada o generalizado en casos más avanzados, el ileo de origen peritoneal, será evidente y la etiología vendrá a nuestras manos si hemos hecho un estudio ordenado y prolijo.



Si el dolor es continuo pero encontramos un enfermo en shock: facies típica, lividez cianótica, pulso taquicárdico e hipotensa tensión arterial descendida, debemos pensar en dos cosas, pancreatitis aguda o ileo vascular puro. Los antecedentes pueden sernos de suma utilidad; habrá o no antecedentes colecistopáticos, era o no un mitral, era o no un hipertenso. En abdomen encontraremos dolor agudo en epigastrio que se irradia a izquierda, podrá haber contractura o nó, signo de Mayo-Robson, Preioni, punto epigástrico; lapancreatitis se hará presente como sospecha diagnóstica. O podremos encontrar dolor epigástrico agudo, o dolor en una región cualquiera del abdomen, y a ello agregamos dolor a la palpación generalizado o localizado; junto con el grave cuadro general y los antecedentes nos haran sospechar los cuadros vasculares puros.

El enfermo acusa dolor de tipo cólico pero entre colico y colico nada. Encontramos buen estado general si lleva pocas horas de evolución; el abdomen no presenta zonas dolorosas, no duele a la presión y a la descompresión; sólo hay un dolorimiento generalizado y ocasionado por los

cólicos si han sido muy frecuentes. A veces palpamos el fecaloma o el tumor que podrá especificarse o no. El ileo mecánico sin participación vascular nos preocupará y sus etiologías diversas vendrán a nuestra mente para ser analizadas.

Por el contrario si en abdomen hallamos una zona dolorosa, un empastamiento debajo de nuestros dedos, dolor a la descompresión, generalmente no hay contractura ni defensa y si junto a esto hemos hallado dolor continuo entre cada dolor cólico pensaremos en la participación vascular con su urgencia inmediata auestas. Siempre que pensemos en ella no dudaremos en recurrir al último método diagnóstico, la laparotomía.

Hemos así por el interrogatorio y la clínica recorrido el síndrome, lo hemos ubicado en cada uno de sus casilleros; a veces, la mayoría de las veces, tendremos el diagnóstico etiológico también. Solo nos queda por insistir sobre el diagnóstico topográfico. Para ello se puede seguir la clasificación de Naunyn y así tendremos

- 1 Duodenal
- 2 Yeyuno-ileal
- 3 Ileo-cecal

4 Colica

5 Colon sigmoideo

6 Rectal

1- Duodenal: vómito precoz y constante; falta el cólico intestinal, la ausencia o presencia de bilis nos indicará si es supra o infra vateriana; hay grave participación del estado general. Ejemplo típico es el síndrome pilórico.

2- Yeyuno-ileal: típicos dolores cólicos; vómitos que serán tanto más precoces cuanto más alta sea la obstrucción; lo mismo pasa con el estado general. Estará tanto más tomado cuanto más alta sea la obstrucción. Si la causa está en las primeras ansas yeyunales puede haber una o dos deposiciones como ocurre a veces con el íleo biliar.

3- Íleo cecal: onda peristáltica desde el ángulo duodeno yeyunal hasta el ángulo íleo cólico. Vómito que aparece a las 48 ó 72 horas. Gran abombamiento periumbilical.

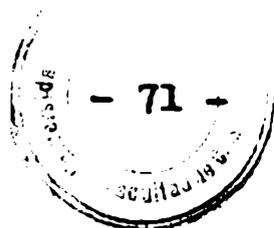
4- Colica: los vómitos serán aún más tardíos (4º ó 5º día). Gran distensión del flanco derecho y centro-abdominal si hay válvula íleo cecal incontinente. Constipación pertinaz.

5 - Podemos agrupar las oclusiones del ansa sig-

moidea y las rectales diciendo que son raros los vómitos, predomina sobremanera la constipación. Existe, excepto en los estados muy avanzados buen estado general.

Si a los datos que hemos obtenido por el interrogatorio y la clínica agregamos los que nos ofrece el estudio radiológico siguiendo el orden que hemos anteriormente comentado, vemos que la mayoría de las veces podremos realizar un diagnóstico correcto.

Es capital e insistimos una vez más ser ordenado. Si lo somos, al terminar el estudio de cada caso, tendremos una opinión ajustada del mismo. Nuestra mente sospechará frente a todo padecimiento abdominal más si se ha iniciado en forma brusca el abdomen agudo. Este ha de ser nuestro primer diagnóstico: abdomen agudo quirúrgico. No nos olvidaremos que existe una serie de afecciones de orden médico que pueden hacernos confundir: meningitis, coma diabetico, uremia, septicemias, histeria, granulia, grippe a forma gastrointestinal, reumatismo poliarticular agudo, neumonia, pericarditis, contusiones de torax, neumotórax, pleuresía cólico hepatico, colico renal, crisis de riñon móvil, pielonefritis aguda, crisis dolorosas de los



genitales femeninos, cólico de plomo , crisis tabética, enfermedad de Schoenlein Henoch. Lo que evita el error en la mayoría de los casos es la historía clínica completa. Una vez realizado este primer paso, trataremos de colocar a nuestro paciente en alguno de los cinco síndromes que hemos enumerado. Si hemos colocado a nuestro paciente dentro del síndrome ileo, lo ubicaremos luego en alguno de sus casilleros; adinámico o mecánico, inflamatorio o reflejo, con participación vascular, sin participación vascular. Por último formularemos el diagnóstico etiológico.

