

OBSTRUCCIONES NO NEOPLÁSICAS DEL COLON (*)

Dres. L. Aguirre Mac Kay, S. Jarpa Orrego e I. Martínez Leyton

Hospital del Salvador — Cátedra del Prof. I. Alessandrini — Departamento
Proctología y Cirugía Digestiva
(Santiago - Chile)

El diagnóstico de las obstrucciones no neoplásicas del colon es difícil, ya que plantea el diagnóstico diferencial de tales lesiones entre sí y de éstas con el cáncer.

La identificación del cuadro se hace generalmente mediante la laparotomía, a pesar de los esfuerzos que se hagan con los medios clínicos, la endoscopia y estudio radiológico.

El grupo de obstrucciones no neoplásicas del colon está constituido por las entidades nosológicas siguientes:

- A) **Diverticulitis - Peridiverticulitis.**
- B) **Linfogranuloma venéreo, colitis estenosante**
- C) **Estenosis cicatrizal postoperatoria**
- D) **Tuberculosis productiva del colon**
- E) **Enfermedad de Crohn.**

La escasa frecuencia de estas entidades clínicas justifica comunicarlas y aumentar así la casuística mundial; único medio de llegar a un mejor conocimiento de ellas. Es por esto que traemos las observaciones de cada una de estas enfermedades que han consultado en nuestro Departamento de Proctología en el último año.

A) **Diverticulitis - Peridiverticulitis**

La diverticulosis no es un cuadro raro y su frecuencia oscila

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 1º de junio de 1953.

entre el 3 y 10 % según diversos autores; pero sólo un 10 % a 20 % de los portadores de diverticulosis desarrollan diverticulitis y peridiverticulitis.

Hemos observado dos casos que han provocado obstrucción del colon.

El primero se trataba de una señora de 55 años que ingresó de un Servicio de Ginecología porque desde hacía 10 días presentaba dolores abdominales de tipo cólico, estado nauseoso y meteorismo. Al examen ginecológico se palpó en la región aneal izquierda una masa dolorosa del tamaño de un puño.

Se operó con el diagnóstico de quistoma ovárico izquierdo complicado. Abierto el abdomen se encuentra el colon dilatado, especialmente a nivel del ciego que se presentaba violáceo.

Este hecho que hemos observado frecuentemente en las obstrucciones del colon indica que el ciego es una zona débil para la distensión y la experiencia ha demostrado que es el ciego el que más frecuentemente estalla con la hiperpresión colónica. Al nivel del sigmoides se apreció una masa tumoral adherida a la pared pelviana. Se hizo el diagnóstico de cáncer del sigmoides y se practicó colostomía ilíaca izquierda. Esta es una mala colostomía que condujo, como muchas veces lo hemos visto, a su cierre parcial espontáneo y transformación en fistula intestinal por retracción del asa.

Se traslada a Cirugía a las 2 semanas donde se practica cecostomía. Esto constituye un nuevo error, ya que la cecostomía no es desfuncionalizante; sólo es descompresiva y deshidrata excesivamente.

Cuatro meses después es sometida a la intervención radical, extirpándose la masa tumoral del sigmoides, como si se tratara de un cáncer; deshaciendo el anillo ilíaco y restaurando el tránsito normal mediante anastomosis término-terminal del descendente al cabo inferior del sigmoides.

El control por enema opaco señaló permeabilidad de la sutura. El estudio anatomopatológico demostró que la masa sigmoidea correspondía a un divertículo que había perforado en tres partes al sigmoides con gran peridiverticulitis.

Es necesario insistir que en este caso se cometió un grave

error al no practicar de comienzo una colostomía en el transverso, como operación paliativa a la exéresis.

El otro caso se trata de una señorita de 45 años que presentó una historia muy similar al caso anterior, con dolores de tipo cólico en el hipogastrio y fosa ilíaca izquierda desde hacía una semana, vómitos y constipación.

