

Repertorio de antaño

PATOGENIA Y TRATAMIENTO DEL ILEUS PARALÍTICO

Tomado de la revista "Repertorio de Medicina y Cirugía", volumen VII número 1 de octubre de 1915.

Por el Doctor Anselmo Gaitán U. de Neiva

Muchas son las afecciones dolorosas de los órganos abdominales y aun de órganos vecinos que se presentan acompañadas de oclusión intestinal, que no pocas veces llega a ocupar el primer puesto entre los síntomas de la afección principal y aun sobrepasa a ésta en gravedad y duración.

Entre los casos que he podido observar, citaré los siguientes, no porque en ellos haya nada especial, sino porque darán ocasión para hacer al rededor de ellos algunas consideraciones sobre patogenia y tratamiento de ciertas formas de pseudoesxtrangu-lación intestinal, el ileus paralítico, que mantiene a veces al médico en una perplejidad angustiosa entre una intervención, acaso inútil por lo menos, y una abstención acaso perjudicial.

1. A fines de 1910 traté a un individuo de unos cuarenta y cinco años de edad para una afección que presentaba síntomas suficientes para autorizar el diagnóstico de una apendicitis aguda. Pasadas las manifestaciones dolorosas y la fiebre, persistió una supresión absoluta de evacuaciones alvinas y de emisión de gases, aunque con una ligera diarrea grumosa de color verdoso oscuro, acompañada de malestar, timpanismo y vómitos mucosos y biliosos al principio y finalmente fecaloideos por su aspecto y por su olor. Había llegado a prevenir a mis colegas doctores Francisco Olarte y Luis Felipe Cabrera de la posibilidad de una intervención operatoria, cuando bajo la influencia del tratamiento médico se restableció el curso de las materias fecales.

2. Un individuo con uretritis crónica y estrecheces múltiples es atacado de fuertes dolores al nivel de la fosa iliaca derecha, con irradiación, al testículo y exasperación a la presión, fiebre remitente ligera, meteorismo, ausencia de evacuaciones alvinas y de emisiones gaseosas por el ano, náuseas y vómitos. Después de vacilar entre un flegmón iliaco en formación y una tifloperitiflitis, la tenacidad o intensidad del síntoma oclusión me determinaron a instituir el tratamiento médico de este síntoma asociado a las aplicaciones frías y a tópicos revulsivos y emolientes. En el curso del tercer día se restableció la evacuación intestinal, cuando ya se había declarado la localización funicular de la flegmasia. Se formó un absceso que se abrió al nivel de la raíz de la bolsa derecha.
3. Fui llamado a una población vecina a atender a un individuo de unos veinticinco años de edad que, en el curso de un acceso disenteriforme de colitis mucomembranosa (cólicos, evacuaciones mucosanguinolentas tenesmos), se vio atacado de oclusión intestinal (ausencia de evacuaciones alvinas y de emisiones gaseosas, meteorismo, malestar, vómitos, dolor predominante al nivel del flanco derecho). El tratamiento médico restableció el curso natural de las materias intestinales al segundo día, pero después de veinticuatro horas reaparecieron los síntomas de oclusión, que cedieron nuevamente al tratamiento médico.
4. Una señorita de unos dieciocho años sufre un cólico hepático que se calma rápidamente con el

tratamiento ordinario. Dejo de verla tres días días, al cabo de los cuales se me llama de nuevo porque desde el cólico no ha vuelto a tener evacuación intestinal, y está con meteorismo, malestar, dolor abdominal y vómitos que llegan a presentar un olor fecal. La normalidad se restablece en el curso del segundo día de tratamiento.

La base del tratamiento empleado en todos estos casos fue el extracto blando de belladona a la dosis de quince a veinte centigramos diarios, en píldoras administradas al principio de hora en hora y luégo cada dos o tres horas. A más tardar en el curso del tercer día he tenido la satisfacción de ver desaparecer la oclusión en todos los casos. En uno de ellos, el tercero, hice uso de la morfina inyectada para calmar la inquietud y ansiedad del enfermo con excelente resultado. Las aplicaciones muy calientes hicieron siempre parte del tratamiento.

Como se ve, la etiología es clara: una afección dolorosa (cólico apendicular, funiculitis, cólico, cólico hepático,) ha sido en los cuatro casos citados la causa determinante de la oclusión. ¿Por qué mecanismo?

Normalmente, las sensaciones orgánicas que se originan al nivel de las terminaciones de los nervios de nutrición tienen una intensidad apenas suficiente para despertar los reflejos que deben mantener el equilibrio funcional; y es en virtud de estos reflejos como se conserva el peristaltismo intestinal en estado fisiológico, reflejos cuyo centro es, para el intestino, la multitud de ganglios simpáticos de la pared intestinal, ganglios viscerales o terminales que mantienen en equilibrio la acción éxitomotriz del pneumogástrico y en la acción paralizante del simpático, como se mantienen el tono vascular sanguíneo merced al equilibrio entre vasoconstrictores y vasodilatadores, y el ritmo cardíaco merced al equilibrio entre los nervios cardíacos excitadores y depresores.

Las sensaciones orgánicas se detienen al nivel de los ganglios del sistema vegetativo, sin invadir el dominio de la vida de relación, que resultaría imposible si a la conciencia llegara la incesante muchedumbre de impresiones orgánicas. Solamente en casos excepcionales o patológicos se producen

sensaciones orgánicas de intensidad tal, que las ondas de la corriente nerviosa orgánica fuerzan la resistencia de las células ganglionares y llegan al cerebro, haciéndose presentes a la conciencia como mensajes o avisos que el órgano en sufrimiento hace llegar a los centros de vida de relación para que el cerebro o la inteligencia dispongan lo conducente buscando los medios de restablecer la integridad orgánica y funcional.

