

Obstrucción Intestinal Causada por Carica Peltata

Por
Dr. Federico Sasto Paralta*

La obturación obstructiva del intestino por presencia de cuerpo extraño intraluminal es un tipo raro de ileo. Estas fueron clasificadas por Storck como sigue:

- 1) Coletiasis
- 2) Parasitarias
Ascaris
Taeniae
Trichocephalus
Oxiurus
- 3) Fecalomas
- 4) Piedras en intestino
"Colesterol y ácidos biliares"
"Carbonato de calcio y fosfatos"
- 5) Endurecimientos fecales
Barnis
Caseina
Hule crudo
Carbonato de bismuto y magnesio
- 6) Benzoares
- 7) Bolo alimenticios
- 8) *Misceláneos*
Metal
Vidrio
Hueso
Botón de Murphy
- 9) Meconio

* Cirujano-Asistente del "Servicio Barrionuevo" del Hospital San Juan de Dios.

Storck A., Rothechild J. E., And Ochsner A. Ann/Surg. 109: 844, 1939.

Los reportes de este tipo de obstrucción varían considerablemente, pero sólo excepcionalmente tienen significado estadístico, de ahí que consideramos que el reporte de un caso nos sirve para revisar una de las causas obstructivas. La ingesta de semillas de la carica peltata, pueden producir un obstrucción intraluminal del intestino grueso, donde se concentran, que con el endurecimiento de la materia fecal se entrelazan produciendo un verdadero impacto adherido a la mucosa.

Aunque el árbol nace en forma silvestre y los trabajadores del campo ingieren su fruta con frecuencia no lo hacen de las semillas por conocer sus consecuencias, de ahí que la frecuencia sea mayor en niños, debido al sabor muy apetesible cuando el paciente se encuentra en la montaña. Esto tiene una importancia epidemiológica indiscutible, pues los pacientes ingresan al Hospital a fines de Septiembre y principios de Enero, época en la cual la planta está en frutos.

DESCRIPCION DE LA "CARICA PELTATA"

La planta que produce dicha fruta pertenece a la misma familia de la papaya (*caricacias*) y tiene las mismas características botánicas parecidas siendo escasas las referencias sobre ella.

El informe más exacto es el del Profesor H. Pittier en su libro titulado "ENSAYO SOBRE LAS PLANTAS USUALES DE COSTA RICA", quien la califica como *Carica Peltata*, arbusto que crece en regiones de clima medio en varios países de América Tropical. Desde antaño era conocida, aún por los grupos indígenas de Costa Rica. Los Bribies la llaman *Kitsu* y los Terrabas *Zanou Bon Tukra*, entre los nombres vulgares con que se conoce la fruta en Panamá y Costa Rica, hay varios: en ciertos lugares la llaman "papaya cimarrona", "papayita" o "papayuela" en otros la conocen con el nombre de "lerdo" por ser lento el proceso de maduración de la fruta; en otros con la expresión muy gráfica, que hace por sí misma un resumen de la sintomatología que produce la acumulación de semillas en el intestino "papayita tapaculo".

La *Carica Peltata* crece en varios lugares de Costa Rica. Se encuentra en fruto desde fines del mes de setiembre a principios de Diciembre. El tamaño de la fruta es mucho más pequeño que el de la papaya corriente. Tiene forma periforme de 10 cms. de largo por 6 de ancho aproximadamente, de color verdoso, con tinte rosado cuando está muy madura y con jaspe de manchas más oscuras. Cuando la fruta está madura desprende un aroma agradable, que corre pareja con

el sabor dulce de la pulpa. Haciendo un corte transversal, present pulpa blanco amarillenta que se dispone haciendo cinco o seis tabicamientos en los que están colocadas las semillas, que constituyen el mayor volumen de la fruta.

Como es la semilla la causante de los síntomas producidos por la ingestión de la fruta, haremos una descripción detallada de esta: En su estado fresco se parece a la papaya corriente, en su forma, color y consistencia, aún cuando es más pequeña. Están rodeada de una sustancia mucilaginoso y tiene un tamaño de 4 x 6 mm. Tan pronto como se ingiere los jugos gastrointestinales digieren la envoltura mucilaginoso que la rodean y su cuerpo leñoso se esponja, aumentando tres o cuatro veces su tamaño y liberando en sentido longitudinal, alrededor de un eje, cinco cortinas que tienen en el borde libre de cinco a ocho ganchos, duros como uñas, formados por una sustancia mucho más resistente que el resto del cuerpo de la semilla. Estos ganchos al entrelazarse unos con otros, forman verdaderas masas que obstruyen la luz intestinal. Las semillas al salir del intestino tienen un color negro parduzco y algunas alcanzan un tamaño de 8 a 9 milímetros. Cuando son lavadas de las deposiciones y se secan, pesan alrededor de 50 miligramos cada una, conservan su forma hirsuta y color, pero que al perder la humedad se aclara a un color café pardo. (Dres. A. Peña Chavarría, A. Acosta Guzmán; *Revist Salud, Oficina Educación Sanitaria*, 1959).

