

ticule, additionné avec du carmin d'indigo dans une solution faible.

Il présente des microphotographies de coupes teintes avec de l'hématoxiline-eosine, carbonate d'argent (nucléoles et réticuline) et Sudan III.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA Y HEMOGRAMA DE SCHILLING

J. PABLOS ABRIL

(Médico interno)

Casa de Salud Valdecilla (Santander). Servicio de enfermedades del Aparato Digestivo. Jefe: DR. A. GARCÍA BARÓN

La relativa frecuencia de este síndrome, así como la diversidad de causas etiológicas que en su presentación concurren, han motivado que los estudios realizados sobre el mismo, la mayoría de las veces, resulten tan poco prácticos y concluyentes que no resuelvan los problemas planteados, especialmente en su diagnóstico.

No hemos encontrado en el hemograma la aspiración que hace dos años empezamos a buscar: que el análisis de sangre, como síntoma, nos pudiera resolver la duda entre procesos obstructivos y estrangulantes, toda vez que la localización en intestino delgado o grueso nos la facilita el auxilio de los rayos X en la mayoría de los casos.

Nuestro propósito ha quedado defraudado en parte, porque sólo podemos sospechar en casos extremos, porque hay veces que se juntan los límites más altos de las obstrucciones con los bajos de ciertas estrangulaciones, y por la fácil coincidencia de ambas modalidades en un mismo enfermo y en un abdomen agudo.

Hace unos meses publicamos en nuestra memoria doctoral (octubre de 1943) los principios de esta labor, basando nuestras conclusiones en 46 enfermos. Hoy añadimos otros 28 casos, que hacen un total de 74, de los cuales 65 tuvieron confirmación de causa al ser operados.

Han quedado excluidos de este estudio, por su modalidad clínica peculiar, las hernias estranguladas y los íleos incompletos producidos por áscaris lumbricoides; de estos últimos se hace un minucioso estudio, tanto clínico como hematológico, en la tesis doctoral de ALMAGRO (Madrid, abril de 1943) verificada en este Servicio.

Finalmente, si la obstrucción aguda del intestino o detención del curso normal de su contenido, es un síndrome ocasionado por la más diversa etiología mecánica y dinámica, no nos extrañemos que la sintomatología sea poco reglada y que la respuesta hematológica carezca también de ese sello de unidad en esta afección.

MÉTODO DE ESTUDIO Y CLASIFICACIÓN. — Con el fin de ser lo más prácticos posible, vamos a estructurar nuestros enfermos en grupos, no siguiendo

las pautas clásicas, sino atendiendo más bien que a la etiología al estado anatomopatológico de las lesiones.

Nuestra clasificación es la siguiente:

- Ileos (74 casos)
- 1.º Íleos incompletos (6 casos).
 - 2.º Obstructivos simples y paralíticos (veinticinco casos).
 - 3.º Invaginaciones intestinales (12 casos).
 - 4.º Íleos mecánicos motivados por procesos inflamatorios agudos (5 casos).
 - 5.º Íleos por estrangulación interna con asa intestinal en buen estado (12 casos).
 - 6.º Íleos por estrangulación interna con asa intestinal muy alterada (14 casos).

A primera vista puede parecer caprichosa esta clasificación, pero pretender estudiarlos de acuerdo con su etiología pura, con casuística modesta, no sólo es imposible, sino inadecuado.

ALTERACIONES SANGUÍNEAS EN EL ÍLEO. — Dos causas influyen en las modificaciones leucocitarias y son bien conocidas por la experimentación: a) la detención del contenido intestinal actuando como elemento irritativo y tóxico; b) la causa productora de la obstrucción, que en unos casos es mínima y en otros, la mayor parte del efecto alterador de los glóbulos blancos, como ocurre en las estrangulaciones internas, torsiones y procesos inflamatorios. La primera causa es fácil de evidenciar; nosotros la hemos comprobado en los casos de creación de ano contra-natura, en los que, una vez pasados los efectos de la movilización leucocitaria por la intervención, persiste e incluso se agrava la alteración del hemograma. La segunda causa la vemos bien manifiesta en las precoces e importantes modificaciones sanguíneas que observamos en las estrangulaciones amplias, torsiones completas, etc.

La combinación de ambos factores desencadenantes de la anormalidad leucocitaria, en sus diferentes grados, más el factor tiempo, son la causa del carácter discordante y difícil de este síndrome, tanto clínico como hematológico.

1.º ÍLEOS INCOMPLETOS (6 casos). — Tanto si son de intestino delgado como grueso, las alteraciones leucocitarias son modestas. De este pequeño lote de enfermos hay 5 casos de etiología obstructiva simple y en ellos, salvo una ligera leucocitosis o neutrofilia, el hemograma era normal. En el restante enfermo había como causa de ese íleo un proceso inflamatorio agudo, por lo que la modificación sanguínea era más importante.

EJEMPLOS: Enfermo núm. 60. — Íleo incompleto de intestino delgado por adherencias de origen tuberculoso (diez días). El hemograma era el siguiente: L., 6.000; Mm., 1; C., 5; S., 69; L., 18; Mo., 7.

Enfermo núm. 57. — Íleo incompleto por apendicitis aguda pélvica (54 horas); su hemograma expresaba: L., 8.100; C., 1; S., 82; L., 13; Mo., 4.

2.º ÍLEOS POR OBSTÁCULO MECÁNICO SIMPLE Y DINÁMICOS (25 casos). — Han sido producidos por las más diversas causas: adherencias, pegaduras de asas, escirros cancerosos, parálisis motora del in-

testino, etc. Hemos unido en un solo grupo a los mecánicos obstructivos simples y a los dinámicos, por tener como único factor desencadenante de su anormalidad sanguínea, la detención del curso normal del contenido intestinal.

