

DIAGNOSTICO DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL

Barthelemy, en un importante artículo de la *Revue Medicale de l'Est* (15 de junio de 1934), define la oclusión intestinal como un síndrome de origen mecánico determinado por un paro completo del tránsito de los excrementos y cíe los gases. Este paro puede obedecer a dos causas: supresión de la luz del canal digestivo, por lo menos en un punto de su trayecto, por compresión, acodadura, vicio de posición, o por un obstáculo interno, en forma de lesión parietal obliterante, inflamatoria, cicatricial o neoplásica, y, en segundo lugar, supresión del peristaltismo en un segmento del tubo digestivo (íleus paralítico).

El resultado es que el contenido intestinal no sigue su curso, los fenómenos de la digestión están detenidos y la circulación sanguínea y quilífera está retenida en el segmento interesado. De dónde la elaboración intensa de productos tóxicos, intoxicación copiosa del organismo, que produce el cuadro clínico siguiente: estado general sumamente afectado, pulso blando, color terreo, rasgos desencajados, lengua seca, extremidades frías y cianóticas, temperatura normal o hipotermia. Al principio, estado nauseoso, hipo, después vómitos alimenticios seguidos de otros biliosos, amarillos, verdes, porráceos, y, finalmente, fecaloides. Sed ar-

diente, orina de color rojo negruzco. Vientre timpanizado, después meteorizado, los tegumentos parecen adelgazados, presión no dolorosa, palpación profunda imposible. De vez en cuando, las asas intestinales se dibujan debajo de la piel, en tanto que se perciben gorgoteos y el enfermo sufre intensamente del vientre.

La gran crisis de oclusión va a veces precedida de crisis de menor intensidad.

El diagnóstico diferencial debe hacerse ante todo con la obstrucción. Esta está caracterizada por un tránsito intestinal dificultado de un modo incompleto y por intervalos. Es debida a una compresión parcial e irregular o a la presencia de un obstáculo interno que oblitera incompletamente y en forma intermitente la luz del canal, o una lesión que estreche el tubo intestinal. Desde el punto de vista sintomático hay paro de las materias fecales, pero nunca de los gases, inapetencia, náuseas, vómitos, timpanismo y crisis de cólicos con hiperperistaltismo visible debajo de la pared, gorgoteos, ruidos musicales, despeño gaseoso y fecal (excrementos duros, después líquidos en gran abundancia, muchas veces mezclados con sangre). Todas las veces que un tratamiento curativo no ha podido intervenir en tiempo oportuno,

la obstrucción termina por una crisis de oclusión aguda.

Diagnóstico diferencial con la peritonitis aguda. Un síndrome inflamatorio no comienza como un síndrome mecánico. Dolores intensos abdominales, continuos, de intensidad progresiva, localizados al principio; contractura de la pared en el punto doloroso. Temperatura por encima de la normal, pulso frecuente. Si ha podido obtenerse una descripción exacta o bien observar el período de estado, no nos dejaremos engañar por las fases últimas de la peritonitis generalizada que, en su aspecto clínico, se aproximan mucho más a las últimas fases de la oclusión. Hay distensión paralítica de todo el abdomen, y el enfermo no sufre ya.

Una vez hecho el diagnóstico, hay que procurar precisar el asiento del obstáculo. En las oclusiones altas, estado agudo inmediato, vómitos muy precoces, que a poco van haciéndose menos frecuentes, deshidratación rápida y completa, sin tim-

panismo o todo lo más localizado en el epigastrio. En las formas bajas, ha habido casi siempre crisis de obstrucción. Los vómitos porráceos y fecaloides son sumamente abundantes, y la resistencia del enfermo es mayor.

El autor expone la manera como el tacto vaginal o rectal, la rectoscopia y la radioscopia (In comida opaca (con comida opaca en los casos crónicos, durante las remisiones), contribuyen a precisar el asiento del obstáculo y estudia, finalmente, ios casos en los que la naturaleza de éste puede ser reconocida, pero — dice— en muchos otros *no* cabe más que hipótesis. Debemos siempre pensar en las afecciones más frecuentes según la edad del individuo; en el niño, la invaginación; en un individuo de edad madura, un cáncer del colón; en un viejo no olvidaremos pensar en la trombosis mesentérica.

(Del Monde Medical)