

Contribución a la patología del colón⁽¹⁾

por los doctores

Manuel Boix Pou

Médico Interno del Hospital Penna de Buenos Aires

y

Guillermo Zorraquín

Profesor de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, jefe de Cirugía general del Hospital Penna

Al tratar enfermos del aparato hepatobiliar o urinario, que comprenden afecciones más o menos aparentemente localizadas a los tractus expresados, no conseguimos un éxito terapéutico si descuidamos la parte que en él corresponde al estado intestinal y sobre todo colítico.

En los cuadros clínicos aparentemente primitivos o simples de colecistitis, angio-colitis, pielitis, fosfaturias (sin entrar a hablar en términos tan generales en las litiasis fosfática y biliar), encontramos constantemente un pasado colítico más o menos agudo y un presente siempre importante originario del cuadro que se cree primitivo y que sólo es una parte, a distancia por repercusión, de la afección primitivamente *colítica*.

La gran mayoría de los vesiculares son constipados curativos. Cuando se presenta la constipación horaria, si ella es derecha va acompañada de un grado variable de retención ileo-cecal. La retención cecal a las 24 horas es un signo comunmente encontrado en los presuntos vesiculares intoxicados, dispépticos con crisis agudas de cólicos hepáticos, que pueden entrar en la categoría de coloidoclásicos (según la clasificación de Parturier). Pueden ser a la vez retencionistas vesiculares y aún estrechos periduodenales con cefáleas intensas, a ve-

ces catalogadas de neuralgias del trigemino y que ceden pronto a la dieta de derivación entero-vesicular (laxantes y colecistokínticos).

La diarrea que a veces encontramos en los vesiculares responde ya a una irritabilidad anormal de la vesícula o a un reflejo vesículo enteral con heces claras muy fluidas postprandiales (Diarrea postprandial de Linossier). Más frecuentemente es el exponente de una irritación colónica, de un verdadero estado de colitis debido a la misma constipación; son pseudo-diarreicos.

En todo enfermo entero-hepático debemos estudiar la fisiología del colon. El tránsito intestinal, el examen de las materias fecales y por último el examen radiográfico.

El tránsito intestinal lo investigamos por medio de pequeñas perlas de vidrio de 8 ó 9 milímetros de diámetro, dadas con intervalos de 24 horas y de distinto color para distinguir las en la evacuación. Normalmente deben ser expulsadas entre las 24 y 30 horas y en el orden de ingestión. El retardo de la evacuación en ectásicos cecales es constante.

El examen de las heces a parte del fun-

(1) Comunicación al II Congreso Nacional de Patología Digestiva. Barcelona, Diciembre 1935.

cionamiento de las glándulas anexas y de los jugos intestinales para la desintegración de los alimentos, de las floras microbianas, de la presencia de parásitos o sus formas ovulares o enquistación de la pared colónica, tal es la presencia de núcleo albúminas, mucus, etc.

El examen radioscópico lo efectuamos combinando las tomas de sulfato de bario con la ingestión de perlas de vidrio y municiones de calibre grande, las cuales se diferencian perfectamente en las placas radiográficas.

Hacemos ingerir al sujeto en examen: Las municiones (Dos) 48 horas antes de la radiografía. Las perlas de vidrio (Dos o tres) 24 horas antes y las tomas de bario se hacen 22, 17 y 12 horas antes respectivamente.

En esta forma tenemos un concepto de conjunto sobre una sola placa, del recorrido intestinal, para obtener lo cual en otra forma necesita varios exámenes radiográficos sucesivos. En algunos casos de pereza cecal encontramos una permanencia de las perlas en ese segmento cuando la cabeza opaca está en descendente.

El examen radiográfico, como es notorio, nos informa sobre la estática intestinal y estado de las mucosas. Las sombras más o menos teñidas de aspecto esfumado, la falta de relleno, los espasmos y los restos que tapizan la mucosa dando un aspecto marmóreo, son signos de inflamación que muy frecuentemente se encuentran en los enfermos catalogados como apendiculares crónicos.

Las anomalías de posición, la presencia de membranas pericolíticas pueden acompañar a alteraciones congénitas del aparato biliar, constituyendo la base o fondo sobre el cual actúan los procesos etio-patogénicos que constituirán un entero-hepático.

La intoxicación de origen enteral afecta

por la corriente porta variablemente la célula hepática, caracterizada por su extrema fragilidad, pero también actúa por la gran circulación, sobre todo el organismo, en esencial sobre el riñón y el mismo hígado. Tenemos así constituido el síndrome de la *Enterotoxiosis* más esquematizado por un síndrome *Entero hepato-renal*.

Desde el punto de vista hepático aparecen anatomopatológicamente, hepatitis y hepatitis (degeneración e inflamación). Canaliculitis con rigidez canalicular. La canaliculitis, al principio confundida con la hepatitis, toma su individualidad posteriormente al interesarse los gruesos canales bajo la forma de coledocitis y colecistitis. En la coledocitis debe distinguirse lo correspondiente a su pared y a su esfínter, igualmente deben tenerse en cuenta las relaciones existentes entre coledoco y Wirsung en su terminación; el reflujo en ambos canales agrava sus procesos patológicos en presencia de un espasmo del Oddi.