En primer lugar hemos observado con sorpresa que la alteración hematológica no guarda relación exacta con el tiempo de enfermedad transcurrido.

Si el obstáculo mecánico reside en el intestino delgado, las cifras medias de alteración son más importantes, pero no son elementos con valor de juicio diagnóstico, por las grandes oscilaciones que, tanto en éstos como en los de intestino grueso, se observan. La relación numérica y comparativa de cifras medias del hemograma de unos y otros es la siguiente:

Íleos de intestino delgado: Leuc., 18.300; N. 81 por 100; F. L. 11,5 por 100 (18 casos).

Íleos de intestino grueso: Leuc., 14.200; N., 76 por 100; F. L., 8 por 100.

Las cifras medias de alteración sanguínea en todo el grupo han sido las siguientes: Leucocitosis de 17.800; neutrofilia de 78 por 100, y formas inmaduras un 11 por 100. Había conservación de eosinófilos en un 25 por 100 de los casos y ligera linfopenia con monopenia.

Conforme a la constancia de alteración de los tres principales factores, hemos obtenido los siguientes resultados: la leucocitosis fué el elemento más constante y fué presente en un 95 por 100 de los enfermos; algo menor la neutrofilia en un 85 por 100, y las formas inmaduras en el 55 por ciento de los casos.

El ideal para el diagnóstico sería que estos íleos tan simples, porque carecen de lesiones y parecen inflamatorios, tuviesen poca desviación del hemograma o, en otros términos, porque tuviesen pocas formas inmaduras, pero no siempre ocurre esto; a veces aparecen desviaciones importantes, pero que no suelen ser precoces, alcanzando alguna vez 20 y 25 por 100 de inmaduras. Claro que cuando no sucede esto, que es en la mayoría de los casos, y el íleo lleva establecido bastante tiempo, podemos descartar las torsiones y estrangulaciones graves.

EJEMPLOS: Enfermo núm. 42. — Íleo de intestino delgado por acortamiento congénito de porción final de mesenterio, de 24 horas. El hemograma era éste: Leuc. 28.300; E., 1; C., 9; S., 63; L., 25; Mo., 2.

Enfermo núm. 39. — Íleo por adherencias de las últimas asas delgadas con apéndice y útero (14 horas). El hemograma expresaba lo siguiente: Leuc., 12.900; C., 18; S., 70; L., 11; C. P., 1.

Enfermo núm. 28. — Íleo crónico progresivo y completo desde hace 12 horas, por escirro neoplásico de S. iliaca. El hemograma preoperatorio era: L., 10.100; Mm., 1; C., 5; S., 77; L., 15; Mo., 2.

Enfermo núm. 44. — Obstrucción intestinal por flexión del hemicolon derecho sobre el izquierdo (37 horas). El hemograma fué: L., 25.300; S., 84; L., 15; Mo., 1.

Enfermo núm. 53. — Íleo postoperatorio tardío (a los seis años de operación ginecológica) de 34 horas. El examen hematológico de ingreso era: L., 8.400; S., 74; L., 20; Mo., 6.

3.º INVAGINACIONES INTESTINALES (12 casos). — Como la oclusión no es la consecuencia necesaria e inmediata de la invaginación intestinal, por la dilatación que el cabo invaginante puede sufrir, estos enfermos presentan más bien cuadros de íleo incompleto, que se parecen por sus leves o raras alteraciones circulatorias del asa, a los íleos mecánicos simples.

Los enfermos pueden a su vez ser divididos en dos grupos: recientes, de menos de tres días de abdomen agudo, y tardíos de cuatro días en adelante, habiendo llegado incluso al mes o más.

En los casos tardíos la alteración de los glóbulos blancos es nula o muy modesta; esta es la regla. Sólo hizo excepción un enfermo con invaginación crónica progresiva de un mes, cuyo hemograma presentaba una regular modificación patológica.

En los recientes no hay unidad; unos presentan alteración, otros no, y en los que la tienen, cada uno no la invaginación, la anormalidad hematológica suele ser breve y fugaz. Veamos los siguientes ejemplos:

Enfermo núm. 13. — Invaginación ileocólica de siete días. El hemograma preoperatorio fué: L., 10.100; Mm., 1; C., 3; S., 77; L., 15; Mo., 2.

Enfermo núm. 22. — Invaginación ileocólica de dos días y medio. El hemograma de ingreso era el siguiente: L., 18.700; C., 17; S., 60; L., 11; Mo., 12. A las tres horas, cuando se va a realizar la intervención quirúrgica, el hemograma casi se ha normalizado del todo: Leuc. 10.000; Mm., 1; C., 4; S., 51; L., 30; Mo., 4.

Enfermo núm. 51. — Invaginación cecocólica que llegaba hasta la mitad del colon transverso (44 horas). Su análisis hematológico era: Leuc., 13.100; E., 2; C., 6; S., 77; L., 15; Mo., 3.

Enfermo núm. 48. — Invaginación cecocólica hasta retrasar algo el ángulo hepático del colon (dos días). Su hemograma de ingreso es: L., 10.600; C., 4; S., 75; L., 18; Mo., 3. Se desinvagina con el enema opaco al practicar la exploración radiológica. A las seis horas de ésta, el hemograma está más alterado: L., 13.500; C., 5; S., 90; L., 4; Mo., 1. Esta alteración es sumamente transitoria y breve, a las 24 horas era normal el recuento y fórmula: Leuc., 8.300; C., 3; S., 75; L., 21; Mo., 1, y no se alteró más en el curso posterior, coincidiendo con la regresión clínica del cuadro.

