

Obstrucción de Boca Anastomótica y de Intestino Delgado por Pulpa de Naranja en el Enfermo Gastrectomizado

DR. ARNOLDO FERNÁNDEZ SOTO*

DR. JUAN R. ARCE VILLALOBOS*

Una de las complicaciones que ha ido adquiriendo identificación en la clínica y en la cirugía del estómago operado es la referente a las obstrucciones producidas por bezoares y de ellos muy particularmente el debido a pulpa de naranja. En efecto, durante los últimos 20 años, la publicación de estos casos han aumentado considerablemente. La obstrucción puede tener lugar sea en la boca anastomótica o bien en cualquier lugar del intestino delgado, señalándose un punto situado 50 cms. arriba de la válvula ilio-cecal como el más frecuente. Posiblemente ello es debido a que a ese nivel existe una ligera reducción del calibre del intestino a la vez que disminución de su modalidad.

El primer caso de obstrucción intestinal por fitobezoar después de resección gástrica, fue publicado por Seifert, en Alemania en 1930 (1).

En 1955 Norberg (2) describió 7 pacientes que habían presentado obstrucción intestinal por bezoares después de resección gástrica para corregir úlcera duodenal. Schalang y Mchenry (5) en 1963 reunieron 84 casos de obstrucción intestinal después de resección gástrica en que el bolo estaba constituido únicamente por pulpa de naranja.

MATERIAL Y METODOS

El 17 de agosto de 1971, se presentó al Hospital México un paciente. E. J. R. de 48 años de edad, gastrectomizado por úlcera duodenal sangrante en abril de 1971 y en el que se le había practicado gastrectomía sub-total con anastomosis gastro-yeyunal iso-peristáltica, oral parcial, antecólica, acusando desde 24 horas antes vómitos persistentes de abundante cantidad de líquido con poco contenido en alimentos. Entre sus antecedentes importantes se anotó la gastrectomía sub-total realizada y además, el dato intencionalmente buscado, de haber ingerido pocas horas antes naranjas, incluyendo su pulpa. Los vómitos se habían

* Servicio Cirugía General N° 2. Hospital México.

iniciado poco tiempo después de ésta ingestión. Se consignó con claridad que en todo el post-operatorio, hasta ese momento, no había presentado molestias similares y que la aparente obstrucción de boca anastomótica se había establecido súbitamente.

La radiografía de estómago operado realizada con bario, demostraba gran cantidad de líquido de retención y muy poco paso del medio de contraste hacia el yeyuno (Fig. N° 1). Basados en experiencia anterior hicimos el diagnóstico de probable obstrucción de boca anastomótica por pulpa de naranja. La operación ratificó el diagnóstico y el material causante de la obstrucción se extrajo a través de yeyunotomía realizada 10 cms. abajo de la boca anastomótica. En efecto, en 1959 tuvimos la oportunidad de operar a una paciente H.C.T. de 54 años de edad, quien dos años antes había sufrido gastrectomía subtotal por úlcera duodenal sangrante habiéndose restablecido la continuidad digestiva por medio de anastomosis antecólica, oral parcial, anisoperistáltica de esa larga y con anastomosis yeyu-yeyuno (anastomosis de Brown). Presentaba entonces un cuadro de obstrucción intestinal con vómitos que habían adquirido el carácter de fecaloides y se quejaba además de dolor abdominal de tipo intermitente a la vez que había notado distensión del abdomen. Se había iniciado esta sintomatología algunas horas antes de su ingreso al Hospital. A la exploración física el abdomen era blando, moderadamente doloroso y se auscultaban ruidos intestinales aumentados. La placa simple de abdomen mostraba aire en intestino delgado con algunos niveles hidroaéreos y asas distendidas. Se estableció entonces el diagnóstico de obstrucción intestinal por probables adherencias post-operatorias. En la intervención quirúrgica se encontró 50 cms. arriba de la válvula ileocecal, en el ileon, una masa blanduzca de consistencia fibrosa que obstruía el paso del contenido intestinal a ese nivel. El intestino arriba de la obstrucción estaba distendido, más por lo contrario, colapsado debajo de ese lugar. Se practicó pequeña enterotomía por donde se extrajo el material que consistía en pulpa de naranja con todas sus características.

Nuevamente a finales de 1972 se presenta al Hospital México un paciente M.M.C. a quien habíamos gastrectomizado hacía 14 meses por úlcera duodenal sangrante. La resección gástrica había consistido en antrectomía con vaguectomía y la continuidad del aparato digestivo se había restablecido por medio de anastomosis oral total, aniso-peristáltica y antecólica. Después de un post-operatorio sin molestias, incluyendo la normalización de su horario alimenticio y escogencia libre de alimentos, súbitamente presentó vómitos abundantes, al principio con contenido de alimentos, habiendo reconocido la presencia de pulpa de naranja que había ingerido algunas horas antes. Acusaba imposibilidad absoluta de ingerir alimentos sin que fueran expulsados inmediatamente por el vómito. Mostraba signos de moderada deshidratación y acusaba además dolor moderado de tipo distensión intensa en epigastrio.

