

OCCLUSIÓN INTESTINAL EN UN CASO DE ILEÍTIS REGIONAL

J. M.^a SOLDEVILLA

Gastropatólogo de Madrid

La ileítis regional, entidad desconocida hasta hace poco tiempo y descubierta gracias a los progresos de la cirugía abdominal y radiológica del aparato digestivo, puede ocasionar en ocasiones el cuadro agudo de oclusión intestinal baja.

La localización de sus lesiones y el carácter grave de su evolución, hacen que constituya una afección particular que si bien puede en su conjunto aproximarse al clásico grupo de las afecciones similares del intestino grueso, el cuadro sindromal las separa netamente.

Se presentan las lesiones en grados diversos de acuerdo con la extensión y posiblemente la duración del proceso, así pueden observarse cuatro clases de lesiones anatomopatológicas: 1.^a De abdomen agudo o pseudoapendicular. 2.^a De enteritis ulcerosa. 3.^a De oclusión intestinal. 4.^a De fístulas internas y externas.

En la primera encontraremos congestión y edema, con adenopatía, de la porción terminal del íleon. En la segunda el segmento intestinal enfermo se encuentra aumentado de volumen, congestionado, edematoso, acartonado, con serosa granulosa; este proceso se detiene a nivel de la válvula ileocecal. Existe además adenitis hipertrófica mesentérica, con mesenterio engrosado y edematoso; estos ganglios se sitúan en la unión intestino-mesentérica, constituyendo una excelente guía para valorar la extensión del proceso y no quedarse corto en la resección intestinal. Si abrimos el intestino observaremos un engrosamiento de su pared, la mucosa del borde mesentérico aparece sembrada de erusiones o ulceraciones que pueden ir a la perforación, con el absceso intramesentérico consiguiente, que cuando está próximo al ángulo ileocecal puede interpretarse como de origen apendicular.

Al microscopio las lesiones son de tipo inflamatorio agudo, subagudo o crónico, según el período de la enfermedad. Predominan los polinucleares, células redondas, linfocitos, plasmocitos, fibroblastos, y rara vez reacciones focales dando la impresión de tubérculos, con células gigantes y una corona de linfocitos, que representarían la reacción tisular frente a partículas vegetales penetradas a nivel de las úlceras mucosas, lo que llevaría a confundir una enteritis regional crónica con una tuberculosis ileocecal.

En la tercera, el segmento intestinal enfermo aparece rígido, con paredes muy engrosadas, y por encima de éste asas dilatadas.

En la cuarta caracterizada por las fístulas, serían debidas éstas a la perforación de las úlceras mucosas en el mesenterio, formación de un absceso y la consiguiente fístula viscerovisceral o bien fístulas externas, más raras, a través de la pared abdominal o región inguinal.

Es una afección propia de la juventud, suele pre-

sentarse entre los 20 a 40 años, y más frecuente en el hombre. Parece ser que esta enfermedad sea más frecuente en personas jóvenes por el predominio en esta edad del tejido linfóideo.

La etiología es poco conocida y se cree sea debida a un proceso infectivo, microbiano, no específico, que se haría por vía intestinal, linfática y sanguínea.

La existencia de la adenitis mesentérica acompañando al proceso entérico, ha hecho decir a algunos autores que la lesión inicial sería una infección del sistema linfático; otros hablan de una cierta relación con la paradenitis inguinal. Por otra parte, REICHET y MATHES, sugieren una posible etiología, experimentando en perros; recurren a un material esclerosante que inyectan en el mesenterio y en los vasos linfáticos, determinando un linfoedema crónico de la pared intestinal, e insinuando la semejanza anatomopatológica con la enfermedad humana.

De todo esto, lo que se desprende es que hay una serie de procesos de origen infeccioso, con o sin caracteres específicos, que sea que se propaguen por razones de vecindad, sea que se localicen en el mesenterio por la vía sanguínea o linfática, el hecho positivo es que una vez lesionado el mesenterio, se desarrolla más o menos lentamente una lesión en el último tramo del intestino delgado, que evoluciona con caracteres especiales como para darle una clasificación particular.

