



MIGUEL BAJÓN ROMÁN  
Veterinario  
Director–Gerente del HVSM  
[www.hvsmveterinario.com](http://www.hvsmveterinario.com)  
Ctra. M-104 Km.1,2  
S. Agustín del Guadalix  
28750 MADRID

## **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LAS PATOLOGIAS QUE AFECTAN AL INTESTINO DELGADO E INTESTINO GRUESO.**

La evaluación detenida del paciente con cólico, relacionando entre sí los datos clínicos obtenidos, junto a la historia aportada y la experiencia del facultativo para sacar conclusiones son las claves para diagnosticar en que parte del intestino se localiza la patología.

Tanto el intestino delgado como el intestino grueso pueden verse involucrados en un mismo cuadro cólico, no siendo fácil determinar en que porción de las dos se encuentra el origen del problema (causa primaria), resultando lo demás consecuencia de lo anterior (efecto secundario). Así por ejemplo, un desplazamiento de colon puede ocasionar una distensión de intestino delgado, con reflujo a través de la sonda nasogástrica, e incluso notarse distensión de asas de yeyuno en la palpación rectal; apareciendo en consecuencia un problema real en intestino delgado cuando su origen inicial estaba en intestino grueso. O a la inversa, una intususcepción de yeyuno o ileon provocar una disminución de la motilidad y aparecer un recto con escasa cantidad de heces cubiertas por moco. Hacer una buena recopilación de datos (anamnesis), puede ser de gran utilidad a la hora de situar el origen del cuadro abdominal, ayudándonos a diferenciar aquellos que se sitúan en otro plano distinto al estrictamente digestivo (pleuritis, problemas en el sistema reproductor, etc).

Los datos clínicos los obtendremos siguiendo un protocolo meticuloso, procurando practicarlo siempre de la misma forma. Se evaluará el dolor y la respuesta del paciente a la analgesia, reflujo nasogástrico, estado hemodinámico, motilidad intestinal, distensión abdominal y palpación rectal. La abdominocentesis es de utilidad a la hora de determinar la necesidad de cirugía; siendo las técnicas de diagnóstico por imagen (ecografía y radiología) las que también pueden facilitar información a la hora de situar el origen del cuadro cólico. Los potrillos, dado su tamaño, son los pacientes idóneos para llevarlas a cabo.

En términos generales los problemas que afectan al intestino delgado de los caballos, cursan un dolor más intenso y un mayor deterioro sistémico que aquellos que afectan al intestino grueso; si bien existen excepciones que habrá que tener presentes (vólvulo de colon mayor, infarto cecal por tromboembolia...). La experiencia del clínico que tras hacer una buena anamnesis, evalúa y relaciona los datos clínicos obtenidos, es la garantía para diferenciar estas situaciones y emitir un diagnóstico.

## **- Enfermedades que afectan al intestino delgado:**

**1- Obstrucciones del intestino delgado:** Se clasifican en completas o incompletas, proximal o distal y simple o estrangulada. La obstrucción estrangulada cursa con dolor abdominal, moderado a intenso, que no cede; deterioro hemodinámico, con aumento del ritmo cardíaco, hematocrito elevado, congestión de mucosas, disminución o ausencia de los sonidos intestinales y líquido peritoneal hemorrágico o serohemorrágico que indica necrosis de la pared intestinal. La palpación rectal, dependiendo del tiempo transcurrido desde la aparición del cuadro y en función de si la obstrucción es proximal o distal permitirá palpar asas de intestino delgado distendidas. Suele haber reflujo nasogástrico.

Dentro de las obstrucciones se encuentran: estrechamientos de la luz intestinal por anastomosis y úlceras, hernias mesentéricas, hernias inguinales, hernia a través del orificio epiploico, hernias umbilicales estranguladas, vólvulos, estrangulaciones por lipomas pedunculados, hipertrofia muscular del ileon, incarceraciones del intestino delgado a través de restos de estructuras embrionarias (bandas viteloumbilical y mesodiverticular).

**2- Enteritis proximal:** Proceso inflamatorio de la mucosa del duodeno y primeros tramos del yeyuno. El paciente suele tener fiebre, cólico agudo y posteriormente depresión. Alteración de las constantes hemodinámicas con deshidratación, leucocitosis, aumento de las proteínas plasmáticas, mucosas congestivas, retraso del tiempo de llenado capilar y shock endotóxico. Reflujo gástrico de color rojizo, disminución de la motilidad intestinal y palpación por vía rectal de asas intestinales distendidas. La punción abdominal a menudo da líquido peritoneal amarillento con concentración de proteínas > 3 gr/ dl y recuento celular próximo al rango normal (< 6000 leucocitos/dl).

## **- Enfermedades del intestino grueso:**

En general la mitad de los cólicos equinos tienen su origen en el colon mayor. En conjunto los signos clínicos suelen ser menos agudos que los ocasionados por alteraciones en el intestino delgado. Con la excepción del vólvulo de colon mayor /ciego las complicaciones posquirúrgicas son relativamente pocas, además el colon no está tan predispuesto como el delgado a formar adherencias. En muchos casos hay una buena respuesta al tratamiento médico.