El trato diario con los enfermos nos enseña cada vez más que a veces todo este proceso no es posible. En ciertas oportunidades no podremos darle el sello etiológico. Esto no nos debe preocupar si hemos recorrido todo el resto del camino. Sabemos por ejemplo, que nuestro enfermo presenta un cuadro de ileo, lo hemos colocado dentro de los mecánicos, y dentro de los mismos en el casillero de: sin participación vascular. Y esto es suficiente, tendremos base para nuestra terapéutica.

En otros casos sólo llegamos a formular el diagnóstico de ileo mecánico, dudamos, esta o no presente la participación vascular. Sólo nos queda

el último recurso diagnóstico: laparotomía. Cuando eramos estudiantes de semiología nos chocaba un poco que se incluyera como medio diagnóstico la laparotomía. Decididamente nos parecía un contrasentido. Hoy despues de haber caminado un poco más al lado de nuestros mayores, estamos convencidos de su utilidad. En las condiciones actuales, una laparotomía no hace mal a nadie. Esperar ante la duda es cometer un grave error.

Y todavía más. En ocasiones sólo hacemos diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Los síntomas se agrupan de tal manera que no nos permite ni siquiera poder hacer un diagnóstico de síndrome. Hemos realizado un correcto estudio de nuestro enfermo y es el único diagnóstico que podemos hacer. La laparotomía se impone con más razón que nunca. Sólo podremos esperar, muy pocas horas, para aclarar nuestras dudas.

No queremos terminar sin antes anotar lo que el Profesor Christmann nos ha enseñado bajo el nombre de cartilla o código del médico de urgencia:

1º Método en el examen

2º Diagnóstico precoz

3º Repetición del examen poco despues si exis

ten dudas.

4° No medicar sin diagnóstico

5° Recordar los errores cometidos

Ella nos ha servido como guía. Mucho de lo que hemos podido volcar como fruto de nuestro trabajo se lo debemos a la misma.

CONCLUSIONES

- 1° - Se destaca la importancia de la llamada Clasi
ficación Americana.
 - 2° - Seguir siempre un orden; sin él el estudio se
desnaturaliza.
 - 3° - Realizar una historia clínica completa. Histo
riar al enfermo como si estuvieramos ante un enfer
mo crónico.
 - 4° - La clínica sigue estando an primer plano en el
estudio del ileo. Nada la ha reemplazado.
 - 5° - Se destacan los valores útiles de la radio-
grafía, haciendo un estudio crítico de los mis
mos.
-

Vamos a transcribir algunos de los casos que hemos
tenido oportunidad de observar. Hemos elegido los
más típicos y demostrativos, convencidos de su uti
lidad.

Caso N° 1 - J.A.L. 14 años, Argentino. Sala XIII
Cama 33. Hist. N° 660. Ingreso 22/XI/47.

Antecedentes: Sin importancia para su enfermedad ac
tual.

Enfermedad actual: Comienza hace 5 días. Estando en
la playa, despues de bañarse, siente escalofríos
y dolores profusos de abdomen, que en ocasiones se
hacen de tipo cólico. No puede precisar la topo-
grafía de los mismos; iniste en que tomaban todo
su abdomen. Pocas horas más tarde aparece según el
enfermo, diarreas que se intensifican, llegando en
este momento a tener necesidad casi continua de emo
nerar su intestino; pujo y tenesmo. Interrogado so
bre las características de las mismas nos dice que
son de muy poca cantidad y que en las últimas de-
posiciones ha notado sangre. Desde hace 48 hs. po-
loquiuria, disuria. Se nota muy decaído. En el mo-
mento de ser interrogado manifiesta que el dolor
ocupa todo el abdomen pero en especial abdomen in-
ferior.

Estado actual: Enfermo ligeramente obnubilado, fas-
cie afilada, ojos salientes. Puso: 120, regular,
igual rítmico. Temperatura: axilar 37,8°, rectal
39,2°. T.A: Max, 115 Mn, 65. Cabeza: conjuntivas

subictéricas. Boca: mucosas secas, lengua roja, sa
burral. Cuello: sin part. Torax: semiología pulmo-
nar y cardíaca negativa. Abdomen: insp. excursiona
con la respiración; se onstata abombamiento genera-
lizado pero mucho más manifiesto en abdomen infe-
rior. Palpación: paredes tensas; no hay contractu-
ra, discreta defensa en F.I.D. e hipogástrio. Do-
lor a la presión en todo el abdomen, en especial
en F.I.D e hipogastrio. Gueneau de Mussy francamen-
te positivo. La percusión no hace más que corrobo-
rar el meteorismo concomitante. Auscultación nega-
tiva. Tacto rectal: Douglas exquisitamente doloro-
so; ocupado por una tumoración blanda, pastosa, que
abomba grandemente. Resto del exámen sin particula-
ridades. Diagnóstico: apendicitis gangrenosa a lo-
calización pelviana. Ileo paralítico. Pre-operato-
rio: plasma, suero glucosado, Vit. C. penicilina,
"Soldrómaco". Acto Quirúrgico: previo escofedal,
raquidea con novocaina 0,22 gr. Incisión de Mc.
Burney ampliada. Abierto peritoneo mana líquido
ceropurulento. Epiplon y asas delgadas (se ha-
llan dilatadas) recubiertas por fibrina. Se recl-
nan hacia arriba. Se delimita el campo. Se consta-
ta apéndice pelviano adherido, gangrenado. Se libe-