La localización preferente en el íleon trata de ser explicada, invocando la intervención de varios factores: la riqueza linfática de la zona ileocecal, ganglios, folículos cerrados y placas de Peyer, disposición anatómica que debido al papel antitóxico y antibacteriano, que desempeñan dichos linfáticos, expondría a una absorción microbiana intensa; el estasis a nivel de la válvula ileocecal, favorecido a veces por bridas peri-ileocecales (membrana de Lané Walther, etc.); la septicidad del intestino delgado, tanto mayor cuanto más nos aproximamos a la válvula ileocecal, favorecida a veces por el reflujo cecoileal.

Lo confuso de su sintomatología guarda relación con su localización anatómica. La retracción de las paredes intestinales llega a ocasionar disturbios en la canalización intestinal, derivándose de ello una serie de síntomas de difícil interpretación a veces, pues son insidiosos al principio de la enfermedad.

Dolores vagos en el epigastrio o en hipocondrio, la aparición de diarreas repetidas y sin explicación posible, acentuación más tarde de los dolores hasta la aparición de cólicos violentos, cuando los progresos de la estrechez intestinal llegan a la estenosis, tales son los síntomas más frecuentes que pueden observarse en la ileítis regional, siendo los últimos los que dominan al final de su evolución.

El diagnóstico puede a veces sospecharse por los exámenes radiológicos que muestran las deformaciones del delgado, acodado, estrechado y adosado al ciego, pelvis, vejiga urinaria, etc. Los signos clínicos se reducen, como hemos dicho, a simples trastornos funcionales del intestino, y es especialmente cuando la canalización del delgado empieza a comprometerse, que las manifestaciones dolorosas del cólico o de la oclusión orientan un diagnóstico ha-

cia el síntoma que domina, más que hacia la causa que lo produce. La intervención aclara la etiología.

Otros enfermos tienen una sintomatología de una colitis ulcerosa suave: cólicos intestinales, deposiciones diarreicas con moco, pus y sangre. A la palpación se reconoce una sensibilidad abdominal baja con ligera resistencia parietal, pudiendo tocarse una masa tumoral, una cuerda dispuesta transversalmente, que corresponde al segmento intestinal enfermo. En este período el diagnóstico con la colitis ulcerosa está basado en la ausencia de tres síntomas: las hemorragias intestinales de cierta magnitud, el tenesmo y las ulceraciones al examen rectoscópico.

La sintomatología de los abscesos de la región ileocecal será la misma que se presenta en los abscesos de origen apendicular, y por tanto su diagnóstico diferencial muy difícil. El comienzo agudo suele pasar desapercibido, tomando la forma de una afección crónica insidiosa, progresiva, con marasmo, adelgazamiento, anemia, caquexia, etc.; síntomas todos ellos que acompañan a todo proceso supurado que no se le da pronta salida.

Como complemento de lo expuesto anteriormente presentamos un caso observado por nosotros.

El 23 de noviembre de 1942 vemos un enfermo que presenta el siguiente cuadro clínico:

Diarreas que se repiten desde hace seis meses, hasta que el 3 de noviembre tiene una crisis caracterizada por fuertes dolores en el hipogastrio, retención de materias fecales y gases y aparición de vómitos biliosos abundantes y repetidos. Un médico que lo vio le aplicó hielo al vientre. Mejoró por unos días, pero el día 22 del mismo mes reaparecen los vómitos en forma más aguda y entonces resuelve consultar con nosotros.

Nos encontramos con un enfermo que presenta un estado de gran deshidratación, ojos hundidos, mejillas deprimidas, astenia pronunciada, tendencia al vómito. Éste, cuando se presenta, tiene caracteres de líquido yeyunal (amarillento, de olor fecaloideo). La lengua es saburral, el vientre plano, no observándose asas prominentes, ni dolor a la palpación.

Resuélvese la intervención, que practicamos al día siguiente, después de hidratarle y colocar la sonda permanente para hacer cateterismo intestinal (vía endonasal).

Intervención. — Laparotomía media. Abierto peritoneo se comprueba líquido purulento, blanco-amarillento, fluido, inodoro, en mediana cantidad, libre en la cavidad peritoneal. Se comienza la exploración por la primera asa dilatada que se presenta, y más o menos a una distancia de 0,60 a 0,80 centímetros del ciego se reconoce un proceso intestinal delgado, de aspecto inflamatorio agudo, de unos 0,40 centímetros de longitud, que altera el tamaño del intestino, haciéndolo dos veces mayor al volumen normal, con una superficie roja, congestionada, cubierta en varias zonas de pequeñas placas fibrinopurulentas; al tacto da la sensación de engrosamiento, sus paredes están como acartonadas. Más allá de este proceso, el intestino es de apariencia normal, fuera de regular ileus y congestión. El mesenterio correspondiente a dicha lesión entérica se ofrece engrosado, edematoso, con algunos pequeños ganglios y con conservación de la permeabilidad vascular. Apéndice normal.