Todo lo anteriormente expuesto hace pensar que en la gran mayoría de las invaginaciones intestinales las alteraciones de la serie blanca son modestas, no vemos hemogramas graves, y al pasar horas, raramente días, desaparecen, aunque persista el cuadro en toda su intensidad clínica.

4.º ÍLEOS MECÁNICOS POR PROCESOS INFLAMATORIOS O SUPURADOS (5 casos). — Las causas etiológicas originarias y superpuestas sobre la mecánica obstructiva han sido las siguientes: apendicitis aguda simple (2 casos), apendicitis perforada (2 casos), divertículo de Meckel perforado (1 caso).

En los cuatro casos en que el proceso inflamatorio no estaba generalizado a la gran cavidad, el hemograma expresaba leucocitosis importante (de 16 a 28.000), neutrofilia intensa (de 80 a 92 por ciento) y formas inmaduras (de 8 a 24 por 100). No parece verse que la gravedad del proceso inflamatorio gradúe la alteración leucocitaria, ni tampoco el factor tiempo; en estos casos de superposición de elementos desencadenantes es muy difícil poder valorar lo que a cada uno corresponde.

En uno de los casos existía una peritonitis ge-

neralizada y, como era de suponer, la sangre había expresado en su gran desviación la presencia de este proceso.

EJEMPLOS: *Enfermo núm. 5.* — Íleo de intestino delgado por apendicitis simple de 24 horas. El hemograma era el siguiente: L., 28.500; Mm., 4; C., 16; S., 72; L., 8.

Enfermo núm. 10. — Íleo de intestino delgado por apendicitis perforada (de 5 días). El análisis hematológico mostraba este resultado: L., 16.100; M., 1; Mm., 2; C., 19; S., 67; L., 10; Mo., 1.

Enfermo núm. 64. — Íleo de intestino delgado por divertículo de Meckel necrosado y perforado, con peritonitis generalizada secundaria (4 días). Su recuento y fórmula era: L., 5.100; Mm., 12; C., 17; S., 23; L., 45; Mo., 3.

5.º ÍLEOS POR ESTRANGULACIÓN INTERNA CON ASA EN BUEN ESTADO (12 casos). — El lote de enfermos que componen este grupo corresponden casi por entero a íleos motivados por bridas estrangulantes; sólo hace excepción algún vólvulo de intestino grueso. Con un lote de enfermos tan uniforme hemos podido observar, como en otros grupos, la falta de relación evidente entre el tiempo de obstrucción y la intensidad de la alteración leucocitaria. La leucocitosis media fué de 14.700; había una neutrofilia de 77 por 100 y el valor medio de las formas inmaduras era de 15 por 100. Se conservaban los eosinófilos en la fórmula de 100 en la tercera parte de los casos.

A pesar de que se ha insistido en que había linfocitosis en el hemograma de los íleos por brida, pensando más que nada en su frecuente etiología tuberculosa, nosotros sólo lo hemos comprobado en 2 enfermos, frente a 6 con neutrofilia evidente e importante. En algún caso hemos observado desviaciones altas a la izquierda, en contraposición a lo que manifiestan la gran mayoría de enfermos del grupo.

EJEMPLOS: *Enfermo núm. 7.* — Íleo de intestino delgado por brida estrangulante. El hemograma de ingreso era el siguiente: L., 23.800; E., 1; Mm., 1; C., 7; S., 58; L., 30; Mo., 1; C. P., 2.

Enfermo núm. 45. — Ingresó con un cuadro de abdomen agudo impreciso de nueve horas. El hemograma era: Leucocitos, 14.400; E., 1; C., 3; S., 84; L., 11; Mo., 1. A las 18 horas se agrava el enfermo y se hace ya diagnóstico clínico y radiológico de íleo de intestino delgado. Entonces el hemograma expresa: L., 9.800; M., 5; Mm., 9; C., 20; S., 35; L., 28; Mo., 3. En la operación se encontró que la causa era una estrangulación por divertículo de Meckel.

Enfermo núm. 64. — Íleo de intestino delgado por brida estrangulante (36 horas). Su hemograma era el siguiente: L., 14.800; M., 2; Mm., 3; C., 13; S., 79; L., 3.

6.º ÍLEOS POR TORSIÓN O ESTRANGULACIÓN INTERNA CON ASA INTESTINAL MUY ALTERADA (catorce casos). — Los valores medios de la alteración del recuento y fórmula leucocitaria en este grupo han sido los siguientes: Leucocitosis de 19.100, neutrofilia de 86 por 100 y formas inmaduras un 21 por 100, cifras las más altas de todos los grupos de íleos en que hemos estudiado el hemograma. Se conservaban los eosinófilos en una cuarta parte de los casos.

A pesar de ser de más tiempo de enfermedad los correspondientes a intestino grueso, las alteraciones son más importantes y más precoces en los íleos de intestino delgado. — Veamos el siguiente cuadro

en el que se expresan los valores medios correspondientes a uno y otro subgrupo:

Intestino	Leucocitosis	Neutrofilia	Formas inmaduras
Grueso (4 casos) . . .	13.300	83 %	11 %
Delgado (10 casos) . . .	22.100	84 %	27 %

Tampoco cabe duda en admitir que la alteración de los glóbulos blancos es mayor en estos íleos que en los obstructivos simples o dinámicos, hecho de interés para aplicaciones diagnósticas. Sólo si el tiempo es largo en las estrangulaciones o corto en las obstrucciones simples, puede tenerse menos confianza en el hemograma.

