

VÓLVULO DEL CIEGO (*)

Dr. Homero Cosco Montaldo

La finalidad de esta comunicacion consiste en actualizar ciertos aspectos del tema de vólvulo de ciego analizando los aportes de la escuela uruguaya y personal, y plantear la posibilidad del diagnóstico radiológico diferencial entre los tipos de vólvulos, presentando a consideración el signo del doble nivel cólico y el tipo de vólvulo cecocólico a doble balón.

Interés del tema

Es un tema en plena estructuración. La mayoría de los casos han constituido sorpresas operatorias y están presentados de manera incompleta, porque la práctica del examen radiológico, llave del diagnóstico preoperatorio, solamente se ha llevado a cabo correctamente en estos últimos años.

La importancia quirúrgica surge de la elevada mortalidad (los no operados fallecen el 100 %, los operados del 40 al 50 %) y de la necesidad de la operación precoz y urgente, regla ésta no modificada por los modernos antibióticos ni sondas intestinales decompresivas (Dean) (3).

Hasta 1950 (Gómez Olivares) (7) los casos publicados se elevaban a 413.

Bibliografía nacional

La escuela uruguaya ha contribuido al tema con 10 casos: Bassotti 2, Prat-Valdez 1, Grille Cendán 1 (9), Larghero 3, Del Campo 2, Piquinela 1.

El caso Valdez (12), es operado con diagnóstico de vólvulo

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 8 de julio de 1953.

del sigmoide en estado desesperante. Detorsión, ileostomía a la Witzel. Fallece al día siguiente. No rayos ni datos.

El caso 1 de Bassotti (¹): diagnóstico de apendicitis, Mac Burney y se comprueba "torsión del ciego con báscula del ciego". No rayos.

El caso 2 de Bassotti: diagnóstico de vólvulo sigmoideo, mediana infraumbilical, "enorme asa de intestino grueso dilatada como cabeza de feto", detorsión y abandono sin fijación. Se reproduce el vólvulo a los 6 meses: "2 vueltas en sentido de reloj". Fijación. No rayos.

Por la documentación radiográfica se apartan los casos de Del Campo, Larghero y Piquinela.

Caso 1, Del Campo (⁴): vólvulo del ciego situado en H. D. con delgado dilatado.

Caso 2, Del Campo: vólvulo del ciego situado en H. I. con delgado dilatado.

Caso 1, Larghero (¹⁰): buen estado general, balón gaseoso en H. I., vólvulo cecocólico, rotación 180°, sin oclusión de delgado, brida de Lane fijando última asa ileal al estrecho superior. Detorsión, punción y fijación. Fallece por gangrena gaseosa de la pared abdominal.

Caso 2, Larghero: gran nivel en H. I., niveles en delgado y neumoperitoneo, vólvulo cecocólico 180°. Peritonitis purulenta por perforación puntiforme del ciego; detorsión, hundimiento de perforación, exteriorización ciego y apéndice. El ciego se perfora de nuevo al 3er. día. Curación final.

Caso 3, Larghero: no rayos X. Diagnóstico de oclusión intestinal por invaginación o vólvulo de ciego. Operación Dr. Piquerez: vólvulo ileocecocólico de 3 metros de íleon y ciego colon ascendente. Detorsión. Alta.

Caso Piquinela (¹¹): vólvulo cecocólico con participación últimos 5 cms. de íleon en pie de torsión. No oclusión delgado. Apéndice fijo al promontorio. Detorsión y apendicostomía. Reoperación por íleo paralítico postoperatorio por adherencias y vólvulo del delgado. Alta.

De los 6 casos, 5 son cecocólicos y 1 ileocecocólico; en general izquierdos; 1 solo en H. D.; bridas en 2: de Lane y fijación de apéndice al promontorio; sólo en 3 oclusión del delgado.

Observación personal

A. B. de L., 38 años, ingresa a Sala 18, Dr. Nin y Silva, el 16 de octubre de 1952, con la siguiente historia: desde hace 7 días dolor en flanco D. que se irradia transversalmente y hacia fosa ilíaca derecha, dolores discontinuos que desde hace 2 días se han hecho permanentes, de discreta intensidad. Conjuntamente aparece distensión abdominal con ruidos hidroaéreos y detensión completa de materias y gases. Tuvo vómitos, uno ayer y 2 o 3 los días anteriores.