Se decide practicar la resección en dos tiempos, según técnica de MICKULITZ modificada, resecando unos 50 centímetros de intestino delgado, con el mesenterio correspondiente seccionado en cuña; previa enteroanastomosis láterolateral a unos 6 cm. de los extremos, se abocan éstos en cañón de fusil a la pared, conectando el cabo aferente con un tubo de drenaje y mantenido cerrado el cabo eferente con una pinza elástica durante 24 horas. Drenaje peritoneal por el extremo inferior de la herida.

Postoperatorio. — Abundante hidratación, cloruro de sodio hipertónico, hipofisina, tónicos cardíacos, sonda nasal duodenal permanente 48 horas. Curso excelente. Se levanta a los cuatro días. Al octavo día taponamos los extremos ileales con gasa. Evacuación de vientre diaria con enemas. A los 35 días cerramos el ano, con anestesia local. En este tiempo engorda 6 kilogramos.

Completada luego su historia clínica, una vez que el enfer-

mo en condiciones de contestar al interrogatorio con más calma, y de poder examinarlo con más amplitud, no encontramos entre sus antecedentes hereditarios nada que pudiera ser un factor predisponente. Hay en sus antecedentes personales datos de haber sufrido a los 14 años, y durante un mes, de dolores abdominales, que igualmente se trataron con hielo, sin mejorarlo. Por otra parte, el examen clínico y radiológico no ha revelado lesión alguna o estigma que pudiera tener relación con su actual enfermedad. No es propenso a tener temperaturas, no tiene tos ni expectoración. Niega enfermedades venéreas, no es un hereditario y los exámenes serológicos no lo revelan. Sólo las diarreas mantenidas durante varios meses, sin que un proceso parasitario, digestivo, funcional o inflamatorio del intestino las justifiquen y que casi con seguridad están en estrecha relación con la ileítis, han sido las únicas manifestaciones de su proceso abdominal, el único síntoma culminante que ha precedido al síndrome de oclusión.

Esta es la gran manifestación sintomática de la ileítis regional. Una vez puesta en marcha, por decirlo así, la afección, el resultado final es siempre el mismo, cualquiera que sea la causa productora: retracción intestinal: dolores, cólicos, diarreas y los signos de oclusión en su exteriorización clínica.

La enteritis regional crónica, sobre todo en su forma oclusiva, debe ser tratada quirúrgicamente. La resección intestinal, incluyendo también la adenopatía mesentérica, es el procedimiento de elección. La manera de evitar recidivas es ésta de la exéresis larga; hacemos esta salvedad, porque los que se han ocupado de este tema, achacan la recidiva a la inhabilidad del cirujano al haber hecho resecciones insuficientes.

RESUMEN

Entre los procesos inflamatorios tumorales del intestino, acompañados de estenosis, debemos tener muy en cuenta la ileítis regional.

Es más frecuente en las personas jóvenes y en el sexo masculino, localizándose en la terminación del íleon y caracterizado anatomopatológicamente por un tejido de granulación, con edema y adenitis mesentérica. Suelen alcanzar las lesiones una extensión de 10 a 20 centímetros. Las paredes del intestino están engrosadas. Cuando el proceso es de larga duración pueden encontrarse abscesos y fístulas, con adherencias a órganos vecinos.

Como su sintomatología es confusa el diagnóstico es muchas veces difícil; pero si seguimos el criterio lógico de operar todos los casos de oclusión mecánica, aunque sea incompleta, la laparotomía nos llevará al diagnóstico.

La exploración radiológica de estos enfermos puede darnos defectos de repleción en la vecindad del ciego, anormalidades en el contorno del íleon, el signo de cuerda, que consiste en que las últimas asas del íleon, de calibre estrecho, están provistas de unos penachos o prolongaciones a la manera de una pluma de ave. Pero estos datos también puede darlos una perivisceritis y una mesenteritis retráctil o una infiltración neoplásica, luego no son característicos de la enfermedad que nos ocupa.

Respecto al tratamiento de la ileítis regional, debe ser siempre quirúrgico y debe consistir en la resección del asa enferma, con todo el mesenterio.

Los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico son siempre buenos.