ra. Apendicectpmía típica sin jareta. Se comprueba gran abceso del Douglas; aspiración de su contenido se coloca sulfatiazol líquido 4 grs. penicilina 200.000 U. cierre sin drenage. Post-operatorio: plasma, suero fisio-glucosado, suelo glucosado hipertónico; vita C. Penicilina 100.000 U. cada 3 hs. Soldromaco 1 amp. mañana y tarde.

A las 48 horas prostigmin, 1 amp. cada 8 horas
Alta 2/XII/47.

Jefe de Guardia: Dr. Pólizza

Caso Nº 2 - R.G. 42 años. Argentino. Sala VII Cama
23 - Historia 775-Ingreso: 2/I/49.-

Antecedentes: sin importancia para su enfermedad actual.

Enfermedad actual: al tratar de efectuar una zambullida golpea con la cabeza en el fondo de la pileta Pierde el conocimiento que recupera a los pocos instantes. Nota inmediatamente que puede mover escasamente los brazos, lo cual provoca gran dolor.

Estado actual: Pulso 76 por minuto. Afebril. T. ~~AN~~
Max. 140 Mn. 80.

Cabeza: sin particularidades. Cuello: fijado por el dolor. A la palpación dolor exquisito en nuca y región posterior del cuello. Se constata cuadruple-

gía, flaccida en miembros superiores y espástica en miembros inferiores . Con el transcurso de las horas se constata retención de orina y aparece distensión abdominal que a las 48 horas ocupa todo el abdomen, el cual se presenta enormemente globuloso, paredes tensas, indoloro a la presión y a la descompresión. Percusión hipersonoridad generalizada. Auscultación: silencio abdominal absoluto. No ha expulsado gases ni materias fecales. Se procede a inmovilizar el cuello. Sonda vesical permanente. Enteroquinéticos. Enemas clorurados. Penicilina. Poco a poco el enfermo se va recuperando; comienza a movilizar sus miembros superiores, aparece expulsión espontánea de gases. Alta: 10/I/49 . Sólo persiste ligera hiperestesia en miembros superiores. Jefe de Guardia: Dr. Albina.

Caso N° 3. H. M. 52 años - Argentina. Sala IV - C. 17 - Hist. 3216 - Ingreso 3/IV/48.-

Antecedentes: Operada por aracnoiditis medular. Paraplegia espástica que persiste hasta la fecha.

Guarda continuo reposo.

Enfermedad actual: desde hace 48 horas no expulsa gases ni ha exonerado su intestino. Nota al mismo tiempo que el abdomen se ha ido distendiendo en

forma progresiva. No ha experimentado dolor, excepto ayer por la mañana en que siente ligero dolor de tipo cólico que dura sólo breves instantes. No ha tenido vómitos. Experimenta sensación nauseosa al ingerir alimentos.

Estado actual ñ mal estado general. Pulso: 80 por minuto. Afebril. T.A: Max, 160 Mn, 80. Cabeza y Cuello: ñ sin particularidades. Tórax: Semiología pulmonar: estertores diseminados, en especial en ambas bases. Corazón: Tonos y silencios sin particularidades. Abdomen: A la inspección abombamiento generalizado. Buena excursión respiratoria. Palpación: paredes resistentes, indoloras a la presión y a la descompresión. Percusión: hipersonoridad generalizada. Auscubtación completa negativa. Tacto rectal y vaginal: negativos. En miembros inferiores se constata la presencia de una paraplegía espasmódica.

Diagnóstico: Ileo paralítico.

Tratamiento: Intubación. Enteroquinéticos. Hidratación parenteral. A las 36 horas de internada expulsa gases espontaneamente.

Alta 10/IV/48.

Jefe de Guardia: Dr. Castedo.

Caso Nº 4 - M.E.T. de P. 66 años Argentina. Sala

II - Cama 20 - Historia 420 - Ingresa : 15/X/47.

Antecedentes: Sin importancia para su enfermedad actual.

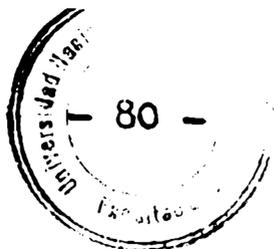
Enfermedad actual: Comienza el día 14 del corriente.

Refiere la enferma que al acostarse siente ligero malestar gástrico que no puede especificar bien.

Siendo más o menos ~~las~~ 23 horas, es despertada por dolores cólicos que se inician en epigastrio y se irradian a abdomen inferior. Al mismo tiempo sensación nauseosa que no llega al vómito. Los dolores aparecían cada 15 minutos, no pudiendo conciliar el sueño. Por la mañana aparecen vómitos al pretender ingerir té caliente. Estos continúan hasta el momento de su internación, apareciendo después de mediodía vómitos biliosos. No ha expulsado gases ni exonerado su intestino, Los dolores cólicos permanecen con las mismas características. Insistiendo se constata que entre cada dolor cólico solo que da un ligero malestar abdominal. Luego se siente perfectamente bien.