Al examen: aspecto general bueno. Abdomen distendido, con balona-

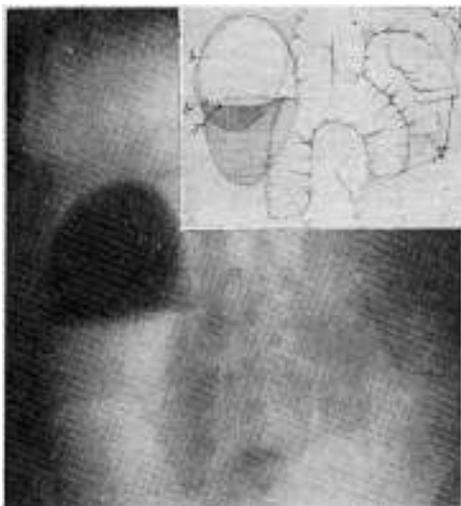


FIG. 1. — Placa simple de abdomen (de frente y de pie). Gran imagen hidroaé-rica cólica derecha (1) (asa volvulada). Gran nivel líquido constituido por dos niveles (2) y (3) superpuestos a la derecha. Cada nivel corresponde a una cámara cólica. Es el signo del doble nivel y doble cámara del vólculo cecocólico. Asas delgadas dilatadas (4) con niveles líquidos ascendentes de derecha a izquierda, sin dislocación (obstrucción del delgado). Es la imagen típica de la doble oclusión: estrangulación cólica y obstrucción del delgado.

miento asimétrico predominando en hemiventre inferior D. No duele espontáneamente.

A la palpación: vientre tenso, elástico, timpánico. En el hemiventre D. se palpa intestino distendido que abajo ocupa la fosa ilíaca D. y que arriba se pierde bajo el reborde costal, anulando la macidez hepática. La fosa ilíaca D. no se halla vacía sino ocupada. Se oyen ruidos hidroaéreos. Pulso 100, P. A. 15.

En la madrugada, al ingresar en la guardia del Dr. Fernández Chabela, le ordena los exámenes radiográficos conducentes al justo diagnóstico 1 y 2) abdomen simple de pie y acostada, 3 y 4) enema bari- tado acostada de frente y perfil, 5) antes de operar, evacuado el enema: placa simple de pie.

1) La placa simple de abdomen de frente y de pie (fig. 1) es particularmente llamativa por la presencia de una **gran imagen hidroaé-rica**, situada en H. D. y flanco derecho con gran nivel horizontal líquido de 5 dedos de ancho; observando atentamente la placa se aprecia un doble nivel líquido casi superpuesto. La zona opaca del resto del asa

cólica dilatada completando un gran ovoide vertical, llena el resto del flanco y fosa iliaca derecha.

El tercio medio y tercio izquierdo del abdomen se presentan llenos de **asas delgadas dilatadas**, con niveles líquidos progresivamente ascendentes de derecha a izquierda.

2) La placa de abdomen simple acostada es también altamente sugestiva. En ella el hemiventre derecho, desde la pared lateral hasta la margen derecha de la columna está ocupado por una **gran imagen aérea**



FIG. 2. Placa con enema opaco en decúbito. Gran balón cólico derecho (1) extendido desde el hipocóndrio derecho hasta la fosa iliaca derecha. Escotadura por tracción del delgado (2). Aeroilia (3). Stop cólico (4) que marca el pie de torsión sobre el colon ascendente. Angulo cólico derecho (5) desplazado abajo y adentro.

ovoidea a gran eje vertical de 5 dedos de ancho, cuyo polo superior llena el H. D. y cuyo polo inferior ocupa la fosa iliaca derecha. En el resto del abdomen asas delgadas dilatadas. (Estas características se aprecian en la placa siguiente).

3) La placa de colon por enema acostada, además del gran balón aérico D. evidenciado en la placa anterior, ofrece un dato de capital importancia: el **stop cólico** (fig. 2). En efecto, la barita luego de recorrer el colon descendente y mitad izq del colon transverso, penetra en un amplio bucle que corresponde a la mitad derecha del colon transverso cuyo ángulo hepático se encuentra desplazado abajo y adentro. A continuación rellena los primeros 14 cms. de la parte alta del colon ascendente para detenerse (stop) en el interior de la gran imagen aérea, en la unión de los 3/5 superiores con los 2/5 inferiores, a dos dedos por encima de la cresta iliaca.

Es el stop cólico indicador del pie del asa ocluída.