Al examen se comprobó discreto dolor en la fosa ilíaca iz-

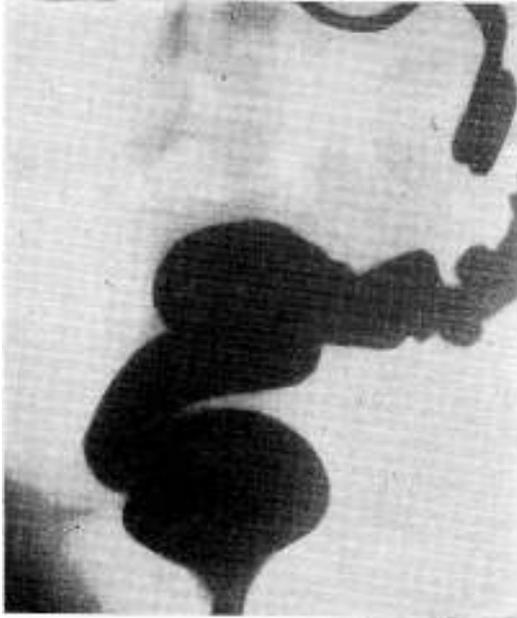


FIG. 1

quierda y en la región anaxial izquierda una masa redondeada, dolorosa, algo menor que un puño. Este examen junto al antecedente de menstruaciones irregulares, amenorrea secundaria y dismenorrea inclinó al diagnóstico de **Quiste del ovario izquierdo complicado**; exactamente igual que en el caso anterior, pero esta vez el diagnóstico se hacía en un Servicio de Cirugía de Urgencia.

Practicada la laparotomía se comprueba una masa tumoral en el sigmoides con infiltración del meso y adherida al intestino delgado. Se hace el diagnóstico de cáncer del sigmoides y por tratarse de una enferma en malas condiciones, obstruída, se

práctica con muy buen criterio una colostomía del transverso del tipo de Wangensteen.

En estas condiciones es trasladada a nuestro Servicio donde el estudio radiológico por enema baritado no demuestra lesiones en el sigmoides.

Se da de alta durante dos meses, evacuando por su colosto-



FIG. 2

mía; efectuando al cabo de este tiempo nuevo control por enema. Con la desfuncionalización del colon terminal se obtuvo regresión del proceso inflamatorio; lo que permitió ver a nivel del sigmoides numerosas imágenes de **divertículos**.

De inmediato se procedió a la sigmoidectomía en la zona diverticular y anastomosis término-terminal.

El estudio anatomopatológico demostró múltiples divertículos con gran infiltración inflamatoria.

El control radiológico de la anastomosis fué satisfactorio, por lo que dos meses después se procedió al cierre de la colostomía, quedando la enferma en perfectas condiciones.

Es importante insistir que en ambos casos se hizo operatoria-

mente el diagnóstico errado de cáncer del sigmoides y que el aspecto clínico de ambas enfermas es casi la regla en la diverticulitis tumoral, cuya ubicación más frecuente es en el colon sigmoideo.

B) Colitis estenosante por linfogranuloma venéreo

Se trata de una enferma de 40 años que desde hacía ocho meses presentaba diarreas ocasionales en número de 10 a 12 dia-



FIG. 3

rias, con pujos, tenesmo, mucus y sangre. Además en el último tiempo deposiciones acintadas.

Al examen abdominal se palpaba una masa blanda, movable, algo dolorosa en la región supraumbilical, alargada en sentido transversal.

El examen proctológico reveló una estenosis rectal fibrosa infundibuliforme, congestionada, edematosa con aspecto propio de rectitis por Linfogranuloma Venéreo.

El enema baritado corroboró la estenosis rectal, pero dió además la sorpresa de una estenosis con iguales características a nivel del colon transverso.

La biopsia de recto confirmó la sospecha clínica de linfogranuloma venéreo, igualmente se encontró una inversión del índice serinas-globulinas; en cambio la reacción de Frei y el estudio de fondo de ojo fueron negativos.

Se trató con sulfodrogas y aureomicina obsteniéndose gran disminución de la sintomatología y mejoría del estado general.



FIG. 4

Meses después un enema demostró que la rigidez de la lesión en el colon transversal había disminuído.

Cabe señalar que si sólo existiese la lesión del transversal, el diagnóstico habría sido imposible, por no contar con la biopsia que pudo obtenerse de la rectitis e indudablemente habría planteado la diferenciación con cáncer del colon o en una tuberculosis productiva del transversal.

La enferma no ha vuelto a nuestra policlínica, lo que ha impedido ulteriores controles radiológicos.

C) Estenosis cicatrizal postoperatoria

Recientemente hemos recibido un enfermo operado en abril de 1953 en un Servicio de Urgencia por torsión del colon sigmoideo, practicándosele sigmoidectomía con anastosis término-terminal.

