

SINTOMATOLOGIA DE LA ILEITIS TERMINAL *

DR. ALFONSO ACEVEDO OLVERA

De la Unidad de Gastroenterología
del Hospital General

VENIMOS A ESTA Honorable Academia Nacional de Medicina, por invitación que hiciera el Sr. Dr. Guillermo Montaña, Presidente de ella, a la Asociación Mexicana de Gastroenterología, para completar el personal que habrá de hablar en el Symposium sobre la "Ileítis Terminal".

Félix Romero se llamaba un enfermo que ingresó al Servicio de Gastroenterología del Hospital General a principios de 1934, a escasos 16 meses de que Crohn, Ginzburg y Oppenheimer hubieran reportado su trabajo original, al que llamaron primitivamente de "Ileítis Terminal". Este enfermo tenía desde el yeyuno hasta el íleo una serie de estrechamientos granulomatosos que, los situados muy arriba daban la sintomatología del síndrome de obstrucción infra-vateriana, y los últimos tenían semejanza con un síndrome de Koenig. Fué operado de sus lesiones máximas y reoperado de las restantes 4 meses después, mas lo interesante para empezar esta plática no fué la desorientación que sintieron los anatomopatólogos que examinaron las piezas extirpadas, sino que en 1937 se presentó de nueva cuenta al Servicio, en esta ocasión con fístulas rectales que hicieron pensar en una enfermedad de Nicolás y Favre. Este fué el primer enfermo de Ileítis Terminal estudiado en México; había sido operado un año antes de apendicitis

* Leído el 20 de junio de 1956.

aguda en el Hospital Juárez, tuvo lesiones estenosantes en diferentes segmentos del largo intestino delgado y terminó con varias fistulas rectales, a pesar de la reacción de Frei positiva. Pienso, 20 años después, que la terminación fistulosa de este enfermo fué la obligada, como se verá más adelante. Resume en sí la patología y la clínica de la Ileítis Terminal, o como la llamaron más tarde Bargen y Weber, "Colitis crónica regional ulcerativa y migratoria". Lewishon le da el nombre de enteritis segmentaria, porque ataca todos los segmentos del intestino, y se le ha visto en el yeyuno, en el yeyuno íleon, en el íleon terminal, en éste y en el ciego, muy raramente en el colon, y Crohn tiene una observación de dicha enfermedad en el estómago.

Como se comprende, la sintomatología tendrá rasgos distintos y muy diferentes según el sitio, la extensión y el carácter de la lesión.

Decirles la sintomatología escuetamente no tiene importancia, quererla relacionar con la extensión de las lesiones donde no hay paralelismo con la sintomatología, sería inexacto; en cambio, si estudiamos el tipo de las lesiones que van produciendo síntomas diferentes y signos variados, será de más provecho, no para ustedes que los tienen de sobra conocidos, sino para el elemento joven estudiantil que sigue con inusitado entusiasmo esta nueva labor de la Academia Nacional de Medicina.

Cuando menos en el 80% de los casos es el íleon terminal el atacado; es a él, de una manera particular, a quien nos vamos a referir.

Se pueden agrupar las lesiones anatomopatológicas de la enteritis regional en cuatro tipos: una fase aguda, una etapa ulcerativa, otra tumoral y de estenosis, y una cuarta terminal de fistulización; a cada una de ellas, como decía, corresponden síntomas subjetivos y signos objetivos que se encuentran cuando la evolución del padecimiento tiende a la cronicidad. Ya que en muchos casos, sobre todo en niños, el proceso se detiene y cura, esta evolución así planteada no es obligada y forzosa, a veces regresan, en otras ocasiones saltan etapas, pero de manera general en la clínica sí podemos observar sucesivamente estos pasos.

En la primera fase el segmento último del intestino delgado, en una extensión que varía de 20 a 50 centímetros, aparece, cuando se laparatomiza al paciente, francamente distendido, muy hiperemiado, congestionado, de color rojo oscuro, con numerosas placas de fibrina sobre su serosa; su volumen generalmente es doble del normal, y cuando se palpan sus paredes, están engrosadas, edematosas, rígidas, acartonadas; el edema puede ser tan