4) En la placa de colon por enema de perfil se observa el relleno del intestino grueso hasta el colon ascendente y ofrece un dato topográfico de valor: las asas dilatadas están situadas por delante del stop cólico, es decir, que el pie de torsión corresponde a la cara posterior de la gran asa cólica distendida.

5) Inmediatamente antes de la operación y luego de evacuado el enema se obtuvo una última placa de frente, de pie (fig. 3), en la cual se deben puntualizar dos datos: que el doble nivel de la gran imagen

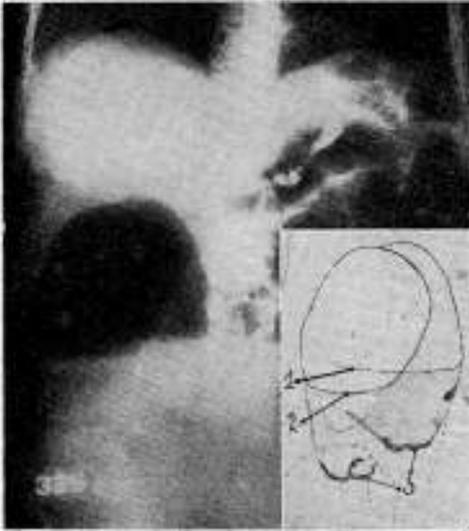


FIG. 3. — Placa de pie con enema evacuado. Se observa con más claridad el signo del doble nivel (1) y (2) con doble cámara. La barita ha penetrado dentro del asa ocluída (3).

hidroaérea derecha es más claramente visible y que parte de barita ha logrado penetrar en pequeñas cantidades dentro del asa ocluída.

Resumiendo los datos radiográficos, éstos son los siguientes: **oclusión cólica** con gran imagen hidroaérea a doble nivel y doble cámara y **oclusión del delgado** (placas 1 y 2); **stop cólico** al nivel del colon ascendente (placas 3 y 4); **pasaje del enema baritado al asa volvulada** (placa 5). Por lo tanto, **doble oclusión: cólica y delgada**. Por la gran distensión del asa cólica aislada es una oclusión cerrada y por la indicación del stop está formada por el ciego y parte del colon ascendente. Es un vólvulo del ciego colon ascendente.

Se interviene el mismo 16 de octubre de 1952, a las 11 hs. Dr. Cosco. Raquianestesia entre 12 dorsal y 1ª lumbar. Incisión pararrectal D. baja. Abierto el vientre se comprueba un vólvulo cecocólico enormemente distendido que en forma de gran balón a eje mayor vertical ocupa casi todo el hemiventre D., desde el hígado hasta la fosa ilíaca, y desde la pared lateral hasta la columna. Rotación de 180° en sentido agujas reloj (fig. 4, a). Por delante contacta con la pared anterior y por detrás

con el resto del colon ascendente. El pie de torsión, situado en la unión de los 3/4 superiores con el 1/4 inferior de la cara posterior está constituido por el enroscamiento del colon ascendente con los últimos 5 dedos del asa ileal.

Por efecto de esta rotación, la topografía del cecocolon está invertida encontrándose el ciego en el H. D. y el colon ascendente ocupando la F. I. D. Además para alcanzar el pedículo de torsión, la parte alta del

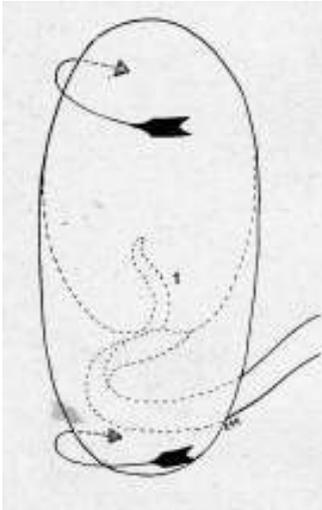


FIG. 4 a). — Comprobaciones operatorias. Vólvulo cecocólico derecho vertical rotado 180° en sentido de las agujas de reloj. Apéndice posterior (1).