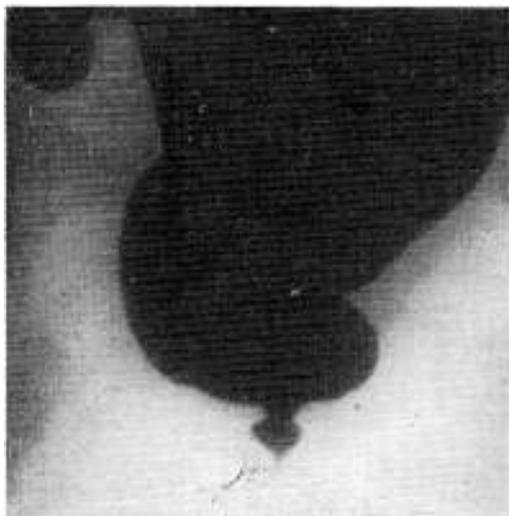


FIG. 5

Un mes y medio después de operado presenta estitquez progresiva y meteorismo. El único antecedente de importancia que daba era el de una pérdida de sangre en una sola ocasión, a los 8 días de operado.

Considerando que la estitquez no podía deberse a una recidiva de su megasigma por el corto tiempo postoperatorio que tenía y que una neoplasia habría sido diagnosticada en el momento de su operación, se hizo el diagnóstico de obstrucción cicatrizal postoperatoria. El enema baritado demostró una zona estrechada e irregular en el sigmoideo y el radiólogo concluye: aspecto radiológico de cáncer sigmoideo sin poder eliminarse la posibilidad de una diverticulitis.

Se opera sin embargo con el diagnóstico clínico, lo que corrobora ampliamente al encontrar una anastomosis acinturada con

retracción del mesosigma. Se hizo resección de la zona estenosada y anastomosis término-terminal.

El enfermo ha evolucionado en buenas condiciones.

D) Tuberculosis productiva del colon

La mayoría de los autores están de acuerdo en que este tipo de tuberculosis afecta más frecuentemente la región ileocecal; pero es en el colon ascendente y transverso donde la tuberculosis

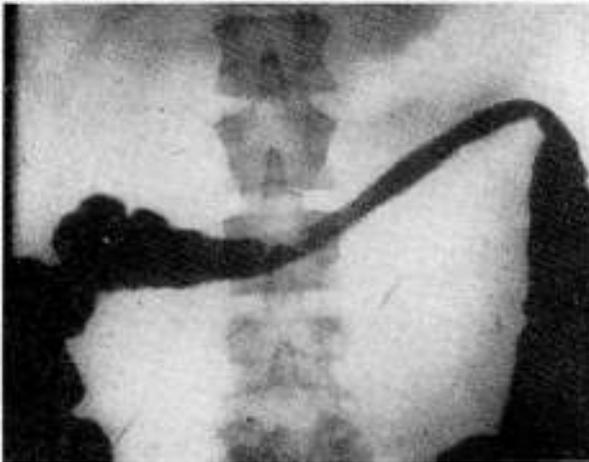


FIG. 6

toma el aspecto más productivo. Generalmente se trata de personas de edad.

Con estas características aparece el caso que relatamos a continuación de una señora de 76 años que consulta porque desde hacía 4 meses presentaba melenas ocasionales, estitquez progresiva y enflaquecimiento.

Una de las colorragias fué tan intensa que le provocó lipotimia. Al examen se aprecia una enferma enflaquecida, sin signos abdominales y con examen proctológico negativo. Un enema bariado demostró a nivel del colon transverso una estenosis en su parte media de aspecto anular con rigidez de tipo tubular y acortamiento de su mitad derecha y del colon ascendente, con caracteres de lesión orgánica.

Un nuevo estudio por enema diez días después señaló idéntica lesión.

Se decide intervenir sin diagnóstico, etiológico; aunque nos inclinamos a pensar que se trataba de una enfermedad de Crohn del colon transverso, ya que la enferma carecía totalmente de antecedentes de tuberculosis.

Abierto el abdomen, se comprueba que la mitad superior del



FIG. 7

ascendente y parte del transverso aparecen engrosados al tacto sin lesiones externas.