grande que obstruya la luz del intestino; estas lesiones terminan bruscamente en la válvula ileo-cecal. El mesenterio correspondiente al segmento afectado también sufre del intenso edema y congestión. Los síntomas son los de una apendicitis aguda, de ahí que más del 50% de los casos observados hayan sido primitivamente operados, y se comprende que el diagnóstico en muchos de ellos haya pasado desapercibido, porque muchos cirujanos todavía hacen laparatomías muy pequeñas, por las cuales apenas si puede salir el apéndice, y el resto del ciego y el íleon terminal quedan sin explorar. Al cabo de semanas o meses los síntomas se repiten, y entonces se piensa en las adherencias, llegándose al diagnóstico sólo cuando por la herida o en su vecindad aparece una fístula que no tiene tendencia a cerrar. El cuadro que tan magistralmente describiera Murphy, del Hospital de Santa María, en Londres, de la apendicitis aguda: dolor epigástrico inicial, irradiado a fosa ilíaca derecha, con náuseas y a veces vómitos, dolor a la presión en dicha fosa, fiebre moderada y leucocitosis, es tan semejante al de la ileítis como dos gotas de agua entre sí. ¿Cuál es el motivo? El dolor del intestino delgado en su porción terminal, como el del apéndice, cualquiera que sea su causa, se siente primero en el epigastrio o en la región peri-umbilical, para situarse después en la fosa ilíaca derecha, y camina sobre las zonas de distribución del 9º, 10º y 11º pares dorsales, que inervan esta porción del intestino por medio del mesenterio común; de ahí que haya dolor tan parecido en uno y otro caso. Los vómitos están causados por la inflamación intestinal y la susceptibilidad del enfermo; igual sucede con las náuseas. El dolor a la presión tiene como causa la irritación del peritoneo; la fiebre y la leucocitosis son síntomas de infección cuya etiología, a pesar de las demostraciones de Felsen, y Emsbo, en Dinamarca, aún se desconoce. La crisis regresa, coincidiendo con la intervención quirúrgica o sin ella. Muchas veces estas lesiones curan de manera definitiva. Todos los apendicectomizados que padecen una ileítis terminal iniciaron su enfermedad por esta fase aguda.

En la segunda fase el intestino delgado ya está afectado por una inflamación crónica, aparece dilatado y edematoso, sus paredes llegan a tener un espesor notable, tres o cuatro veces mayor que lo normal, la mucosa pierde sus vellosidades, observándose en ella pequeñas ulceraciones superficiales que tienen por característica el estar situadas a lo largo de la inserción del mesenterio. Los síntomas de esta segunda etapa son ya diferentes, se parecen mucho a los de la colitis ulcerativa. El dolor, la diarrea y la fiebre son los más frecuentes. El primero tiene una localización muy variada, peri-umbilical o de FID; es siempre del tipo retortijones, leves o intensos,

con muy ligeras irradiaciones; no aumentan ni disminuyen con la defecación, pero sí se violentan con la ingestión de alimentos. La diarrea al principio es una evacuación semilíquida o pastosa, ocasional, que con el tiempo va haciéndose más frecuente y abundante, al grado que la intermitencia primitiva se convierte en un síntoma diario y constante, adquiriendo el tipo de las diarreas de fermentación, o francamente esteatorreicas, simulando el sprue idiopático, de olor agrio; raras veces lleva moco o sangre, sin embargo la investigación sistemática de sangre oculta es positiva; igualmente es factible observar numerosas células de pus. No se acompañan de pujo, y si éste aparece es que ya hay manifestaciones rectales evidentes. La fiebre moderada y por intervalos, el adelgazamiento y la anemia, a veces megaloblástica, son síntomas frecuentes de esta fase de la ileítis terminal.

El tercer estadio de la IT se caracteriza por la presencia de tumoraciones y estenosis. Sucede que las alteraciones hiperplásicas de tipo inflamatorio de todas las capas del intestino llegan a su máximo, aumentando su volumen y estrechando consecuentemente su luz. El mesenterio correspondiente se encuentra muy engrosado y a veces con pequeños abscesos que el neófito puede confundir como de origen apendicular.

En esta fase el cuadro de sub-oclusión intestinal es lo típico. Existen numerosas observaciones de que es ésta la manera de iniciarse, teniendo sin embargo con anterioridad síntomas vagos de meteorismo, dolores de retortijón ocasionales y, de cuando en cuando, una crisis diarreica, que en nuestro medio es fácil de etiquetar como una de tantas parasitosis o una de tantas diarreas de origen microbiano; diríamos que se trata de la forma estenosante de principio. Sin embargo, la oclusión aguda se presenta llena de antecedentes patológicos, bien se trate de un operado de apendicitis o que haya tenido síntomas que la simulen. En otros casos es el diarreico viejo, febril, desnutrido y siempre con crisis de sub-oclusión crónica que constituye el síndrome de Koenig, caracterizado por dolor en sitio fijo, con peristaltismo visible y palpable, que se acompaña de endurecimiento y rigidez intestinal, meteorismo bloqueado de predominio peri-umbilical. La oclusión aguda empieza por un dolor alrededor del ombligo, intenso o bien de FID, sin que inicialmente haya retención de heces fecales, tampoco de gases, con cuadro peritonítico grave, vómitos, hipo, taquicardia, hipotensión arterial, extremidades frías, oliguria y estado general muy alterado; persistiendo esta postración ceden los dolores intensos y aparecen los de contractura muscular de lucha que lentamente van apagándose, para dejar lugar al aumento considerable del meteorismo. Si aun en estos casos no se opera procurando normalizar el equilibrio electrolítico, los fenómenos tóxicos

y de déficit circulatorio periférico igualmente que el shock se llevarán al enfermo.