Las diferencias hematológicas son menos acusadas con las estrangulaciones con asa en buen estado; ya advertimos que hay algunos casos aislados con desviaciones importantes que hacen el error inevitable con los del presente grupo.

En el adjunto cuadro vemos las cifras medias de alteración leucocitaria de los grupos citados:

Clase	Leucocitosis	Neutrofilia	Formas inmaduras
1.º Dinámicos y mecánicos simples	18.400	78 %	13 %
2.º Estrangulaciones con asa en buen estado . .	14.700	77 %	15 %
3.º Torsiones o estrangulaciones con asa muy alterada	19.700	86 %	21 %

No olvidemos, al comparar las cifras de este cuadro, que se trata de valores medios del hemograma, y que las fluctuaciones individuales son las que complican el estudio comparativo, oscilaciones que son en este síndrome más amplias que en las otras enfermedades de abdomen agudo.

EJEMPLOS: *Enfermo núm. 37.* — Íleo por torsión de intestino delgado, estrangulado por un gran megasigma (doce horas). El hemograma era: L., 29.200; Mm., 3; C., 21; S., 69; L., 7.

Enfermo núm. 29. — Íleo de intestino grueso por torsión de S. ílica (3 días). Su análisis de sangre era: L., 13.300; E., 1; Mm., 1; C., 17; S., 69; L., 9; Mo., 2; C. P., 1.

Enfermo núm. 18. — Íleo de intestino grueso por torsión de S. ílica (3 días). El hemograma preoperatorio era el siguiente: L., 13.000; C., 6; S., 82; L., 11; Mo., 1.

Enfermo núm. 70. — Íleo por estrangulación de intestino delgado (dos días y medio) con asa bastante alterado. Su recuento y fórmula mostraba: L., 10.600; Mm., 7; C., 21; S., 59; L., 10; Mo., 3.

Enfermo núm. 1. — Íleo de intestino delgado por estrangulación por brida ileocecal, con asa muy alterado y que hubo necesidad de resecar. Su hemograma era: L., 11.600; C., 35; S., 52; L., 12; Mo., 1.

Valor diagnóstico del hemograma. — El diagnóstico del íleo es totalmente clínico y radiológico y el hemograma en este síndrome, que carece de especificidad elocuente en sus alteraciones leucocitarias, sólo puede ayudarnos modestamente, cuando se si-

túa sobre un cuadro no sospechado, como decimos en otras afecciones, sino con un enfermo ya diagnosticado de obstrucción intestinal.

Por ello aquí no tiene el valor de síntoma de primer orden, como ocurre en los procesos perforativos, en las apendicitis, etc. Tenemos que colocarlo ante el cuadro general del íleo como un síntoma más secundario. Sea la causa de ello esa relación flexible con el tiempo y las lesiones anatomopatológicas, que hace que cuando son amplias las oscilaciones, como en este caso, se interfieren y confunden.

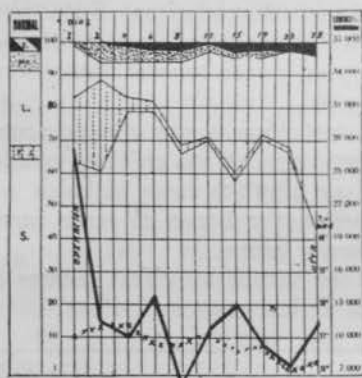


Fig. 1. — Curso normal en operado de íleo. Enfermo núm. 6. Íleo por adherencias de intestino delgado (27 horas). Enseñanzas del caso: evolución normal en operado de íleo. La presencia de serosidad en la herida no modifica realmente el hemograma. Las pequeñas fluctuaciones son normales, como en este caso se puede ver, y casi siempre afectan más a la leucocitosis que a otros elementos del hemograma.

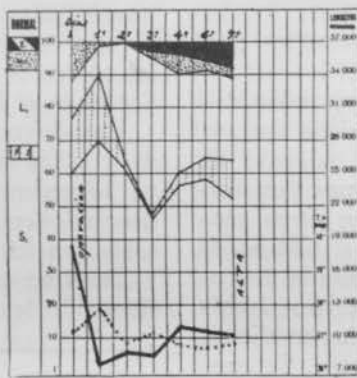


Fig. 2. — Evolución normal en íleo por invaginación. Enferma número 22. Niña de 12 años. Íleo por invaginación de íleo en colon, de dos días y medio. Enseñanzas del caso: el hemograma evoluciona favorablemente y paralelo al curso clínico del enfermo. Bien claramente se observan las tres conocidas fases de SCHILLING.

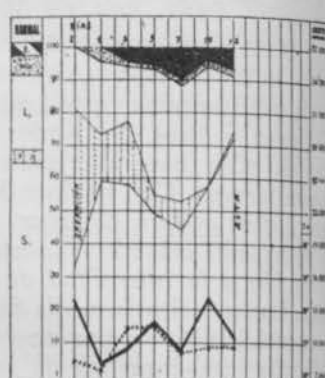


Fig. 3. — Evolución favorable en íleo por estrangulación. Enferma número 24. H. 38 años. Íleo de intestino delgado por estrangulación en hendidura mesentérica cólica congénita (32 horas). Enseñanzas del caso: la evolución del hemograma es normal, si bien hay leucocitosis en el quinto y décimo día, de causa ignorada.