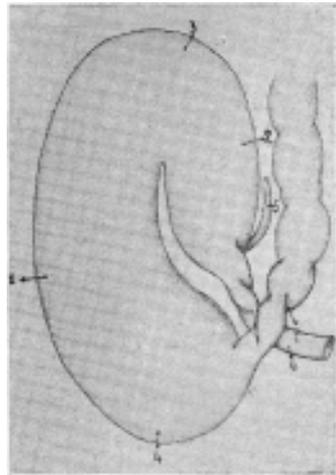


FIG. 4 b). — Vista lateral izquierda del vólvulo. Asa volvulada cecocólica incurvada formando una cámara anterior (1) y otra posterior (2). Ciego en hipocondrio derecho (3). Colon ascendente en fosa ilíaca derecha (4). Apéndice posterior (5). Pie de torsión con participación de la última asa ileal (6) y colon ascendente (7).

asa cecocólica se ha incurvado hacia atrás y abajo de tal manera que el apéndice se encuentra en la cara posterior del vólvulo, inmediatamente por encima del pedículo de torsión (fig. 4, b). Todas las asas delgadas dilatadas están a la izquierda del vólvulo. Punción del asa volvulada y hundimiento. Desinflado el balón, se rota el ciego colon ascendente en sentido contrario a las agujas del reloj. Entonces se observa lo siguiente: 1) que al nivel de la parte media del colon ascendente existe una amplia y firme brida epiploica (membrana de Jackson) que, dirigida de adentro afuera y de arriba abajo, se fija a la pared lateral del abdomen compri-

miendo el colon (fig. 5); distalmente a esta brida (hacia el ángulo hepático), el colon tiene un aspecto normal, mientras que hacia la válvula ileocecal se presenta muy distendido y alargado; 2) que el asa volvulada, constituida por la mitad inferior del colon ascendente y por el ciego se presenta congestivo, con pequeñas sufusiones hemorrágicas y edematoso; el mesocolon con lesiones similares y engrosado. No hay lesiones de necrosis; 3) que los cuatro últimos dedos del asa ileal, enroscados con el

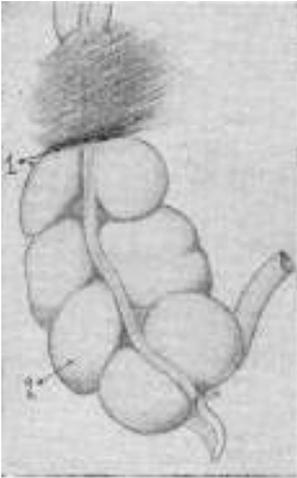


FIG. 5. — Después de la detorsión. (1) Membrana de Jackson comprimiendo la parte media del colon descendente. (2) Ciego-colon libre, distendido y alargado.

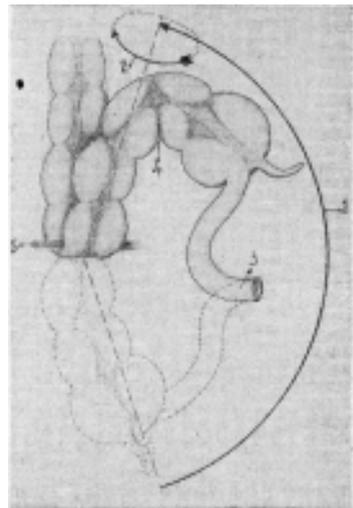


FIG. 6. — Probable mecanismo del vólvulo cecocólico en U o a doble balón. Primero báscula sobre eje horizontal (1) y luego torsión sobre el eje longitudinal cólico (2). La última asa ileal se resiste por su fijeza (3), lo que da lugar a que el cecocolon se angule como un sigmoide (4). En nuestro caso la báscula sobre el colon tuvo lugar sobre una membrana de Jackson (5).

colon en el pie de rotación, se presentan aplastados, congestivos y de paredes infiltradas; 4) que el ciego, colon ascendente e ileon terminal tienen una falta de acolamiento en sus mesos, como en los tipos correspondientes a la 3ª etapa de rotación del intestino medio (Gardner) (6). Se procede a la sección de la brida de Jackson y dado el aspecto de satisfactoria integridad del asa volvulada se termina la intervención fijando el ciego-colon al peritoneo parietal por varios puntos de sutura. Sale de la operación en buenas condiciones, con P. A. 12/9 y pulso 100. Evolu-

ción satisfactoria. Tránsito intestinal por ingestión en el postoperatorio (octubre 24/52), informa: delgado evacuado, el bario rellena bien el segmento ceco-ascendente de aspecto radiológico normal. Firma: Burnett.

CONSIDERACIONES

Las consideraciones se referirán a seis puntos: 1) localización del balonamiento y fosa iliaca derecha vacía; 2) bridas y membrana de Jackson; 3) mecanismo; 4) diagnóstico radiológico; 5) sugerencia del diagnóstico diferencial entre los tipos de vólvulo con el signo radiológico del doble nivel cólico; y 6) expresión radiológica del vólvulo agudo de ciego.