REPORTE DE UN CASO:

R.Q.P. (169215) que ingresa en Febrero 1968; masculino, de 44 años de edad, jornalero, vive y trabaja en Golfito, Puntarenas.

Antecedentes Mórbidos: Epilepsia con deterioro intelectual, sin antecedentes de otro padecimiento de importancia.

MOTIVO DE SU INTERNAMIENTO:

Ocho días antes ingería una "papayita" con su semilla; después de veinte y cuatro horas presentó un cuadro disenteriforme con sangrado escaso, al poco tiempo y dos días antes de su internamiento dolor intenso en fosa iliaca izquierda, constipación, dilatación abdominal; al ser explorado este paciente se encontraba omníbuldo, deshidratado, y al acercarse despedía un olor característico. El abdomen se encontraba muy distendido y con ausencia de peristaltismo, y por tacto rectal la impresión de una masa que se desmoronaba en unas pequeñas semillas. Mientras se preparó para cirugía y se efectuaban los exámenes se procedió a la extracción de una gran cantidad de semillas del recto; las cuales se encontraban impactadas entre sí, y unidas a la mucosa edematizada y sangrante.

La placa simple de abdomen demostró una zona de obstrucción en descendente con enorme dilatación proximal como puede ser observada en las fotografías.

De esta forma se extrajeron unos 200 cc. de estómago en las fotografías.



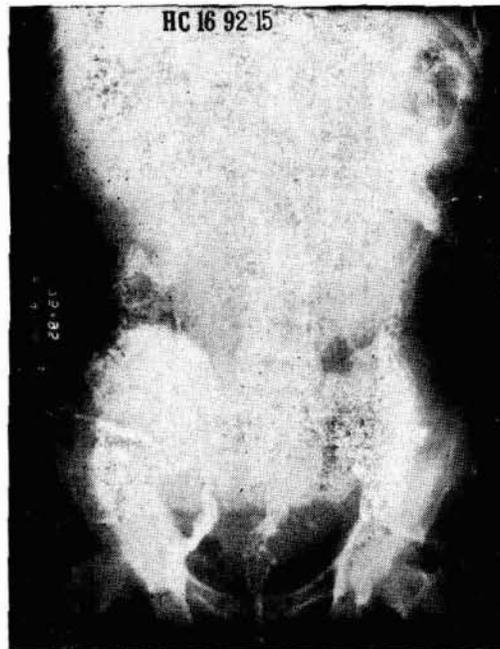
Al efectuar laparotomía se encontró en sigmoidees una masa intraluminal impactada con zonas francamente isquémicas, se procedió a efectuar sigmoidotomía extrayéndose una cantidad aproximada de 600 cc. de semillas entrelasadas y adheridas a una mucosa sumamente edematizada y fácilmente sangrante. Sobre colon transverso se extrajo otra cantidad similar pero con más contenido de materia fecal; se dejó una colostomía temporal que fue abierta a las 48 horas.

En el postoperatorio inmediato presentó crisis epileptiformes, fue manejado con Epamin, Fenobarbital, Hidroelectrolitos, Antibióticos y enemas evacuantes pequeños de glicerina. Al quinto día el cuadro general hubo mejorado notablemente y expulsado gases por colostomía, en recto casi no se palpaban semillas; presentó un sangrado masivo que se controló con sangre. Al octavo día volvió a presentar otro sangrado intenso y sobre algunas venas hemorroidales existía erosiones por lo cual se empacó.

El paciente fue recuperando paulatinamente y cuando se encontraba en la tercera semana hizo una tromboflebitis de miembro inferior izquierdo.

A la quinta semana se encontraba en muy buenas condiciones, con la herida cicatrizada, colostomía funcionaba bien y muy poco edema de la boca. El enema opaco demostró una pequeña zona de estrechez a nivel de la sigmoidotomía decidiéndose cerrar la colostomía.