Sólo hay dos hechos fundamentales; a nuestro juicio lo único que debe conservarse como doctrina y como ayuda diagnóstica: 1.º En cuadros de pocas horas con hemogramas muy alterados, especialmente en la desviación o formas inmaduras, pensemos en que la causa del íleo será una estrangulación interna o torsión. 2.º En cuadros de bastante tiempo (48 horas o más) con poca alteración leucocitaria y hecha ésta a base de neutrofilia y leucocitosis, con desviación moderada o nula, pensemos en íleos mecánicos simples o dinámicos.

Es también bastante positiva la alteración modesta de los íleos incompletos. Cuando sospechamos clínicamente esta modalidad puede el hemograma ayudarnos a confiar en nuestro diagnóstico.

En cuanto al valor del análisis de sangre en la resolución del problema diagnóstico de localización, si se trata de íleos de intestino delgado o grueso consideramos inútil el hemograma. Las alteraciones diferentes en grado de intensidad, como hemos visto en los grupos, carecen de fuerza suficiente para aceptarlos en este problema. Más aún, teniendo el valor de seguridad y confianza que en este problema resuelven los rayos X, nos parece pueril tratar de considerar otras cosas de por sí menos objetivas, como el análisis de sangre.

Valor pronóstico del hemograma preoperatorio o de ingreso. — Sea el análisis de sangre practicado, el correspondiente a la hora de observación, que

en la gran mayoría es también preoperatorio, puesto que la intervención quirúrgica se realiza tan pronto se diagnostica la obstrucción completa; o sean estos análisis por separado en aquellos casos que se operan transcurrido algún tiempo empleado para la vigilancia o terapéutica médica, lo cierto es que todos aislados, tienen un valor pronóstico muy modesto; nosotros diríamos más bien orientador.

Para llegar a esta conclusión hemos revisado cuidadosamente la mortalidad y el grado de alteración leucocitaria en estos hemogramas preoperatorios o de ingreso, viendo que muchas veces fallecían enfer-

mos en los que el hemograma no estaba muy alterado y, por el contrario, ver curar con sorpresa otros en los que la gran desviación, ateniéndonos a las normas clásicas, hacía formular un pronóstico fatal. Por eso, quedémonos con que este hemograma sólo nos orienta, y el juicio definitivo sobre el porvenir de estos enfermos lo tendremos como más adelante hemos de ver, con el hemograma seriado.

Insertamos a continuación dos ejemplos del fracaso pronóstico del análisis de sangre de ingreso que, al igual que otros que tenemos, corroboran lo anteriormente expuesto.

Enfermo núm. 71. — Íleo por torsión de intestino delgado repleto de áscaris (36 horas). Su hemograma era: L., 30.200; Mm., 26; S., 32; S., 26; L., 7; Mo., 9. Por este recuento y fórmula se podía sospechar un curso desfavorable y, no obstante, curó.

Enfermo núm. 70. — Íleo por estrangulación de intestino delgado con asa bastante alterado (dos días y medio), cuyo hemograma preoperatorio era el siguiente: L., 10.600; Mm., 7; S., 21; S., 59; L., 10; Mo., 3. El pronóstico, ateniéndonos a la desviación, era grave, pero no para sospechar un exitus a las pocas horas.

En este primer hemograma vemos la inseguridad del porvenir del enfermo; con razón sólo es orientador, sin embargo, cuando vimos el siguiente hemograma de estos enfermos, las desviaciones se habían transformado completamente, en el primero habían bajado las formas inmaduras de 58 por 100 a 24 por 100 y en el segundo habían subido de 28 por 100 a 47 por 100. En estos nuevos hemogramas se vislumbra ya

claramente lo que ocurrió más tarde: curación en el primero y éxitus en el segundo.

Valor del hemograma seriado en el proceso evolutivo del íleo. — No debe extrañar que para evitar repeticiones innecesarias y con el fin de dar a esta publicación el mayor valor práctico demos en este

procesos inflamatorios o supurados — como etiología o complicación — una vez resuelta la causa del mismo favorablemente, regresa pronto el hemograma hacia la normalidad. Véase la figura número 1, en la que hay una notable mejoría hematólogica al cuarto día. La figura número 2, de un en-

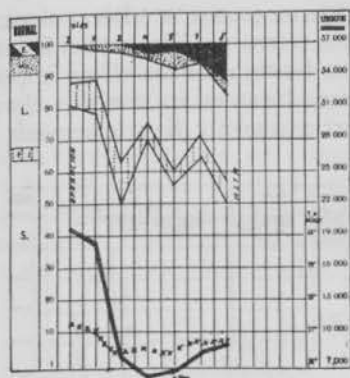


Fig. 4. — Curso normal en torsión de intestino. Enfermo núm. 33. H. 34 años. Íleo por torsión de intestino delgado (5 horas). Enseñanzas del caso: evolución normal del hemograma. Obsérvese la rápida mejoría del mismo a las cuarenta y ocho horas.

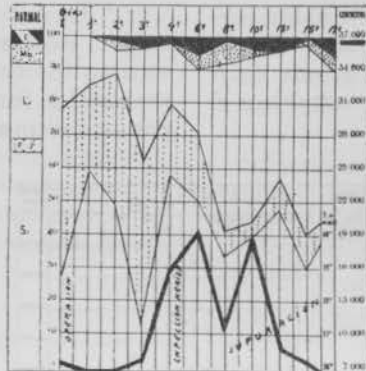


Fig. 5. — Evolución favorable en íleo. Caso núm. 71. Niña de trece años. Íleo de intestino delgado de dos días. Por enterotomía se extraen 214 áscaris. Enseñanzas del caso: mejoría franca. Agravación del 3.º al 6.º día por infección de la herida. Fase linfocitaria supurativa.