Después de mucho insistir la enferma refiere que al ir hacia el almacen se encuentra con una vecina que le obsequia con dos orejones que recién había adquirido.

Estado actual: Buen estado general. Pulso regular,



igual, rítmico 70 pulsaciones. Temp. Axilar 36,8°
Rectal 37,2°. T. A. Max. 140 Mn. 80. Cabeza: Sin
particularidades. Lengua húmeda. Cuello: sin part.
Tórax: Semiología pulmonar y cardíaca negativa. Ab
domen: Inspección buena movilidad respiratoria. Se
constata abombamiento centro-abdominal. Palpación:
Comprueba pared depresible y ligeramente dolorosa
en toda su extensión. Durante la misma se advierte
peristaltismo intestinal. Percusión: Sonoridad au-
mentada en la región centro abdominal. Auscultación
negativa. Tacto rectal y vaginal: negativos. Resto
del exámen sin particularidades.

Diagnóstico: Ileo mecánico, sin participación vas-
cular- intestino delgado-- cuerpo extraño --

Pre-operatorio: rechloruración. Hidratación. Intu-
bación. Acto quirúrgico: Previo escofedal, aneste
sia eterea. Incisión mediana supraumbilical. Abier-
to peritoneo se explora intestino delgado que se
halla dilatado hasta llegar a palpar un cuerpo ex-
traño a unos 80 cm. de la válvula ileocecal que no
se puede hacer progresar con maniobras manuales. En
terostomía longitudinal extrayéndose trozos de ore-
jón. Cierre transversal en dos planos. Sulfatiazol
líquido 4 gr. Cierre por planos. -

Post-operatorio: Hidratación. Antibióticos.

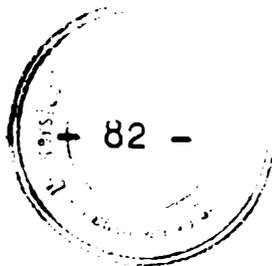
Alta : 11/XI/47.-

Jefe de Guardia: Dr. Polizza.

Caso N° 5.- M.B.T. 21 años. Argentina. Sala II -
Cama 25 . Historia N° 172. - Ingreso: 27/X/48.

Antecedentes: Padre vivo, tocedor crónico, 4 her-
manos, uno de ellos padecimientos fímicos pulmona-
res. Entre sus antecedentes personales refiere que
hace 4 meses ha padecido fiebre tifoidea. Interro-
gada sobre las características de la misma, nos di-
ce, que duró 20 días con fiebre, astenia, anorexia,
sudores preferentemente nocturnos, pérdida de peso.
No estuvo en ningún momento obnubilada, no notó la
presencia de roseola, ni padeció en ese momento pro-
ceso pulmonar alguno. El médico tratante encontraba
el bazo grande según datos que nos ofrece la enfer-
ma.

Enfermedad actual: Comienza el 26 del corriente con
dolores de tipo cólico que localiza en región peri-
umbilical; estos dolores aparecieron en forma súbi-
ta sin ningún antecedente previo, excepto que en
estos últimos meses se ha notado constipada. Apare-
cian cada media hora para entrar luego todo en re-
poso. Acompañando a cada dolor cólico, percibe rui-



dos hidroaereos y movimientos intestinales. Aparecen náuseas que pasadas unas horas, llegan al vómito, los cuales se hacen persistentes y permanecen hasta este momento. No ha expulsado gases ni exonerado su intestino. Insistiendo sobre el dolor, se constata que entre cada dolor cólico no hay dolor; por el contrario, se siente "como si no hubiera pasado nada".

Estado actual: regular estado general. Facies sin particularidades. Pulso regular, igual, rítmico, 70 pulsaciones. Temperatura: axilar $37,2^{\circ}$ Tensión arterial: 120/80.

Cabeza: sin particularidades. Boca: mucosas húmedas
Cuello: sin particularidades. Torax: semiología pulmonar y cardíaca negativa. Abdomen: inspección: buena excursión respiratoria; se constata meteorismo centro-abdominal, más acentuado en región infra-umbilical, Palpación: paredes depresibles, indoloras, ligeramente resistente en abdomen inferior. Se constata en F.I.D. tumoración piriforme, dura, rugosa, que se pierde en hipogastrio. Percusión: constata el meteorismo con la localización ya referida. Despierta contracciones intestinales que la auscultación corrobora con los característicos ruidos

hidroaereos. Tacto vaginal: fondo de saco lateral derecho abombado, algo doloroso; se alcanza a palpar la tumoración referida en F.I.D. Resto del exámen negativo.

Estudio radiológico: (Fig. 3): Se observan los característicos niveles líquidos; ansas delgadas "lisas", verticalizadas.

Diagnóstico: Ileo mecánico sin participación vascular --Ileon-- Peritonitis plástica tuberculosa.

Pre-operatorio: Recloruración, hidratación, intubación.

Acto quirúrgico: Narcosis de base: morfina-atropina.

Anestesia raquídea: novo-percaina. Laparotomía mediana infraumbilical. Abierto peritoneo, se constatan ansas delgadas dilatadas que se hallan adheridas entre si y a la pared por múltiples adherencias fibrosas. Se advierte también la presencia de nódulos blanquecinos de diverso tamaño. Se liberan adherencias. Se extirpa trozo de epiplón para biopsia. Cierre por planos .