La fase final de estos pacientes, si es que han podido llegar a ella y resistir el embate agresivo de la ileítis, se caracteriza por la fistulización. Sucede que las ulceraciones y los pequeños abscesos situados en las paredes del íleon y el mesenterio producen adherencias con los órganos vecinos, que al profundizar las lesiones crean trayectos fistulosos al mismo intestino delgado, a la sigmoidea, al ciego, la vejiga, la vagina, el recto y la pared abdominal. Es la salida de materias fecales por sitios insólitos (vagina o uretra), lo que hace pensar en la presencia de la fistula. Se han descrito fistulas muy raras de la región lumbar, de la trompa de Falopio, del uréter, de la ingle y hasta del muslo.

La perforación en cavidad libre, produciendo una peritonitis aguda, es extraordinariamente excepcional, y son pocos los casos relatados en la literatura.

¿Cuál es la repercusión que tiene la ileítis sobre los diferentes aparatos y sistemas del organismo? Al principio del padecimiento casi ninguna, cuando más ligero adelgazamiento y fiebre; pero, a medida que esta enfermedad eminentemente evolutiva va progresando provoca la diarrea y los vómitos de origen bajo; la acidosis y la mala absorción que existe en el intestino producen diferentes tipos de avitaminosis e hipoproteinemia, que desencadenan una degeneración turbia del hígado. En cuanto al sistema nervioso, se observan con frecuencia cefaleas, vértigos y convulsiones. El Dr. Guadarrama señala casos de coma y psiconeurosis. En el aparato urinario, infecciones de la pelvícula renal y de la vejiga. En el aparato cardiovascular, disnea de esfuerzo, taquicardia, hipotensión y en las crisis agudas shock vascular periférico. Se han descrito osteoartritis de las grandes articulaciones. La fiebre, la astenia, la anorexia, el adelgazamiento intenso, son los síntomas generales que como corolario acaban de hundir al enfermo en un lecho de miasmas y pestilencias.

¿Cuáles son los signos físicos que es posible recoger? Siguiendo la escuela clásica vamos a ir diciendo los que pueden encontrarse por las diferentes maniobras.

INSPECCION

1º Meteorismo abdominal, de preferencia peri-umbilical, que abulta la región y que es más ostensible si se tiene en cuenta el grado de adelgazamiento del enfermo.

2º Ombligo desviado hacia abajo y a la derecha, es un signo de gran valor, pues existe cuando hay intensas adherencias a la pared abdominal anterior.

3º Cicatriz de apendicectomía. La presencia de ella en un enfermo que continúa con problema doloroso de FID, y a mayor abundamiento si tiene diarreas y se palpa tumor, es muy significativo de ileítis.

4º Disminución de los movimientos de la FID, que nos hablan indirectamente de la contractura muscular que existe en los casos agudos de principio, o en la reacción peritoneal cuando se forman los abscesos, constituyéndose la peritonitis plástica.

5º Edema de la pared, signo precoz que aparece cuando va a exteriorizarse una fístula en la pared abdominal, en la región lumbar, en el muslo o en la ingle.

6º Tumor visible, localizado de preferencia en la FID, fijo, que no se desplaza en el decúbito lateral izquierdo.

7º Peristaltismo intestinal peri-umbilical visible, que se deshace en ruidos y que nos habla de la lucha intensa de la capa muscular hipertrofiada por encima de la estenosis.

8º La presencia de fístulas. En un enfermo sin Nicolás y Favre, que tenga trayectos fistulosos, en la clínica nos hará pensar en una ileítis terminal.

PALPACION

1º *Hiperestesia cutánea.* No tiene la significación de peritonitis, como habitualmente se cree; las experiencias de Sherren demuestran que su causa es la distensión del apéndice o del íleon terminal.

2º *Abolición de los reflejos.* Pueden estar disminuidos o bien abolidos; su ausencia o disminución se explica por la contractura muscular preexistente.