Clínicamente éstos enfermos pueden predominar en signos hepáticos con dolor variable de la dispepsia al cólico hepático, ictericias y procesos palpables en abdomen de la inflamación o tumor.

Por parte del riñón encontramos primeramente alteraciones en la orina, disminución de la acidez, presencia de fosfatos alcalino térreos en abundancia en el sedimento que a veces alcalinizan el medio dando aspecto turbio. Presencia de leucocitos o sangre, que ya expresan un proceso de inflamación pielo-renal. El dolor, algunos signos vesicales y sobre todo el dolor semejante al cólico renal confundible a veces con la apendicitis cuando asienta en el lado derecho (máximo cuando existe un ciego sensible), son los signos más importantes de estos entero-renales. La colibacilemia, la pielitis, etc., son grados más avanzados y a veces aparentemente primitivos, y

sobre los cuales insistiremos en la necesidad de investigar su origen colítico.

Por la aplicación del tratamiento adecuado ante un cuadro, sobre todo doloroso, hepático o renal, debemos investigar minuciosamente la presencia o no de un cuadro concomitante intestinal, que puede pasar desapercibido al examen superficial, por tratarse de una afección no dolorosa, a febril y con un horario (de evacuación intestinal) de apariencia normal.

El colon derecho, cuando duele espontáneamente es debido a una inflamación que produce crisis cólicas (confundibles con la apendicitis) y signos de reacción pericolítica.

La presencia de temperatura puede dramatizar más el cuadro haciéndolo más confundible con una apendicitis, pero las temperaturas altas desde un principio lo consideramos un buen signo en contra de ella.

En ausencia de dolor espontáneo, el colon presenta endolorimiento a la palpación (variablemente intenso) y éxtasis, causa más importante de la intoxicación del organismo y originaria, junto con la inflamación crónica de la pared, de la mayor absorción microbiano-tóxica y repercusión hepato-renal.

El dolor aparece alternativamente con signos de pseudo obstrucción en los pericolíticos que a veces obligan a una intervención a los más prudentes.

Estos cuadros que pasan desapercibidos deben ser tratados para evitar nuevos aportes tóxicos.

Nosotros actuamos sobre el emuctorio intestinal por medio de aceites minerales del tipo de la vaselina líquida asociada o no a la fenoltaleina al 1 ó 2 por ciento, de acuerdo a la pereza intestinal.

La medicación tópica intestinal la efectuamos en los cecocólicos dolorosos por

medio del Kaolin y el Sub-nitrato de bismuto.

El Sub-nitrato de bismuto actúa sobre la mucosa intestinal como un adsorbente y tópico equivalente a una solución de nitrato de plata al 1,5 por mil, tomado a altas dosis, variable para cada sujeto, pero que oscilan por encima de 20 gramos, actuando como cuerpo extraño, tiene efecto laxante. El sub-nitrato de bismuto debe usarse a dosis laxantes, este efecto es el que mide la droga. Lo administramos en una, dos o tres tomas, de 6 a 10 gramos durante el día, hasta conseguir el efecto deseado.

Nuestra experiencia en muchos cecales, pericolíticos y apendicectomizados, nos inclinan a creerlo el mejor medicamento para el dolor cecal.

En los menos dolorosos con vesículas no irritables, lo podemos unir al sulfato de magnesia al 20 por ciento de esta última sal.

La dieta indudablemente que es el coadyuvante indispensable de esta medicación, ella tendrá en cuenta el estado de la flora microbiana intestinal y el grado de irritación intestinal. En los cecales dolorosos el régimen semiblando y, poco a poco, régimen basto. En los ectásicos puros se usará este último de preferencia. En los ptósicos debe hacerse una cura de engorde (Insulina-manteca, etc.

Desde el punto de vista quirúrgico, lo primero que se hace frente a un dolor de la F. I. D., y en ello hay un abuso extremado, es la apendicectomía. Todo constipado derecho, todo colítico o pericolítico que se queja de esta región es apendicectomizado. Se ve en el apéndice la espina irritativa, el causante de todos los dolores de la F. I. D., y después de su extirpación se comprueba desgraciadamente que esta amputación ha sido poco menos que estéril,

pues las molestias persisten y a veces aumentan.

Debe pensarse ante este complejo de la apendicitis crónica, que no se trata, cuando el apéndice está inflamado, solamente de una lesión localizada a ese segmento, sino que ello constituye una parte de un complejo de éxtasis y adinamia o irritaciones con espasmos de todo el carrefour ileo-cecal. Creemos que el examen consciente de la fisiología del colon es indispensable antes de ninguna operación de la encrucijada cecal. El único signo evidente de la apendicitis crónica es el dolor localizado en este órgano cuando éste es visible a la radioscopia y su variabilidad de posición paralela al de éste. Los signos indirectos no son exactos.