Por tratarse de un cuadro subobstructivo y hemorrágico se practicó hemicolectomía derecha e ileotransversostomía.

El estudio de la pieza demostró una mucosa granular, engrosada y con límite neto entre la zona enferma y la normal.

Histológicamente gran fibrosis y tubérculos característicos.

Con poca suerte, el postoperatorio fué tormentoso ya que la enferma era portadora de una arteriosclerosis avanzada que le produjo una crisis vascular cerebral y a nivel de la zona de sutura fallos de irrigación, que produjeron dehiscencia del muñón cólico que dió una fístula intestinal, caquexia y muerte.

Este caso tiene especial interés por la rara ubicación de la lesión, por la longitud bastante pronunciada de ella tomando el colon ascendente y transverso y por la falta de lesiones tuberculosas anteriores o actuales; que más bien hizo pensar en un Crohn.

En cambio, otro caso de nuestra serie, con antecedentes marcados de tuberculosis ha planteado el diagnóstico diferencial con



FIG. 8

enfermedad de Crohn sin llegar a una solución definitiva, aun con estudio histológico.

Se trata de una enferma de 67 años que desde hacía pocos meses antes de consultarnos presentaba dolores de tipo cólico abdominales y dispepsia de tipo biliar.

El examen fué negativo y el enema baritado demostró una estrechez irregular del colon ascendente en su unión con el transverso.

Un estudio seriográfico de este enema baritado llevó al radiólogo a la conclusión de que estaba ante un caso de cáncer del ángulo hepático del colon.

Se opera con ese diagnóstico y encontramos que el colon ascendente aparecía muy acortado, fibroso, retraído y prácticamente pegado al ángulo hepático con íleotransversostomía.

El estudio anatomopatológico demostró en la región cecal estructura alterada por la presencia de zonas retraídas, firmes, en parte de aspecto nacarado. Hacia el colon ascendente algunas úl-



FIG. 9

ceras irregulares granulosas, de borde subminado; unas de eje paralelo y otras perpendiculares al trayecto intestinal.

Microscópicamente había extensas pérdidas de sustancia que comprometían la mucosa, submucosa y parte de la muscular; en parte reparadas por tejido cicatrizal con regular infiltración de células redondas y plasmáticas.

Entre los elementos celulares de este granuloma se observaban abundantes histiocitos; los cuales en algunas zonas formaban nódulos epitelioides con células gigantes sin caseificación.

El patólogo diagnosticó Tiflitis y Colitis ulcerosa crónica cicatrizal con granuloma tuberculoideo. ¿Enfermedad de Crohn?

El diagnóstico debería ser el de enfermedad de Crohn, mirando sólo el aspecto de la lesión del colon, aun con sus elementos epitelioides; pero clínicamente debemos diagnosticarlo como tuberculosis, porque la enferma tenía antecedentes marcados de tuberculosis pulmonar antigua, actualmente cicatrizada inactiva, pero con una adenopatía submaxilar fuertemente sospechosa de ser tuberculosis por el aspecto clínico.

Además la ubicación cecal-ascendente es más propia de tuberculosis que enfermedad de Crohn.

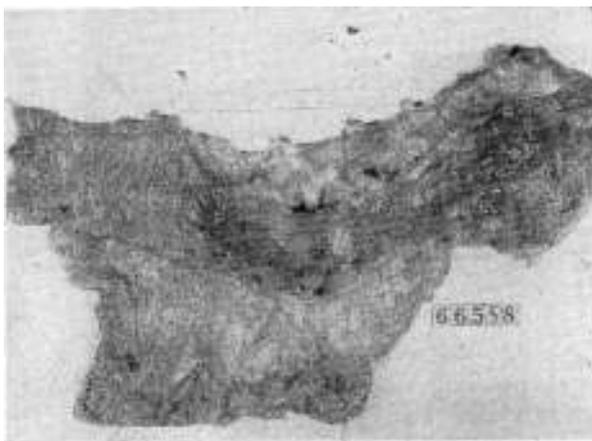


FIG. 10

E) Enfermedad de Crohn de colon

En nuestra casuística tenemos una observación de enfermedad de Crohn del colon.

Es un enfermo de 66 años que había iniciado su afección 21 días antes con dolores cólicos periumbilicales irradiados al hemiabdomen inferior; estitiquez progresiva y en los últimos días distensión abdominal, constipación y vómitos.