Post-operatorio: Continúa con intubación. Antiespasmódicos. Se comienza tratamiento con estreptomina.

Jefe de Guardia: Dr. Daneri.

La enferma reingresa 1/XII/48 y 27/XII/48 con



cuadros obstructivos que ceden a la intubación y antiespasmódicos. A continuado con tratamiento a base de estreptomycin.

Caso N° 6.- T. D. Italiano. 84 años. Sala V. Cama 15. Historia N° 5246 - Ingreso: 3/IX/47.-

Antecedentes: Sólo es digno de mención que en estos últimos años no sabe precisa bien, se ha notado constipado debiendo recurrir en varias ocasiones a purgantes.

Enfermedad actual: Comienza hace 7 días, manifestando el enfermo que su primer síntoma fué dolor de tipo cólico que en los primeros momentos, solo aparecía cada hora . Entre los intervalos se siente bien. Localiza los mismos en abdomen inferior, no pudiendo especificar su topografía. Con el correr de las horas nota que no puede expulsar gases ni exonerar su intestino. Se alimenta a base de líquidos. Percibe que su abdomen se va "hinchando". Desde hace 72 horas aparacen vómitos, primero alimenticios, para llegar a ser en este momento francamente intestinales. A recurrido entres oportunidades a enemas que no subsanaron su situación. Ayer por la mañana ingiere purgante (sulfato de magnesio) que exacerba los dolores cólicos y los vómitos.

Estado actual: regular estado general. Pulso 90 por minuto; algo hipotenso. Temperatura: axilar 36,4°. rectal: 37.2 Tensión arterial: 180/90.

Cabeza: sin particularidades: **Boca:** mucosas secas, lengua roja, saburral. **Cuello :** semiología negativa.

Torax: Semiología pulmonar: roncus diseminados. Corazón sin particularidades.

Abdomen: A la inspección se constata abombamiento generalizado de gran intensidad. **Palpación:** paredes depresibles, indoloras, resistentes en toda su extensión . **Percusión:** sonoridad aumentada y de igual timbre en todo el abdomen. **Auscultación** negativa.

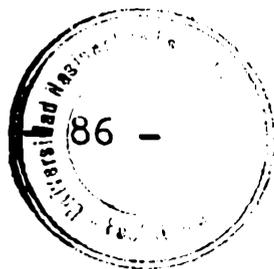
Tacto rectal: se alcanza a percibir una tumoración con las características propias del fecaloma.

Resto del examen sin particularidades.

Diagnóstico: Ileo mecánico sin participación vascular --~~Bolon izquierdo~~-- fecaloma.

Tratamiento: Intubación, Hidratación: plasma , suero fisiológico. Complejo B. Vitamina K. Vitamina C. Enema jabonoso a lo Murphy.

A las 24 horas del mismo se produce la primera deposición de escasa cantidad. Se continúa con el mismo tratamiento consiguiéndose nuevas deposiciones.



Alta: 18/IX/47.

Jefe de Guardia: Dr. Daneri.

Caso N° 7.- D.H. 75 años - Argentino. Sala XIII

Cama 31 - Historia N° 1695 - Ingreso: 17/III/49

Antecedentes: negativos

Enfermedad actual: refiere el enfermo que desde hace 6 días aparecen dolores de tipo cólico que solo se hacen evidentes 2 o 3 veces en el día; lo que más llama su atención es que el abdomen se va agrandando con el transcurso de las horas. Desde hace 3 días aparecen vómitos que en la actualidad se han hecho francamente fecaloides. No ha eliminado gases ni exonerado su intestino. Desde hace 48 horas no acusa más dolores.

Estado actual: Enfermo en muy mal estado general, ligeramente obnubilado. Cianosis discreta en labio, orejas y extremidades. Pulso 120 por minuto. Hipotenso pero rítmico. Afebril. Tensión arterial 160/60.

Cabeza y cuello: es de destacar mucosas secas. Tórax: semiología pulmonar: estertores diseminados.

Semiología cardíaca negativa, Abdomen: Inspección: abombamiento generalizado. Palpación: paredes depresibles, indoloras, algo resistentes. Percusión: sonoridad aumentada en todo el abdomen. Auscultación sin particularidades. Prosiguiendo con el examen



se comprueba la presencia en región inguino-abdomi-
nal derecha de una tumoración pequeña, redondeada,
dura, renitente, que no puede reducirse manualmente,
y escasamente dolorosa. A pesar de que los planos su-
perficiales están ligeramente enrojecidos y calien-
tes.

Diagnóstico: Hernia inguinal estrangulada.

Pre-operatorio: Intubación: analépticos. Plasma conti-
núa.

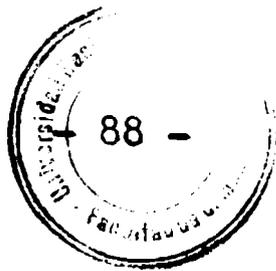
Acto quirúrgico: anestesia local con mezcla de Kirs-
chner. Incisión paralela a la arcada. Se comprueba,
previa abertura de la fibrosa común, saco herniario
edematoso que se abre y deja salir líquido sero-he-
morrágico. Se comprueba la presencia de ansa delgada
rojo-vinosa, edematosa. Se procede a la sección del
orificio inguinal interno. Exteriorización del ansa,
novocainización del meso. Se colocan compresas húme-
das calientes. Como se recupera gradualmente se re-
introduce a cavidad. Reconstrucción según técnica
de Potemsky.