La radiografía con bario del estómago operado mostraba una inmensa distensión del muñón gástrico con muy poco paso del medio de contraste a través de la boca anastomótica (Fig. N° 2). Al paciente se le colocó sonda nasogástrica por la que se le practicaron lavados gástricos durante dos días al cabo de los cuales presentó vómitos intensos con expulsión de pulpa de naranja. Desde ese momento experimentó una mejoría completa de sus molestias.

La gastroscopía practicada al día siguiente, mostró un muñón gástrico sin contenido, de un tamaño mucho más pequeño del que se había observado en la radiografía y la boca anastomótica estaba perfectamente permeable.

Se inició la alimentación de inmediato en forma normal sin molestia alguna. Diez días después el control radiográfico del estómago operado demos-

tró una gran reducción del tamaño del muñón gástrico y un perfecto funcionamiento de la boca anastomótica (Fig. N° 3).

La evolución posterior inmediata y tardía de los tres casos fueron resolutivas en lo que respecta a la obstrucción que presentaban normalizándose en forma inmediata la permeabilidad del aparato digestivo y su función.

COMENTARIO

En el análisis de los casos de obstrucciones de boca anastomótica y de intestino delgado por bezoares en enfermos gastrectomizados merecen tomarse en consideración algunos factores o aspectos que contribuyen o participan en la etiología de dicha obstrucción.

a.—CARACTERISTICAS DEL BOLO

La mayor parte de los alimentos señalados como causantes de obstrucción intestinal en enfermos que han sufrido intervenciones resectivas del estómago, son aquellos que están constituidos en gran parte de material indigerible, como lo encontramos en la pulpa de la naranja, la cual después de extraído el jugo queda un residuo fibroso imposible de digerir o de triturar dentro del aparato digestivo del ser humano. Al pasar el residuo en forma directa hacia la luz del intestino aumenta éste de volumen y causa la obstrucción. El aumento de volumen probablemente se deba a aumento en su contenido de agua.

b.—ESTADO DEL MECANISMO DE MASTICACION

La mayoría de los autores que han publicado los casos de obstrucción por fitobezoares señalan como factor muy importante los defectos de masticación, sean éstos por carencia de dientes o bien por un mal hábito de esa importante función.

c.—PERDIDA DE LA FUNCION PILORICA

El conocimiento de la fisiología del esfínter pilórico relacionado con el resto del estómago nos ayuda a concebir por qué ciertos alimentos ingeridos de gran tamaño no logran pasar el píloro y causan obstrucción intestinal. En efecto, se ha demostrado que el diámetro del píloro tiene relación en determinado momento con el del antro; la respuesta del antro y el píloro a su vez ante una contracción peristáltica del estómago, reduciendo su luz, hacen que las partículas de gran tamaño, no puedan pasar hacia el duodeno. Esto no sucede en el estómago operado, sea con piloroplastia o con anastomosis a yeyuno.

d.—ANATOMIA Y MOTILIDAD DEL INTESTINO DELGADO

Es aceptado que el intestino delgado tiene su menor circunferencia y motilidad en un sitio localizado a unos 50 cms. arriba de la válvula ileocecal. Esto coincide con el hecho de que la mayoría de los casos reportados de obstrucción por alimentos fibrosos se haya encontrado 50 cms. arriba de la válvula ileocecal. Uno de los casos nuestros fue allí donde se encontró el bezoar obstruc-

tivo y que estaba constituido por pulpa de naranja. En la inmensa mayoría de los casos publicados el material obstructivo estuvo formado por pulpa de naranja (90%) (4-5). Los tres casos nuestros, motivo de esta publicación, fue precisamente la pulpa de naranja, la causa de la obstrucción.

En general, se señala que todos los alimentos ricos en fibras, pueden constituir masas capaces de obstruir.

COMENTARIO Y RESUMEN

Está plenamente confirmada la obstrucción intestinal por fito-bezoar principalmente como complicación tardía en enfermos gastrectomizados. El diagnóstico preoperatorio de éstos casos es factible hacerlo como se evidencia en los trabajos publicados en relación con este problema y como sucedió en dos de nuestros casos.

Si se tiene en mente esta complicación se podrán evitar intervenciones quirúrgicas si se le brinda la oportunidad al paciente de someterse a tratamiento conservador a base de lavados gástricos o maniobras endoscópicas.

El interrogatorio intencional en busca de la ingestión de alimentos fibrosos principalmente pulpa de naranja, nos orientarán hacia el diagnóstico adecuado.

El cirujano debe sentirse obligado de advertirle al paciente gastrectomizado la necesidad de abolir de la dieta, aquellos alimentos fibrosos, sobre todo naranja, a menos que puedan ser bien masticados antes de su deglución.