Cuando se decide por extirpar un apéndice debemos saber bien qué es lo que quedará después de ello y qué alcance puede tener la intervención practicada y la necesidad de insistir con un tratamiento médico adecuado, ya que otras intervenciones mayores no nos dan suficientes garantías de éxito.

Un colon móvil con buena musculatura y sin adherencias es capaz de funcionar suficientemente, y en cambio un colon en buena posición con atrofia de sus paredes y múltiples adherencias es incapaz de mejorar con un tratamiento médico y poner en discusión la conveniencia o no de la colectomía.

En la Diatermia hemos tenido un buen coadyuvante para el tratamiento de los dolores de la F. I. D.

En los ciegos extásicos con retenciones prolongadas de 48 y 60 horas con imagen radiográfica muy aumentada y evidentes signos de intoxicación, practicamos la Ceco-Sigmoidostomía, haciendo una boca anastomótica suficiente.

En el post operatorio de estos enfermos

asistimos a dos períodos sucesivos: En el primero por la alteración que implica a la fisiología colónica, las heces son diarreicas y a poco que nos descuidemos ácidas (cecales) e irritantes para el sigma (puede provocar colorrectitis secundarias). En un segundo período hay adaptación a la nueva función; una parte de la columna fecal (la más importante) pasa al colon, siguiendo el curso normal y otra parte (la menor) va por la neo boca.

Por medio del método de las perlas y municiones hemos comprobado lo expuesto, pues se han encontrado perlas en el sigma, que han llegado a este segmento interior del colon antes que municiones, tomadas con anterioridad, las cuales han seguido el primitivo curso de las heces.

Se tiende cada vez más (a pesar de haberse limitado muchísimo el campo de la colectomía) a hacer la hemicolectomía derecha en los procesos derechos avanzados de pericolicitis. Creemos que más que el dolor, indican la intervención el estado de intoxicación del sujeto, que lo lleva a la depresión, estados maníacos, neurastenia, haciéndolos incapaces de efectuar su anterior vida habitual e inaptos para el trabajo. Estos sujetos abandonados pueden terminar en el suicidio. La hemicolectomía, cuya mortalidad operatoria es mínima, la hemos practicado con este concepto y mejorado enfermos que han podido volver a sus ocupaciones.

Otra cosa ocurre cuando el dolor es el causante de su indicación.

Consideramos que en ellos existe un terreno que favorece el establecimiento de sinnúmero de adherencias, que recidivan en el post operatorio.

Hemos sido estrictos en la preparación pre-operatoria de estos sujetos y empleado en algunos los lavados amplios de intestino con el aparato lavador de Enteroclea-

ner, con soluciones hemolientes, lo que nos ha dado más garantías de la vacuidad del colon en la intervención ejecutada con una transverso-iliostomía término terminal.

La dilatación del ileon en algunos casos ha sido inmediata; en un caso recordamos que el intestino delgado presentaba el espesor del grueso a la radiografía en una extensión equivalente a la longitud de lo extirpado a los seis días de la intervención.

Esta colonización temprana del ileon no aporta un mayor grado de intoxicación como sería de esperar, la constipación mejora.

Al intervenir un pericolítico, debemos esforzarnos en la buena peritonización; las superficies desprovistas de serosa favorecen además de la formación de adherencias, la fijación inconveniente del ciego o ascendente, con sucesivas crisis de pseudo obstrucción. La movilidad exagerada del colon, el ciego móvil con un meso largo y de inserción alta, pueden mejorar con diatermia de sus crisis dolorosas, si se tiene cuidado de evitar su éxtasis.

RESUM

Estudien els autors el quadre hepato-entero-renal, especialment des del punt de vista de les alteracions del colon en els afectes de malalties

de les vies biliars i del fetge. A continuació fan un detallat estudi del síndrome dolorós de fosa iliaca dreta de tipus crònic, donant les dades diferencials per arribar al diagnòstic precís entre una apendicitis crònica i una inflamació de cec o de colon ascendent. Per fi indiquen els mitjans de tractament d'aquestes lesions.

RÉSUMÉ

Les auteurs étudient le cadre hepato-entero-renal surtout au point de vue des altérations du colon, dans les maladies des voies biliaires et du foie. A continuation ils font une étude détaillée du syndrome douleur dans la fosse iliaque droite du type chronique et ils ajoutent les données différentielles pour arriver à un diagnostic précis entre une appendicite chronique et une inflammation du caecum ou du colon ascendent. Finalement ils indiquent les moyens de traiter ces lésions.

SUMMARY

The authors study the hepato-entero-renal picture, particularly from the point of view of alterations of the colon in diseases of the biliary tracts and of the liver. They make a detailed study of the syndrome pain in the right iliacal fossa of a chronic type, showing how to make a differential diagnosis between a chronic appendicitis and an inflammation of the caecum or the ascending colon. They indicate the adequate treatment.