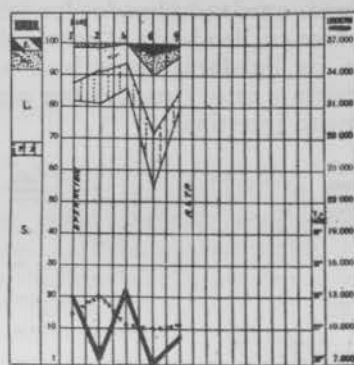


Fig. 6. — Evolución normal en torsión de intestino grueso. Enfermo número 18-M. 47 años. Íleo por torsión de S iliaca de tres días. Enseñanzas del caso: evolución lenta hasta el 4.º día. El hemograma persistía casi al principio. Al 4.º día, fecha en que se cortan las ligaduras de los muñones de resección y se resuelve prácticamente el íleo, el hemograma empieza a mejorar rápidamente.

capítulo, al igual que en trabajos anteriores, una mayor preferencia de elementos gráficos sobre la teoría. En el íleo, el hemograma seriado cada 24 horas nos permite conocer el estado del enfermo y su evolución pronóstica. Las alteraciones de la curva

fermo de invaginación intestinal, en la que

aun antes de operar, como ocurre muchas veces en ellas, ya había mejorado el análisis de sangre, observamos la alteración postoperatoria

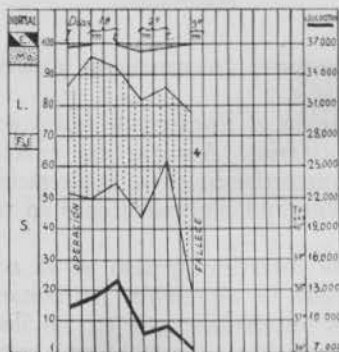


Fig. 7. — Curso desfavorable en íleo por estrangulación. Enf. n.º 1. M. 64 años. Íleo por estrangulación de un asa de intestino delgado por brida (dos días y medio). El asa estrangulada está muy alterada, practicándose resección de la misma. Enseñanzas del caso: el hemograma de ingreso, muy alterado, cual corresponde a estos íleos se agrava paulatinamente con aumento de las formas inmaduras y descenso de la leucocitosis. Fallece al tercer día.

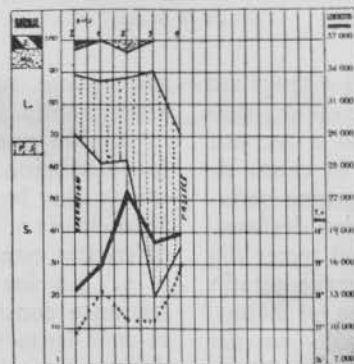


Fig. 8. — Curso desfavorable motivado por peritonitis en íleo por torsión de S iliaca. Enfermo núm. 29. H. 35 años. Íleo por torsión de S iliaca, de tres días. Enseñanzas del caso: con 48 horas de anticipación la gran desviación manifiesta el grave estado del enfermo, que sucumbe por peritonitis al 9.º día.

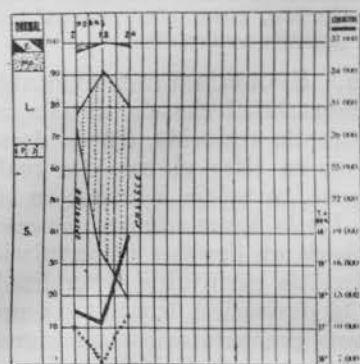


Fig. 9. — Las grandes desviaciones por peritonitis. Enfermo núm. 2. M. 30 años. Íleo por adherencias de intestino delgado (51 horas). En la liberación se rompió el intestino, produciéndose una inundación peritoneal por contenido fecal. Enseñanzas del caso: desviación intensa y progresiva del hemograma hasta el éxitus.

leucocitaria, unidas al pulso, temperatura,

dolor y marcha de la exploración abdominal, nos dan perfecta cuenta del resultado terapéutico instaurado. Consideraremos a continuación el curso favorable, desfavorable y complicado de estos enfermos:

1.º EVOLUCIÓN FAVORABLE O CURACIÓN. — El íleo es una afección en la que, salvo existencia de

del mismo y su franca regresión al segundo día. En la figura núm. 3, al quinto día el hemograma es excepcionalmente satisfactorio. Análogamente ocurre en la figura núm. 4, en la que bien resuelto el problema mecánico del íleo y pasada la agravación postoperatoria se normalizan rápidamente los elementos leucocitarios, siendo ya al cuarto día el análisis de sangre francamente bueno. Finalmente, la figura 5, también de pronta y franca regresión hematológica.

Hay veces que esta normalidad no es inmediata

o bien ostensible; esto ocurre en íleos no resueltos mecánicamente, bien por sobreañadirse una prolongada paresia intestinal o por estar sin resolver la evacuación fecal por motivos dependientes del método operatorio. No puede ser más instructiva la figura número 6, cuyo enfermo operado por torsión de la S ílica con exteriorización y resección de la misma, quedando ligados los cabos intestinales, permanece en íleo hasta el cuarto día en que se destruyen las ligaduras; pues bien, el hemograma corre paralelo a esto y regresa tan pronto se restablece el tránsito intestinal.

