

## ILEO PARALITICO EN EL HIPOTIROIDISMO SEVERO

*P. A. Bastenie - Hospital St. Pierre, Bruselas.*

El cuadro clásico del hipotiroidismo incluye constipación severa, frecuentemente asociada con meteorismo, y el abombamiento abdominal por distensión flatulenta del intestino, cuando es marcado, debe hacer pensar en esta posibilidad diagnóstica; en el presente artículo el autor da a conocer casos de megacolon con ileo paralítico, desarrollados en el curso de hipotiroidismo severo, que es fundamental reconocer puesto que el acto quirúrgico suele ser desastroso.

De 29 casos de mixedema examinados por el autor, 19 tienen signos intestinales francos: constipación persistente, distensión intestinal, timpanismo y aumento considerable de la tensión de la pared del abdomen.

Se dan a conocer 7 casos de hipotiroidismo con alteraciones del tránsito gastrointestinal; todos ellos ocurrieron en pacientes del sexo femenino, cuyas edades estaban comprendidas entre 52 y 81 años. Las conclusiones que saca el autor son las siguientes;

*Cuadro clínico:* La paresia intestinal puede ser aguda o crónica. Crónica: ocurre en hipotiroidismos de larga data; hay constipación cada vez más severa y dilatación marcada y creciente del abdomen, que puede adquirir volúmenes inmensos y dominar por completo el cuadro clínico: en tales casos se encuentra una paresia intestinal creciente, caracterizada por ausencia de defecación por una semana o más, detención casi completa de los flatos, resultado negativo o muy pobre de los lavados rectales. El abdomen es cada vez más intenso y timpánico-Radiológicamente se encuentra distensión flatulenta, un proceso de dolico-megalocolon y no se hallan manifestaciones obstructivas; llegado a este estado, el paciente muere por una infección intercurrente o entra en coma mortal, posiblemente tóxico de origen entérico.

*Aguda:* Realiza el cuadro del ileo paralítico agudo, por lo menos en su estado final; la evolución del caso es rápida: dilatación creciente e inmensa del abdomen, cuya tensión llega a ser muy grande; se piensa en un quiste o en un tumor de desarro-

llo muy rápido, pero la radiología pone en evidencia la distensión gaseosa sin manifestaciones obstructivas: el cuadro termina, como se dijo, con el aspecto de un ileo paralítico.

*Cuadro anatomopatológico:* atrofia esclerosa del tiroides, con la correspondiente hiperplasia prehipofisiaria. El colon estaba en general muy distendido y alargado (dolico-megalocolon), su pared adelgazada y un poco elástica, y presentaba áreas de infiltración mixedematosa intraparietal.

El diagnóstico de estos casos es frecuentemente erróneo, cosa muy grave porque la laparotomía exploradora es muy peligrosa en esos estados avanzados del proceso obstructivo; cuando se piensa en el origen tiroideo de una distensión abdominal como las descritas, se confirmará el diagnóstico con un metabolismo basal y se realizará tratamiento tiroxínico intenso.

Lo más importante es recordar que la *paresia intestinal* puede ser el primer síntoma de un hipotiroidismo latente o no reconocido.

#### ANOTACIONES

##### *Sustancia antihistamínica:*

La histamina de Best y McHenry (diamniooxidasa de Zeller) no ha dado buenos resultados terapéuticos y hasta 1932 no se había encontrado una sustancia satisfactoria para aliviar el choque anafiláctico experimental en animales. En 1937 se inició en Francia la búsqueda sistemática de productos que tuviesen esta acción llegando al antergan (N-dimetil amino metil-Nbencil anilina) que parece haberse usado con éxito en la fiebre del heno, urticaria, enfermedad del suero, etc. Los suizos citan a los derivados de la etilenodiamina como muy activos antihistamínicos en el curí.

El benadril (éter-dimetil amino etil bencidril clorhídrico) ha sido producido por los laboratorios Parke-Davis Co. Las experiencias hechas en animales lo presentan como un buen antagonista de la histamina en la corrección de la broncoconstricción del shock anafiláctico y la acción vasodepresora de la histamina; parece que estas acciones las realiza porque entre el benadril y la histamina se presenta el fenómeno de competencia de receptores. Su toxicidad es baja y no se ha demostrado acción sobre el sistema hemopoyético. Se ha mostrado de valor en la urticaria y fiebre del heno, que suprime mientras se está administrando, sin curar realmente; en cambio, aparentemente tiene poco valor en el asma. En algunos casos disminuyó la producción de ácido clorhídrico, de manera que es un posible medio para controlar la acidez gástrica, si esta acción es constante.