Al examen de abdomen se apreció distensión moderada, basuqueo y ruidos hidroaéreos. El enema baritado sólo demostró permeabilidad hasta la parte alta del sigmoides.

Fué operado de urgencia comprobándose a nivel del colon descendente una masa tumoral alargada que se diagnosticó como cáncer del colon y tratándose de un enfermo en malas condiciones

generales, sólo se practicó una colostomía en el transverso del tipo de Wangensteen.

Las condiciones generales empeoraron, aparecieron vómitos sanguinolentos y por la colostomía se eliminó líquido de igual aspecto.

Con ello se diagnosticó trombosis de la mesentérica. El en-



FIG. 11

fermo cayó en shock irreversible que lo llevó a la muerte en 48 horas.

La autopsia confirmó la trombosis de la mesentérica; pero fué una sorpresa al informar que la masa tumoral que el cirujano había identificado como cáncer correspondía a una enfermedad de Crohn en el colon descendente, obstructiva con fibrosis de todas las capas e hiperhemia marcada.

Es interesante señalar que esta afección eminentemente crónica había sido muda hasta un mes antes del ingreso, pues el enfermo jamás había tenido dolores o molestias atribuibles a la lesión.

Además es necesario insistir que, como en todas las lesiones

obstructivas no neoplásicas, el diagnóstico diferencial en el cáncer es muy difícil; aun cuando el cirujano tenga en su mano el órgano lesionado.

La revisión de los casos comunicados pone de actualidad uno de los problemas más importantes de la Cirugía del Colon, el que se refiere al uso de las anastomosis abiertas o cerradas desde que

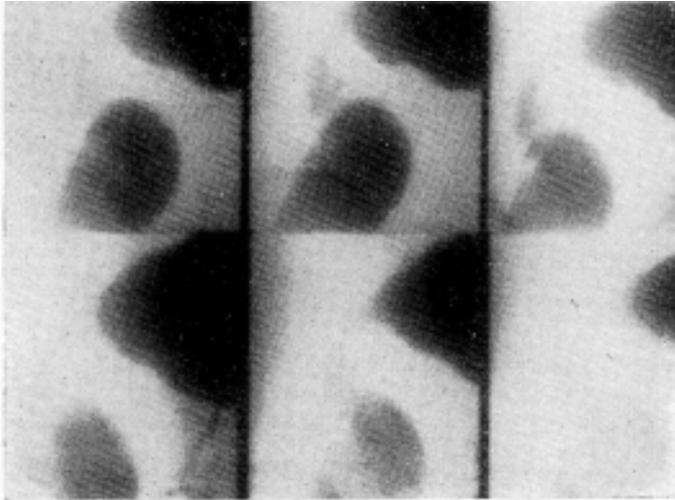


FIG. 12

se cuenta con la aseptización del colon mediante bacteriostáticos y antibióticos.

Nuestra experiencia nos ha señalado que técnicamente una anastomosis abierta ofrece la mayor seguridad de éxito, tanto porque ofrece menores dificultades operatorias y permite practicar bocas más amplias.

El problema de la aseptización del colon no es tan sencillo como aparece de la revisión de la mayoría y de los mejores trabajos practicados hasta la actualidad. Hemos podido determinar mediante la sensibilidad a los antibióticos de las cepas obtenidas de materias fecales de nuestros enfermos, que muchas veces la Aureomicina y la Terramicina, que han sido consideradas como drogas de elección, son totalmente ineficaces para bloquear el

desarrollo de las cepas obtenidas. No son raros los casos en que hemos encontrado resistencia a todos los antibióticos.

Otro fenómeno interesantísimo es que la destrucción de cepas microbianas del colon trae aparejada la exagerada reproducción de gérmenes que generalmente escapan a la acción de las drogas, como el *Proteus* y la *Pseudomona*, que no dejan de ser patógenos.

En consecuencia, no debe operarse hoy día el colon confiado a los antibióticos, es de regla estudiar la sensibilidad de los gérmenes y una técnica acusiosa, con buenas suturas, amplias bocas y cuidado de no diseminar el contenido, debe ser la preocupación fundamental del cirujano.