Post-operatorio : Analépticos. Plasma continuo.

Fallece a las 24 horas de operado.

Jefe de Guardia: Dr. Machado.

Caso N° 8. - R.M. de M. - Argentina 76 años - Sala



II - Cama 11 - Historia N° 669. Ingreso: 4/IV/49.

Antecedentes: Sin importancia para su enfermedad actual.

Enfermedad actual: comienza hace 3 días con dolores de tipo cólico que localiza en especial en bajo vientre. Aparecían cada 2 o 3 horas, quedando luego perfectamente bien. Más tarde, aparecen náuseas que llegan al vómito, los que persisten hasta éste momento aunque aparecen muy espaciados. Al mismo tiempo destaca que no ha exonerado su intestino ni ha expulsado gases.

Estado actual: regular estado general. Pulso 80 por minuto. Regular, igual, rítmico. Afebril. Tensión arterial 170/10.

Cabeza y Cuello : sin particularidades.

Tórax : algunos roncus y estertores húmedos diseminados. Corazón: semiología negativa.

Abdomen: Inspección: abombamiento generalizado aunque más evidente en abdomen inferior. Palpación: paredes depresibles, indoloras. No se palpa nada digno de mención. Percusión: Sonoridad aumentada, siendo más evidente en abdomen inferior. Auscultación negativa.

Prosiguiendo con el examen, se constata tumorcación del tamaño de una pequeña mandarina que le

vanta ligeramente la arcada inguinal derecha y hace prosidencia en la raíz del muslo; fija, remi-
tente, irreductible. Escasamente dolorosa. Planos
superficiales sin particularidades.

Diagnóstico: Hernia crural estrangulada.

Pre-operatorio : Intubación: Hidratación. Suero g
glucosado hipertónico. Vitamina C., complejo B.
Vitamina K.

Acto quirúrgico: Anestesia local con novocaína al
0.50 %. Incisión paralela a la arcada a un través
de dedo por debajo de la misma; se llega al saco
herniario, se abre el mismo y se encuentra trozo
de epiplón rojo vinoso que se libera y reseca. Cie
rre del peritoneo. Se colocan puntos separados de
la arcada al pectineo. Se décide efectuar blapa-
rotomía mediana infraumbilical, la que solo cons-
tata ansas dilatadas. Cierre por planos.

Post-operatorio: Hidratación. Suero glucosado hi-
pertónico. Vitamina C. Vitamina K. Complejo B. en
teroquinéticos.

A las 48 horas comienza a expulsar gases.

El día 11 aparece cuadro pulmonar agudo de tipo
bronconéum~~o~~o. Se indica penicilinoterapia.

Fallece 13/IV/49.

Jefe de ~~Guardia~~ : Dr. Zingoni.



Caso N° 9.- M.L. de R. 42 años - Argentina. Sala II - Cama 3.- Historia N° 38 5 - Ingreso: 11/XI/48
Antecedentes: A los 24 años: Colecistectomía, apend dicectomía. A los 35 años operada por quiste de ovario derecho. Desde hace 12 años cólicos intestinales que aparecen cada 3 o 4 meses; la enferma advierte que junto con los mismos nota movimientos intestinales. Calma con antiespasmódicos, destacando que en ocasiones la expulsión de gases los ha cía cesar en el acto. Entre sus hábitos, es de destacar: constipada habitual.

Enfermedad actual: Comienza el 31/~~XI~~48. más o menos a las 10 de la mañana, con dolores abdominales de tipo cólico, que se iniciaban en epigastrio y se generalizaban a todo el vientre. Con el almuerzo nota que los dolores se intensifican, agregándose náuseas que no llegan al vómito. Es vista por la Asistencia Pública, que la medica con Láudano, cal mando su sintomatología. Siendo más o menos las 23 horas, reaparecen los dolores, esta vez con mas intensidad y localizándose en F.I.I. No hay expulsión de gases ni exonera su intestino. Vista nuevamente por A. P. es medicada con enema de láudano a retener. Calma hasta la madrugada en que reaparecen nuevamente los dolores. Consulta facul



tativo que le indica cloruro de sodio hipertónico, enema y carbón vegetal. Como sigue con la misma sintomatología, es vista a la tarde nuevamente por facultativo que indica nuevo enema. Durante la noche no puede conciliar el sueño llama a la A. P. que decida internarla, lo que así realiza en este Hospital. No ha expulsado gases en ningún momento ni exonerado su intestino. Insistiendo en el interrogatorio del dolor es de destacar que en tre cada dolor cólico la enferma se siente bien, "como nueva".

Estado actual: buen estado general. Pulso 100. Regular, igual rítmico. Afrebril. Tensión Arterial 130/80.

Cabeza y Cuello : sin particularidades. Torax: semiología pulmonar y cardíaca negativa.