Se hace sugestiva la idea de que posiblemente mucha sintomatología que se presenta ocasionalmente en enfermos gastrectomizados expresada en forma de dolores abdominales con distensión y a veces vómitos, se pueden deber a obstrucciones intestinales o de la boca anastomótica como consecuencia de alimentos fibrosos, mal masticados, que pasan directamente al intestino donde se reconstituyen por absorción de agua y obliteran parcialmente la luz del intestino.

BIBLIOGRAFIA :

- 1.—BUCHHOLZ, R. RANSON, AND HAISTEN S. ARNOLD.
Phytobezoars following gastric surgery for duodenal ulcer. Surg. Clin. North Am. Vol. 52:381, 1970.
- 2.—NORBERG, P. B.
Intestinal obstruction due to citrus fruits after partial gastrectomy. Acta Chir. Scandinav. Vol. 109:43, 1955.
- 3.—SCHLANG, H. A. AND MC HENRY, LE.
Obstruction of the small bowel. Ry Orange in the post gastrectomy patient.
- 4.—RIBET, M., FOUET, A. AND GUERRIN, F.
Occlusion of the small intestine due to phy to be loars after gastrectomy (3 cases) Presse Med. Vol. 69:2610, 1961.
- 5.—RIGLER, R. C. AND GRININGER DR.
Phy to be loars following partial gastrectomy. Surg. Clin. North Am. Vol. 50:381, 1970.

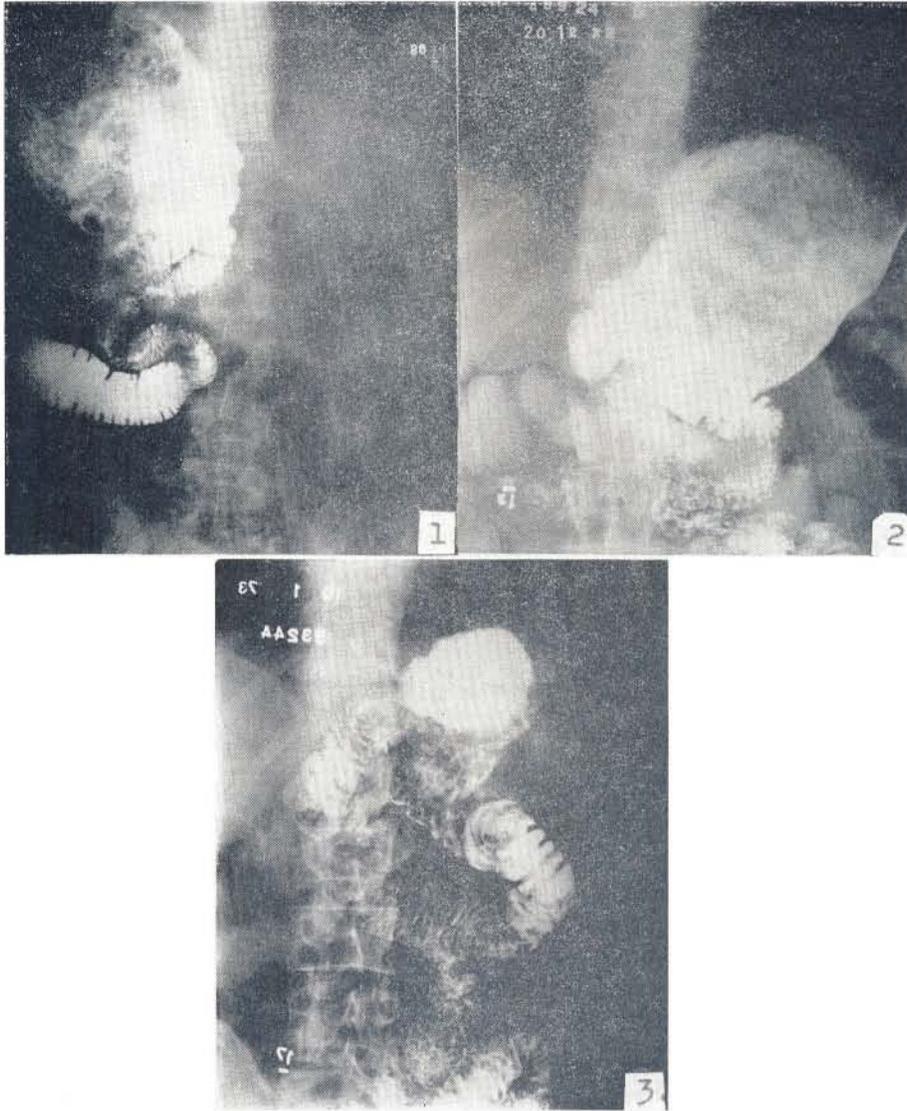


Fig. N° 1.—Paciente E.J.R. La radiografía muestra un muñón gástrico muy distendido debido a la obstrucción pocos centímetros abajo de la boca anastomótica.

Fig. N° 2.—Paciente M.M.C. gran distensión del muñón gástrico durante la obstrucción.

Fig. N° 3.—Mismo paciente de la Fig. N° 2 después de resuelto el problema obstructivo.