**a- Ciego:** Es frecuente que esta porción del intestino grueso se vea afectada por procesos que afectan al colon, apareciendo el ciego timpanizado en casos de impactación, desplazamiento, atrapamiento nefroesplénico o torsión de colon.

Igualmente cuando el ciego es el origen primario del cuadro cólico, el resto del intestino grueso puede verse comprometido.

Los signos clínicos que se asocian a las patologías primarias de ciego más común, como es la impactación cecal, son: dolor abdominal leve, que responde a la analgesia, disminución del apetito, depresión, ausencia de reflujo, constantes hemodinámicas próximas a la normalidad (hematocrito en torno al 50%, mucosas ligeramente congestivas y frecuencia cardíaca sobre 52 ppm). La auscultación, en

el área de proyección del ciego, puede evidenciar ausencia de motilidad progresiva y en la palpación rectal encontrarnos un órgano distendido con una tenia ventral palpable y tensa. El colon puede estar impactado o tener dificultad para encontrar la flexura pélvica por estar vacía.

Otras patologías del ciego son la torsión cecal, que suele ir acompañando a la torsión del colon, adherencias tras laparotomías exploratorias y tiflitis.

Patologías menos frecuentes, pero que cursan con dolor intenso, mala respuesta a la analgesia y deterioro hemodinámico son el infarto y la perforación cecal.

*b- Colon mayor:* Los signos clínicos, relacionados con procesos obstructivos simples, que con mayor frecuencia se observan en las patologías que afectan a este órgano, son: abscesos de dolor intermitentes, tiempo de llenado capilar, color de mucosas y frecuencia cardiaca suelen ser normales o levemente alterados. Si el tratamiento se demora, no es el adecuado o no hay evolución positiva es cuando estas constantes se empiezan a deteriorar. No suele presentarse reflujo y la palpación rectal casi siempre permite hallazgos anormales (impactación de flexura, desituación de la misma, tenias tensas, acumulo de gas...).

La obstrucción completa a causa de **impactaciones** permite el acúmulo de gas, la presión continua de la pared puede provocar necrosis y perforación de la misma. El dolor y las constantes hemodinámicas se alteran de forma significativa, pero en muchos casos no llegan al nivel de las que se ocasionan en los cuadros que afectan al intestino delgado. Motilidad disminuida y palpación rectal anormal están presentes.

El **vólvulo de colon**, que a veces se hace acompañar del ciego, pone en grave riesgo la vida del animal. El inicio de los signos es repentino, mala respuesta a la analgesia, frecuencia cardiaca elevada, shock, distensión gaseosa, ausencia de motilidad, en la palpación rectal hay una gran distensión del colon mayor.

Los **desplazamientos dorsales derechos** de colon dan signos clínicos que oscilan entre unos valores hemodinámicos casi normales a estados similares a los ocasionados por las obstrucciones completas. Suele haber acúmulo de gas, disminución de la motilidad, en muchos casos una relativa respuesta a la analgesia, ausencia de heces o defecan pequeñas cantidades con presencia de fibrina y no es infrecuente observar reflujo gástrico, con distensión de asas de intestino grueso.

Los **desplazamientos dorsales izquierdos** dan origen a los atrapamientos nefroesplénicos. Son similares a los de la impactación de colon. Los caballos pueden ir empeorando sus constantes con el paso de los días. La palpación rectal aporta información valiosa al evidenciar el desplazamiento del bazo hacia abajo y al centro del abdomen.

La *presencia de enterolitos*, que se comportan de parecida forma a las impactaciones, *las diarreas* de diferentes patologías (salmonelosis, clostridiosis, colitis x...) o **timpanismos** por ingesta de alimentos flatulentos son otras patologías que frecuentemente se presentan en el colon mayor.

c- Colon menor: Los problemas que se originan en el mismo, son diagnosticados con frecuencia mediante la palpación rectal; ello es posible gracias a la banda antimesenterica, amplia y prominente, en él ubicada.

La **obstrucción** bien por ingesta o enterolitos, procedentes del colon transverso, es una patología muy frecuente en el colon menor. Los signos clínicos con los que cursa varían desde una molestia leve, con frecuencia cardiaca poco elevada y realización de esfuerzos por defecar a un cuadro de shock con deshidratación si se instaura una necrosis de la pared presionada. La palpación rectal revela un agrandamiento del colon menor, con distensión del colon mayor y a veces del ciego. La motilidad intestinal esta disminuida y si la obstrucción de la luz se prolonga varios días, puede haber reflujo gástrico y distensión de intestino delgado.

Los **vólvulos** presentan una sintomatología análoga a la anterior, así como los lipomas pedunculados que pueden estrangular al colon menor.

En potrillos se debe tener siempre presente la **retención de meconio**, esta cursa con dolor de moderado a intenso, distensión de abdomen y deterioro progresivo de las constantes hemodinámicas.