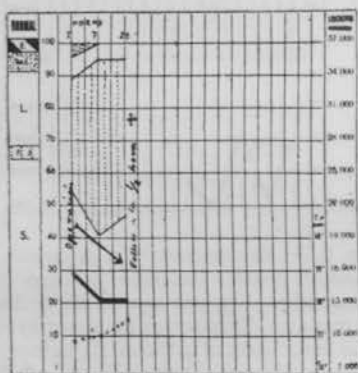


Fig. 10. — Evolución desfavorable en íleo por adherencias. Mal pronóstico: Operación inútil. Enfermo núm. 30. H. 65 años. Íleo de intestino delgado por adherencias múltiples (8 días). Enseñanzas del caso: la gran desviación (50 %) de formas inmaduras persistente y progresiva en las horas seriadas, y por su tipo leucemoide hacía presumir el resultado negativo de la operación, como efectivamente fué confirmado.

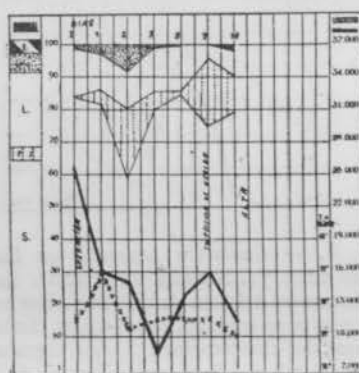


Fig. 11. — Herida infectada en operado de íleo. Enfermo núm. 46. H. 62 años. Íleo por presión del hemicolon derecho sobre el izquierdo, de 37 horas. Enseñanzas del caso: no puede ser más demostrativa la rigidez y franca mejoría del hemograma al resolverse el íleo. Al tercer día empieza a alterarse, más aún al 5.º y 7.º día, descubriéndose en este último la infección de la herida.

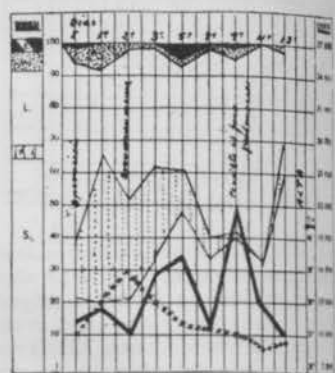


Fig. 12. — Complicación pulmonar en enfermo operado de íleo. Enfermo núm. 41. Niño de 5 años. Íleo de intestino delgado motivado por brida, de tres días. Enseñanzas del caso: persistencia de la desviación en formas inmaduras (50 %). Segundo fué descubierto un foco bronconeumónico que evolucionó favorablemente hasta el 9.º día en que sufre una reactivación.

2.º EVOLUCIÓN DESFAVORABLE. — La gravedad y mortalidad elevada de esta afección es de todo el mundo conocida. Puede darse un 40 a 45 por ciento en cifra global. Sea cualquiera la causa de muerte, se refleja fielmente en el hemograma seriado. En la figura número 7 vemos el curso desfavorable de un íleo por estrangulación que al tercer día fallece de peritonitis generalizada; el grave estado de la desviación leucocitaria presente en el hemograma preoperatorio o de ingreso, no sólo no mejoró después de la intervención quirúrgica, sino que continuó agravándose hasta el final, alcanzando como acmé de elementos inmaduros un 56 por 100; análogamente expresaba la baja leucocitaria del recuento. En este enfermo bien pronto se pudo enjuiciar el mal pronóstico y últimamente la cercana muerte. Lo mismo expresa la gráfica siguiente (figura número 8) en la que al séptimo día se observa la agravación del hemograma, falleciendo 48 horas más tarde. Con dos días de anticipación podía augurarse el curso desfavorable de este enfermo.

Análogamente observamos en las figuras números 9 y 10; en el último, cuando se operó ya tenía un 50 por 100 de formas inmaduras, mal pronóstico preoperatorio, corroboración por la operación y fatal desenlace pocas horas más tarde.

3.º COMPLICACIONES — Sería muy larga la presentación de múltiples ejemplos, por eso pon-

dremos exclusivamente dos casos: una de cada una de las habituales: infección de la herida operatoria y complicación pulmonar. Véanse las figuras 11 y 12.

CONCLUSIONES

1.ª En los íleos el hemograma se altera, elevándose el número de leucocitos en cifra variable, aumentan los neutrófilos hasta alcanzar cifras importantes; las formas inmaduras están también elevadas casi siempre. Corrientemente hay leucopenia

monopenia, y con bastante frecuencia se observa aneosinofilia.

2.ª No guarda relación el número de horas con las alteraciones leucocitarias. Aunque no exactamente, hay bastante concordancia entre la alteración leucocitaria y el hallazgo anatomopatológico en sus diferentes estadios.

3.ª En los íleos de intestino grueso se ve con bastante constancia, que la alteración leucocitaria es más lenta y menos importante que en los íleos de intestino delgado ocurridos por la misma causa y expresado en el mismo tiempo de enfermedad; pero no es elemento con fuerza de diagnóstico.

4.ª En los íleos de intestino delgado en los que se encuentran graves alteraciones hematológicas y llevan pocas horas de cuadro agudo, hacen sospechar estrangulaciones o torsiones importantes. Tanto más severas cuanto menos tiempo.

5.ª Cuadros de íleo de bastantes horas (más de dos días) y en los que el hemograma presenta pocas alteraciones leucocitarias, especialmente en la desviación, hacen sospechar obturaciones mecánicas simples.

6.ª En las invaginaciones intestinales pasados los dos o tres primeros días, la regla es encontrar hemogramas poco o nada alterados.