Abdomen : Inspección: Abdomen globuloso, abombado, en especial en abdomen inferior; es de destacar la asimetría del mismo, ya que es mucho más evidente en flanco y fosa ilíaca izquierda. Buena excursión respiratoria. Palpación: Paredes depresibles. Solo se constata discreto dolor en flanco y F.I.I., donde se alcanza a palpar tumoración redondeada que sobrepasa el ombligo, blanda, depresible,



discretamente dolorosa.

Percusión: Se advierte sonoridad muy aumentada correspondiendo a la tumoración delimitada por la palpación. Auscultación negativa.

Tacto rectal: negativo.

Resto del exámen sin particularidades.

Radiografía simple de abdomen: Dólico-megasigma volvulado (Fig. 4) Diagnóstico: Ileo mecánico sin participación vascular -- colon izquierdo-- vólvulo incompleto de sigmoideo.

Pre-operatorio: Intubación. Hidratación.

Acto quirúrgico: Narcosis de base : morfina -atropina. Anestesia raquídea con novocaina. Incisión mediana infraumbilical. Abierto peritoneo se constata dólico-megasigma volvulado con paredes muy dilatadas pero que conserva su trpfismo. Se procede a detorsionar el mismo. Meso ligeramente edematoso Fijación con puntos separados de lino aperitoneo parietal. Cierre por planos.

Post-operatorio: Intubación. Hidratación. Enteroquinéticos.

Alta : 9/XI/48.

Jefe de Guardia : Dr. Albina.

Caso N° 10. - V.B. - 42 años - Argentino. Sala 13



Cama 27 - Historia N° 582 - Ingreso 4/X/47.

Antecedentes: Hace 25 días fué operado por obstrucción intestinal según datos del enfermo y se le seccionaron adherencias . Desde hace 4 días, aún en convalecencia aparecen dolores cólicos en región peri-umbilical que se van intensificando con el correr de las horas apareciendo cada vez más frecuentes. Desde hace 48 horas aparecen vómitos, primeros alimenticios luego biliosos, y comienza a notar dolor sordo continuo en especial en hipocondrio izquierdo. En el momento actual los dolores cólicos aparecen cada media hora entre los mismos sigue dolor continuo ya indicado.

Estado actual: Enfermo afebril. Intranquilo, ansiosa, algo disneico. Pulso 150 por minuto. Tensión arterial 128/80. Fascie afilada , ojos hundidos, tinte terroso, sudorosa. Boca: mucosas pálidas discretamente húmedas. Tórax : semiología pulmonar y cardíaca negativa.

Abdomen: Inspección: Cicatriz operatoria mediana supraumbilical con desviación abajo y a la izquierda que atraviesa el recto izquierdo. Abdomen globuloso, excepto en flanco izquierdo. Palpación: las paredes se presentan resistentes, dolorosas a la presión y descompresión en toda su extensión,

aunque mucho más evidente en hipocondrio izquierdo y epigástrico que se notan además defendidas. Percusión: sonoridad algo aumentada en abdomen superior. Auscultación: negativa.

Tacto rectal: Douglas exquisitamente doloroso.

Resto del exámen negativo.

Diagnóstico: Ileo mecánico con participación vascular-- intestino delgado-- bridas.

Pre-operatorio: Sonda duodenal. Plasma.

Acto quirúrgico: Anestesia raquídea novo-percaina.

El enfermo entra en shock. Se realiza la medicación del caso, mejora escasamente.

Después de 4 horas de tratamiento: máxima 70, pulso 140. Hipotenso. Se decide laparotomizar con anestesia eterea. Incisión para-mediana izquierda supra e infra umbilical. Abierto peritoneo se constata abundante líquido sero-hemático, ansas delgadas dilatadas, rojo vinosas, equimóticas. Se constata además ansa delgada adherida a peritoneo parietal por su borde libre, dejando un orificio a través del cual se ha producido un vólvulo de delgado. Liberación, adrenalina en el meso, compresas calientes. Se recupera en parte.

Dada las condiciones del enfermo se realiza invaginación de las zonas necróticas y se reintro-

duce en cavidad. Sulfatiazol líquido y penicilina intraperitoneal. Cierre por planos sin drenaje.

Post-operatorio: Plasma, Sangre, Suero fisiológico, Anestésicos. Penicilina.

8/X/47: Neumopatía aguda en pulmón derecho.

10/X/47: Aparecen deposiciones diarreicas.

11/X/47: Expectoración hemoptoica. En corazón galope izquierdo. Se agrega digital.

15/X/47: Vómica de unos 200 cc. de pus amarillento derrame en base derecha que se punza. Se inyecta sulfatiazol y penicilina intrapleural. Fallece a las 22 horas del mismo día.

Jefe de Guardia: Dr. Polizza.

Caso n° 11 - G.Z. Argentino. 24 años. Sala XIII.

Cama 25. Historia n° 811.

Ingreso: 6/II/48.

Antecedentes: Apendicectomizado hace 4 meses. No recuerda datos sobre la operación. Hasta el comienzo de su enfermedad actual, se ha hallado perfectamente bien.

Enfermedad actual: Comienza con dolores de tipo cólico que aparecen más o menos cada cuarto de hora a localización epigástrica. Entre cólico y cólico todo vuelve a ser normal. A este síntoma sólo se agrega discreto estado nauseoso. Se realiza examen

general no hallándose datos de importancia. Abdomen blando, depresible indoloro. Se obtiene placa radiográfica (Fig.1). Se lo intuba y se indican antiespasmódicos.