La evolución posterior fue muy buena, siendo dado de alta y el control del enema opaco demuestra casi normalidad como puede ser observado en la fotografía.



COMENTARIO:

El estudio de un caso de obstrucción intraluminal por cuerpo extraño no tiene importancia estadística, su recopilación arroja cifras muy bajas en relación a la obstrucción intestinal por otras causas, no pasando del 1% de ellas, siendo la litiasis biliar la más frecuente en estadísticas norteamericanas (H. J. Tumen, *Gastroenterology* Bockus, Chapter 53; Págs. 375, 1964). En nuestro medio hemos observado que la ascariasis masiva se observa con relativa frecuencia. La ingesta de la papayita se observa en las zonas cálidas de nuestro país, donde los trabajadores en las montañas la comen con frecuencia, no así sus consecuencias, pero nuestro campesino no come las semillas, y su frecuencia es mucho mayor en niños, de ahí la importancia de su divulgación.

En el departamento de Bioestadística no hay reporte de otros casos en los últimos dos años, haciendo énfasis que este cuadro tiene una frecuencia epidemiológico, como fue reportado por el Dr. Peña Chavarría sobre varios casos del Hospital, principalmente cuando se tenían niños, debido al tiempo de cosecha de la fruta.

Los efectos de la obstrucción son tanto locales como también ataque al estado general, dependiendo principalmente de las horas transcurridas, y la integridad en el aporte sanguíneo al intestino, ya que éstas son bajas, principalmente en rectosigmoides, por la capacidad del colon de solidificar las heces (H. W. Devemport - *Physiology of The Digestive Tract*, 1962) donde las semillas se entrelazaban entre sí y se adhieren a la mucosa por medio de los ganchos, los cuales la traumatizan severamente y hacen difícil su extracción.

Este es un padecimiento de suma gravedad donde los cambios hidroelectrolíticos no son tan severos en hiponatremia o hipocloremia como cuando se cierra el tránsito en íleon, ya que las pérdidas por vómitos son menores, pero si la distensión aumentada por una válvula ileocecal competente. La distensión abdominal causada por la acumulación de líquidos propios de la digestión así como aumento en secreción y transudación propios del intestino obstruido aunada a la presencia de gases producen cambios en la pared intestinal.

A estos cambios propios de las obstrucciones se presenta la lesión mecánica descrita anteriormente; hay un aumento del peso del intestino debido al volumen sanguíneo y en términos generales es más débil a la resistencia por el aumento de presión permitiendo la absorción por medios no usuales a través del peritoneo y formando una asa ciega como puede observarse en la primera fotografía.

La sintomatología cardinal está compuesta por un cuadro de obstrucción intestinal: dolor, vómitos y estreñimiento, percibiéndose además un olor característico y expulsión o recolección por recto de las semillas. El estudio radiológico de abdomen demuestra la obstrucción de intestino y sirve para observar la presencia de complicaciones como perforación con la liberación de gas en cavidad.

El tratamiento una vez establecido el diagnóstico es muy importante en vista de la relación directa que existe entre la mortalidad y tiempo antes de iniciarlo.

Las medidas esenciales a mejorar el estado general corrigiendo los hidroelectrolitos, deficiencia proteínica, intubación y descompresión de intestino son los primeros pasos, restando las medidas directas. La medida directa consiste como es obvio en restaurar el tránsito. Si el caso lo permite se intentará retirar la obturación por vía rectal con la ayuda

de la endoscopia pero esto es una medida muy peligrosa por la condición de la mucosa restando la vía quirúrgica abdominal para descomprimir donde es muy útil la colonoscopia abdominal (Isio F. Wasserman, trans-abdominal Colonoscopy with the Suction lavage Sigmoidoscope. Diseases of the Colon Textum. Vol 11-2-1968) para extraer las semillas y seguir los principios de cirugía colónica. En el potoperatorio no tuvimos las complicaciones severas de operados de intestino grueso como colitis pseudomembranosa o gangrena sinérgica (Rousselot M. Slattery J. A. Complicaciones Inmediatas de la cirugía del Intestino Grueso. Clin. Quir. de Norte América - Pág. 397. 1964) Lo que se observó fue sangrado tanto en la mucosa traumatizada, así como de las venas hemorroidales.

RESUMEN:

Se presenta un caso aislado de obstrucción intestinal por semillas de *Carica Peltata*, se revisa el tema sobre el cual hay muy poca literatura internacional en vista de ser una fruta propia de climas cálidos que entraña una emergencia médico-quirúrgica.