7.ª Las alteraciones leucocitarias no tienen valor decisivo en el diagnóstico del íleo, es necesario correlacionarlas sobre el cuadro clínicamente sospechado y

mejor aún comprobado radiológicamente. Sólo así puede prestarnos ayuda diagnóstica.

8.^a El síndrome ileo está tan perfilado clínica y radiológicamente, que evita las disquisiciones hematológicas diferenciales, con otras afecciones de abdomen agudo, por la inutilidad que significa.

9.^a El verdadero juicio pronóstico sólo se consigue con el hemograma seriado; por el hemograma de ingreso es nulo o meramente orientador. Hay casos de curación con graves desviaciones.

10. La gráfica leucocitaria biológica, trazada en el ileo, expresa la evolución favorable o desfavorable de estos enfermos, así como sus complicaciones. En la obstrucción intestinal, si la causa ha sido resuelta y no hay complicaciones peritoníticas o secundarias, el hemograma suele normalizarse pronto, del tercero al quinto día.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Hämogramm beim akuten Ileus zeichnet sich durch Leukozytose mit Neutrophilie und Auftreten von unreifen Formen aus; dazu kommt eine Lymphopenie, Monopenie und oft auch noch eine Aneosinophilie. Dieses Blutbild steht in keinerlei Beziehung zur Zeit der verfloßenen Stunden, wohl aber zum pathologisch-anatomischen Befund des Darmverschlusses. Weiterhin konnte beobachtet

werden, dass die Leukozytenveränderungen beim Dickdarmileus geringer sind als beim Dünndarmverschluss. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass die Leukozytenveränderungen bei der Diagnose des Ileus keine entscheidende Rolle spielen, sondern dass sie durch die klinischen und roentgenologischen Daten ergänzt werden müssen. Vom prognostischen Standpunkt aus ist das Serienhämogramm interessant.

R É S U M É

L'hémogramme dans les iléons aigus se caractérise par une leucocytose avec neutrophylie et apparition de formes non mûres, lymphopénie, monopénie et fréquemment anéosinophilie. Cette formule ne garde pas de relation avec le nombre d'heures de l'obstruction; par contre il n'en est pas de même avec la trouvaille anatomopathologique. On observe de même que l'altération leucocytaire est inférieure chez les iléons de gros intestin que chez ceux d'intestin grêle. On peut dire en général que les altérations leucocytaires n'ont pas de valeur décisive dans le diagnostic de l'iléon et que son aide diagnostique a besoin d'être accompagnée de la confirmation clinique et radiologique. Du point de vue pronostic, l'hémogramme sérié est ce qui est d'intéressant.

NOTAS CLÍNICAS

GASTRITIS Y GASTRORRAGIAS COPIOSAS

E. RODA

Clínica Médica Universitaria (Madrid).

Director: PROF. C. JIMÉNEZ DÍAZ

Constituye un gran problema en Patología Digestiva el esclarecimiento etiológico y patogénico de ciertas formas nosológicas gástricas, que, a veces, sin más sintomatología (o si ésta existe apenas si tiene relieve), que gastrorragias intensísimas y recidivantes, ponen en grave trance la vida del enfermo que las padece. Vamos en consecuencia, a excluir de intento, por tanto, aquellas formas de gastrorragias atenuadas, que aun constituyendo quizás el único síntoma de una gastropatía, no nos interesan por ahora, para ocuparnos de cierta modalidad especial de gastrorragias que, sin otros síntomas clínicos de relieve, le dan carácter al proceso que vamos a enjuiciar. Expresión del mismo son los dos casos clínicos observados por nosotros en estos últimos años y que exponemos a continuación:

F. A. de la C., 20 años; de Madrid, donde reside (Zurbarano, 50); estudiante; soltero.

Hace cuatro años, yendo por la calle, y con previa salud hasta ese momento, sintió súbitamente un dolor epigástrico intenso, no irradiado, que no se acompañó ni de náuseas, ni de vómitos, ni de ictericia. Le duró cinco horas y se calmó con calor local, no habiéndose influido previamente por la toma de bicarbonato. Pasó y quedó bien sin molestias de ninguna clase. En julio de 1941, sin molestias prodrómicas, excepto una leve sensación de opresión epigástrica, tuvo una deposición negra, formada, seguida de dos más de aspecto parecido, pero no tan intensamente teñidas como la primera. Siguió así unos días, sintiéndose después bien, sin molestias gástricas locales ni ninguna de otro orden. A los tres meses y medio le repitió el cuadro, esta vez más intenso, produciéndose con vómitos (hematemesis) mezcla de alimentos ingeridos poco antes, más sangre semidigerida (como posos de café) y en coágulos, de color negruzco; el segundo de ellos de gran volumen, sólo contenía sangre negra y en coágulos; se siguió de lipotimias, sequedad de boca, sudoración, debilidad de pulso con gran taquicardia, gran palidez, etc., fué tan intenso el cuadro de colapso por hipovolemia, que hubieron de hacerle rápidamente transfusiones de sangre, ponerle tónicos periféricos, etc., para compensarle de momento. Se repuso y quedó bien. Sin síntomas de ninguna clase estimables, siguió hasta el final del verano de 1943, en que estando en un campamento de la Milicia Universitaria, sintió sensaciones dispépsicas (anorexia, mal sabor de boca, pesadez e inflazón epigástrica, etc.) que se siguió de temperatura febril (38'5 grados) que le duró tan sólo 24 horas, para seguirse algunos días más de febrícula y desaparecer después; coincidiendo con la iniciación de la fiebre empezó a tener ictericia (orinas encendidas, heces hipocólicas, prurito generalizado, etc.). Estuvo