Entre estas sensaciones orgánicas las hay fisiológicas, como la sed, el hambre, la fatiga, que dan a conocer al cerebro la necesidad que el organismo o un órgano determinado tiene de agua, de alimento o de reposo; y las hay patológicas, como las sensaciones de ardor, de plenitud, de tensión, de peso, de angustia, de calor, de frío, de sofocación, y especialmente de dolor, que dan a conocer un estado de sufrimiento por alteración morbosa.

En los casos que estudiamos es una fuerte sensación dolorosa, producida al nivel de un órgano enfermo, lo que sirve de punto de partida al reflejo que, llegando a los centros de inhibición por las fibras centripetas del simpático, al través de las estaciones y barreras ganglionares, se convierte en excitación inhibitoria o de detención que, transmitida por las fibras simpáticas inhibitorias centrífugas paraliza o anula la acción éxitomotriz del vago sobre las fibras musculares del intestino, por un fenómeno de interferencia nerviosa, y produce la parálisis intestinal con sus consecuencias: la pseudoextrangulación y la oclusión.

Es natural, pues, que la belladona, cuyo alcaloide tiene una acción electiva, por quimiotaxia o quimiotropismo positivo, sobre los nervios de detención, restablezca en estos casos el peristaltismo intestinal, suspendiendo o paralizando la acción inhibitoria del simpático, cuya sobreexcitación era causa de la parálisis del intestino por inhibición de su nervio motor.

Parece a primera vista contradictorio admitir que la belladona restablece la función éxitomotriz de los filetes pneumogástricos intestinales, al mismo tiempo que paraliza los filetes cardíacos del mismo nervio, como lo demuestra la gran aceleración de las contracciones del corazón, cuyo nervio moderador, retardador o de suspensión es el pneumogástrico.

Pero la teoría o inducción que aceptamos se halla tan científicamente adaptada a los hechos, que es en éstos mismos, y no en aquélla, donde debe buscarse el error o la explicación de la aparente contradicción. Y en efecto, la explicación está en que el pneumogástrico se anastomosa con la rama interna del espinal y son las fibras de este último nervio, íntimamente mezcladas con las del vago y no las de éste, las que desempeñan la función moderadora o paralizante del corazón.

Además, la naturaleza de las corrientes nerviosas y sus transformaciones guardan para nosotros innumerables secretos; los guarda, especialmente, la fisiología del pneumogástrico, que tiene tanto de nervio de la vida de relación como de nervio de la

vida vegetativa, y que unas veces se anastomosa con nervios exclusivamente motores, otras con nervios mixtos, otras con el nervio vegetativo por excelencia: el simpático. Con este último, sobre todo, mezcla y confunde sus fibras íntimamente en numerosos ganglios intermediarios y viscerales. Y bien sabido es que el nervio es un conductor indiferente para las distintas corrientes nerviosas, cuya naturaleza sensitiva, motriz, vasomotriz, secretora o de nutrición depende las células nerviosas que elaboran la corriente, transformándola o reforzándola, de los órganos y elementos en que termina la corriente y de las estaciones celulares y anastomosis intermediarias que tantas modificaciones pueden llevar a la naturaleza primitiva de la corriente.

COMENTARIO

*Esteban Diazgranados Goenaga, MD**

*Hay que destacar que este artículo es de 1915 y que los casos por consiguiente son anteriores. Algunos años antes, Reginald Fitz en Boston y luego otros cirujanos, comunicaban al mundo todo el acervo científico relacionado con la inflamación aguda del apéndice, haciendo hincapié que ésta es la causa más frecuente de dolor abdominal agudo y de peritonitis, y una importante de muerte en aquellos que no se operan temprano o aún tarde. Por supuesto, se mencionaba el **íleo paralítico** como acompañante frecuente de esta patología y menos común en otras. Resulta interesante y satisfactorio que bastante temprano, en la provincia Colombiana, hubiera médicos con preocupación por estos temas.*

El Dr. Anselmo Gaitán gana crédito, no solo por lo que se acaba de mencionar, sino por señalar con claridad que el íleo paralítico es una consecuencia de una patología intra o extra abdominal y no una enfermedad en sí con causa propia. Además, se hace acreedor a otros puntos por la explicación que da de cómo se lleva a cabo el íleo, y por el acierto en el manejo a mi manera de ver, de los casos tres y cuatro.

Aunque no se menciona algo tan importante como los hallazgos del examen físico, tales como la presencia o ausencia y características de los ruidos intestinales y la existencia o no del importante signo del rebote en la pared abdominal, no me caben dudas que los casos uno y dos son apendicitis aguda complicada, que íleo cedió en forma espontánea como ocurre raras veces, lo mismo (espero, porque no se menciona) que su inflamación aguda y que nada tuvo que ver la belladona. Esta es un alcaloide compuesto de atropina e hioscina (escopolamina); por consiguiente tiene efecto anticolinérgico y está contraindicada en el íleo paralítico. Los anticolinérgicos servirían para casos con movimientos peristálticos severos como en los cólicos biliares del caso cuatro.

En cuanto a lo contradictorio de los efectos de la belladona en el intestino y en el corazón que el autor menciona en los últimos dos párrafos, pienso que no hay ninguna contradicción. Esta droga bloquea e inhibe los efectos parasimpáticos en el tubo digestivo y en el corazón a través del vago o neumogástrico, aquietando el peristaltismo y acelerando el ritmo cardíaco y no “restableciendo la función exitomotriz de los filetes neumogástricos intestinales”; pero esto lo sabemos después de casi un siglo de evolución farmacológica y médica.

* Vicerrector Académico, Profesor Titular Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.