A las 24 horas de estar internado manifiesta haber expulsado gases, aunque mucho menos que de costumbre. Por la tarde los dolores cólicos recrudecen y el enfermo manifiesta que entre los mismos aparece dolor continuo aunque de escasa intensidad. Un nuevo exámen encuentra dolor en flanco y F.I.D., a la presión y a la descompresión, no hay contractura ni defensa.

Tacto rectal negativo.

Se decide laparotomizar.

Acto quirúrgico: Previo escofedal, anestesia raquídea, novo-percaina. Laparotomía paramediana derecha. Abierto peritoneo se constatan ansas delgadas dilatadas. La exploración descubre una brida fibrosa que comprime a una de las mismas, la que se halla edematosa. Sección de la brida, recuperándose el tránsito intestinal. Cierre por planos.

Post-operatorio: Prostigmin. Cloruro de sodio hipertónico. Hidratación.

Alta: 19/II/48.

Jefe de Guardia: Dr. Zingoni.

Caso nº 12- H.P. 58 años. Italiano. Sala V. C. 23
Ingreso 22/II/48.

Antecedentes: El enfermo nos refiere que "sufría de presión".

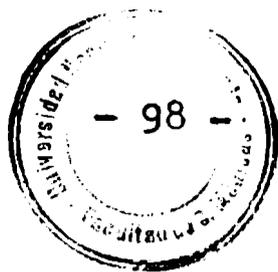
Enfermedad actual: Comienza hace 3 horas, con dolor brusco, extraordinariamente intenso que localiza en epigastrio sin irradiación. Al mismo tiempo decaimiento súbito, que casi llega a la lipotimia. No ha habido náuseas ni vómitos, ni ha tenido ninguna deposición.

Estado actual: Enfermo inquieto, ansioso. Se queja de dolor que califica de insoportable. Pulso 90 por minuto, arritmico. Afebril. Tensión arterial 190/90.

Cabeza y cuello: Discreto baile arterial. Torax: semiología pulmonar: negativa. Corazón: soplo diastolico en foco aortico, holodiastólico rudo, que se propaga hacia abajo.

Abdomen: algo retraido. Excursiona bien con la respiración. Palpación: resistencia abdominal a la presión. Dolor difuso en todo el abdomen, pero más evidente en abdomen superior. Gueneau de Mussy discretamente positivo. Silencio abdominal.

Se practica anestesia esplácnica bilateral, que sólo calma por media hora al paciente. Se obtiene radiografía simple de abdomen donde se obser-



van niveles líquidos centro-abdominales con los caracteres típicos de intestino delgado. Se decide laparotomizar con diagnóstico de probable trombosis mesenterica.

Acto quirúrgico: Anestesia eterea. Laparotomía mediana supra-umbilical. Se constata líquido sero-hemorrágico; intestino delgado y ceco-ascendente de intenso color rojo vinoso. Meso no se ve ni se palpa latido arterial. Infiltración de los mismos con novocaina. Cierre por planos.

Post-operatorio: Plasma- Sangre- malepticos.

Fallece a las 18 horas de operado.

Jefe de Guardia: Dr. Albina.

Fació de Albina

[Signature]



B I B L I O G R A F I A

COPE ZACARIAS.- Diagnóstico precoz del abdomen agudo. Barcelona 1948.

DEL CAMPO J.C.- Abdomen agudo. Montevideo. 1940.

FERREYRA JORGE A.- Ileo Obstrucción intestinal. Su diagnóstico radiológico. Bs.As.1943.

MONDOR H.- Diagnóstics urgents de l'abdomen. Paris. 1937.

PAVLOVSKY A.J.- Abdomen agudo quirúrgico. Bs.As.1941.

PRAT D.- El ileo. Montevideo. 1931.

SMITH RODNEY.- Acute intestinal obstruction. Londres. 1948.

TEJERINA-~~P~~OTHERINGHAM W.-Operaciones Urgentes. 1942.

URIBURU JULIO V.- Oclusión intestinal. Tratamiento médico mediante el sondeo aspirador y medidas asociadas. Bs.As. 1945.-

WANGENSTEEN OWEN H/+ Intestinal obstructions. Illinois. 1942.-

- - - - -

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

COPIA DE LA MEMORIA DEL ABDOMEN AGUDO - BARCELONA 1948.

DR. CAMPO J. G. - Abdomen agudo. Montevideo. 1940.

FERRERÍA JORGE A. - Ilco Obstrucción intestinal. BA

diagnóstico patológico. BA. A. 1943.

MORDON H. - Diagnóstico urgente de l'abdomen. Paris.

1937.

PAVLOVSKY A. - Abdomen agudo primitivo. A. A. 1941.



RAFAEL G. ROSA
PROSECRETARIO

SMITH ROBERTY. - Acute intestinal obstruction. Lon-

PRO-SECRETARIO

1948.

WANGENSTEIN OWEN H. - Operations Urgeñas. 1942.

URIBU J. - Colisión intestinal. Tratamiento mé-

dico mediante el sondaje aspirador y me-

dicas asociadas. BA. A. 1945.

WANGENSTEIN OWEN H. + Intestinal obstrucción. III-

nota. 1942.

[Handwritten signature]
9-8-49