Dr. Prat. — La interesante comunicación que nos presenta el doctor Aguirre Mac-Kay sobre lesiones estenosantes, no neoplásicas del colon, es un problema sumamente importante, porque esta lesión confunde habitualmente al clínico y al cirujano con las lesiones neoplásicas.

Nosotros, que en la práctica tenemos la costumbre de investigar de una manera casi sistemática el neoplasma en los enfermos de 45 años para arriba, por cualquier cuadro clínico que presenten en el intestino grueso, nos hemos encontrado con casos semejantes y creo que en nuestra última publicación de la "Semiología del cáncer del colon y del recto", existen por lo menos dos casos que están se puede decir calcados sobre los casos que nos ha presentado el Dr. Aguirre Mac-Kay.

Uno de ellos es un enfermo de sesenta y tres años que hace un cuadro oclusivo de bastante intensidad, después del estudio clínico sospechamos de acuerdo con una práctica invariable que ese enfermo puede tener o debe tener un cáncer y desde ya le hacemos una exploración cuidadosa practicándole la intubación intestinal.

Este enfermo con intubación intestinal mejoró rápidamente y cuando el cuadro agudo desapareció le pudimos hacer el examen radiológico y pudimos comprobar que existía una diverticulosis y uno de los divertículos era muy grande, de manera que un proceso inflamatorio desarrollado en la diverticulosis que provocó una diverticulitis y que originó la lesión del sigmoide que dió el ileo.

* Este enfermo lo seguimos tratando medicalmente con la intubación después de haber comprobado que su válvula de Bauhin estaba libre; es decir, que no existía una oclusión cerrada, y la prueba fué que la sonda funcionó perfectamente y ese enfermo en tres o cuatro días mejoró notablemente, y cuando ulteriormente pensábamos ir a la intervención, la evolución del enfermo fué tan simple y normal a lo que se agregaba una cardiopatía que nos obligó a postergar la operación y hace cuatro años que está marchando perfectamente. En lo referente a la tuberculosis del colon, nuestro caso era un tuberculoma de la mitad del colon transverso, en un muchacho de 30 años que hizo una lesión que por las características

clínicas y la estenosis radiológica del colon parecía tratarse de una lesión estenosante neoplásica, sin presentar otras manifestaciones de su tuberculosis.

Este enfermo fué operado sin diagnóstico seguro, creimos que se tratase de un cáncer en un paciente joven; se le hizo la resección del tumor, con la unión de los cabos intestinales en caño de escopeta para realizar un ano contra natura que luego fué cerrado exitosamente. Este enfermo mejoró perfectamente, estuvo tres o cuatro años bastante bien, hasta que después hizo su generalización de su lesión tuberculosa.

Contribuímos con esta modesta casuística a la interesante presentación que ha realizado el Profesor Aguirre Mac-Kay.

No quiero terminar, Sr. Presidente, sin felicitar al Dr. Aguirre Mac-Kay por su interesante comunicación y la enorme satisfacción que experimentamos los cirujanos uruguayos al verlo y actuar entre nosotros, presidiendo la sesión de nuestra Sociedad de Cirugía y en particular esta satisfacción es más grande y grata aún para mí, porque tengo que agradecerle la gentil atención del Dr. Mac-Kay, al ser portador de mi diploma de Socio de Honor de la Sociedad de los Cirujanos de Chile que me han dispensado gentilmente tan apreciada distinción en 1952.

Dr. Stajano. — En nombre de la Sociedad de Cirugía, agradezco al Dr. Aguirre Mac-Kay su interesante comunicación, mostrándonos una serie de casos de oclusiones no neoplásicas del colon, de etiología diversa, así como las directrices tácticas y terapéuticas propias a cada circunstancia. Salvo la gran familiaridad que tienen los colegas chilenos con el megacolon —que es frecuentísimo en Chile— el resto de la cirugía cólica es similar y la orientación terapéutica de sus diversos problemas, es, por lo que acabamos de oír, muy semejante a la nuestra. Por otra parte, es muy agradable para nosotros, que un cirujano chileno ocupe nuestra tribuna y se sienta como en su propia tierra y en su propia casa. Hago votos, pues, para que se intensifique nuestro intercambio. Tenemos tantas afinidades temperamentales y espirituales, que proceden de nuestra historia, que no tenemos derecho a desconocernos.

Invito, pues, al querido amigo, a ocupar en este momento la Presidencia de nuestra Sociedad de Cirugía.