3º *Rigidez muscular.* Comienza cuando principia la peritonitis y puede encontrarse en cualquiera de estos tres matices: a) la rigidez es tan intensa que inmoviliza la FID. b) en un grano menor ella aparece en el momento de iniciar la palpación, y c) se manifiesta en el momento de hundir los dedos en plena FID.

4º *Signo de Aarón.* Cuando se hace la palpación profunda sobre FID, duele primero el epigastrio.

5º *Dolor a la presión.* Diríamos que son un mito los llamados puntos apendiculares; es más bien una zona bastante amplia que abarca el apéndice y la última asa ileal, la que al palparse produce el dolor, ya que comprimimos el mesenterio inflamado que tiene inervación dorsal, igual que el peritoneo parietal.

6º *Dolor a la descompresión.* Signo de von Blomberg. Siempre se ha considerado este signo como una manifestación de reacción peritoneal; aparece en las fases agudas y también en las tumorales.

7º *Tumor palpable.* La tumoración es susceptible de encontrarse al principio del padecimiento. Sin embargo, es más frecuente como signo de la tercera etapa. Su tamaño es variable, desde el de un limón al de una naranja; casi siempre es fijo, doloroso y renitente.

8º Cuando se palpa en FID comprimiendo el ciego, llevándolo hacia la línea media se produce dolor, que se debe al estiramiento del meso; este signo nos fué enseñado por el inolvidable maestro don Manuel Gra González.

9º *Signo de Ayala González.* Teniendo flexionado el muslo sobre el abdomen y haciendo presión con la mano sobre FID, el enfermo acusa dolor al extender la pierna.

10. *Peristaltismo palpable.* Palpar un asa intestinal en una mujer entrada en años y que ha tenido muchos hijos es cosa común y corriente, pero al palpar el intestino cuando aparece un retortijón y con síntomas oclusivos, su significación es diferente; este peristaltismo se deshace en las manos con los borborismos.

11. *Endurecimiento y rigidez intestinal.* Tiene la misma significación que el anterior, es uno de los puntales del síndrome de Koenig.

12. *Meteorismo final.* La consistencia neumática generalizada, cuando ya no hay fenómenos de lucha, es un signo terminal de la ileítis.

13. El tacto rectal es útil en ocasiones porque nos hace percibir el segmento inferior del tumor ileal.

PERCUSION

También nos proporciona datos; al hacer la percusión que Cosío Villegas llama de los tres timpanismos, en el caso de oclusión sólo se percibe uno. También es factible encontrar un timpanismo peri-umbilical con matidez declive que simula una falsa ascitis.

AUSCULTACION

Escuchar un borborismo al final del dolor es un signo útil, que tiene la fisiopatología del soplo; aparece cuando el contenido intestinal pasa por la luz estrecha del intestino. Por último se puede encontrar el chapaleo intestinal después de un intenso peristaltismo, en los casos de gran dilatación supra-estrictural.

Con estos signos y síntomas es probable llegar al diagnóstico de la Ileítis Terminal, que se hará famosa en la Historia, pues con el tiempo se hablará del cáncer gástrico de Napoleón, de la cirrosis de Beethoven y de la Ileítis de Eisenhower.

RESUMEN

- 1° Por su evolutividad se divide en: aguda, sub-aguda, y crónica.
- 2° Se describe la forma aguda del niño, susceptible de cicatrizar.
- 3° Se describen cuatro etapas, que son las más comunes y vistas en la clínica:
 - a) La forma aguda susceptible de confundirse, cuando menos en su aspecto inicial, con la apendicitis aguda.
 - b) La fase diarreica, febril y consuntiva.
 - c) La etapa tumoral y estenosante, en sus dos aspectos, agudo y crónico.
 - d) La fistulización a diferentes órganos y a la pared abdominal.
- 4° Se describe la intensa repercusión que tiene en los diferentes aparatos y sistemas del organismo.
- 5° Por último se describen los signos físicos que tienen valor de orientación en el diagnóstico de la ileítis terminal.

SUMMARY

- 1° It is divided by its evolution in: acute, sub-acute and chronic.
- 2° The acute form in children which is able to heal is described.
- 3° Four stages are described which are the more commonly seen in clinics:
 - a) Acute forms which can be confused, specially at the beginning, with acute appendicitis.
 - b) The diarrhetic, feverish and consumptive stage.
 - c) The tumoral and stenosing stage, in its two aspects: acute and chronic.
 - d) The fistulae in different organs and in the abdominal wall.
- 4° The great effects that this condition has in the different systems of the body are described.
- 5° Finally, physical signs which are of value in the terminal ileitis diagnosis, are described.