1) Localización del balonamiento y el signo de la fosa iliaca D. vacía.

En la mayoría de los casos el asa cecocólica volvulada se dirige hacia arriba y a la izquierda ocupando el ciego el H. I., lo que explica que el balonamiento predomine a ese nivel. Una de las características de nuestro caso lo constituye el *balonamiento derecho a predominancia infraumbical* por tratarse de un tipo de vólvulo cecal D. vertical poco frecuente. Además el polo inferior del balón se hundía en F. I. D. como el de Fernández Calvo (5) sobrepasando abajo el pie de torsión y rellena esta fosa. Con respecto a este signo existen impresiones contradictorias. Larghero considera la fosa iliaca vacía como un signo capital de vólvulo, mientras que para Courty (2) es un signo muy difícil de buscar indicando además que Beeger en 77 observaciones, no lo ha encontrado señalado en ningún caso. Es ilustrativo lo consignado por Bassotti en su caso 2: al principio F. I. D. vacía, 6 hs. después está rellena. De los casos analizados concluimos en que: a) la vacuidad de la F. I. D. es de alto valor cuando existe, pero no es un signo constante; b) que existen vólvulos de ciego con F. I. D. rellena como ser: los vólvulos D. verticales, los vólvulos a izquierda en que las asas delgadas distendidas rellenan la F. I. D., los vólvulos con gran distensión y con marcada reacción peritoneal.

2) Bridas o adherencias. Membrana de Jackson.

En un tercio de los vólvulos existen bridas importantes sobre el delgado o el grueso que, al fijar el intestino móvil, favorecen

la rotación. Larghero comprueba una brida de Lane y Piquinela un apéndice fijo al promontorio. Son particularmente interesantes las bridas que estrechan el colon ascendente, porque patológicamente, favorecen la producción del vólvulo. En nuestro caso observamos una membrana de Jackson (fig. 5) que fijaba y comprimía el colon ascendente al nivel de la parte media, inmediatamente por encima del pie de torsión. Esta disposición colocaba el intestino en circunstancias similares a la reproducción exitosa experimental, obtenida con insuflación previa ligadura del colon ascendente (Gatellier, Moutier y Porcher), 1931 (6).

3) Posible mecanismo de este tipo de vólvulo.

Analizando el caso presentado se observa que la superficie externa del asa volvulada e incurvada en sentido circular está constituida por la cara posterior y externa del ciego colon dilatado. El apéndice se encuentra atrás, entre el asa volvulada y el colon ascendente normal, por encima del pie de torsión. Esta disposición ha resultado de un doble movimiento: uno de báscula al girar en charnela el ciego y parte inferior del colon ascendente, sobre un eje horizontal situado a nivel de la parte media del colon deprimido por la membrana de Jackson; el otro de torsión, en una extensión de 180°, sobre el pie de la báscula, siguiendo el eje longitudinal cólico. El esquema ilustra el mecanismo (fig. 6).

4) Diagnóstico radiológico.

Es la base del diagnóstico preoperatorio y contribuimos al diagnóstico de los tipos de vólvulo proponiendo un signo radiológico diferencial.

La escuela uruguaya se ha distinguido por su aporte: Larghero en 1933 fué el primero, reconocido por Courty, en diagnosticar el vólvulo radiológicamente (pie, frente y perfil); Del Campo en 1943, con motivo de dos casos, precisa la expresión radiológica (parado, frente, decúbito). Piquinela en 1950, agrega el enema y visualiza el canal de torsión. Nuestro caso lo documentamos con cinco placas: de pie, decúbito, enema frente y perfil de pie, evacuado el enema. Este estudio radiológico exhaustivo permite obtener un firme diagnóstico y además precisar su tipo.

La radiografía simple de pie y decúbito documenta sobre la doble oclusión: la gran imagen hidroaérea de un asa cólica aislada (oclusión por vólvulo) y la aérea ílea (obstrucción del delgado). La primera se localiza en general en el lado izquierdo, pero también en otras zonas y en el H. D. como el caso 1 de Del Campo y el nuestro. Sobre la segunda insiste Del Campo en sus dos casos, que las asas delgadas dilatadas ocupan el lado D. del abdomen dejado vacío, se dislocan, pierden su topografía y no adoptan la posición de abajo arriba y de derecha a izquierda habitual de las oclusiones bajas del delgado. Al respecto, puntualizamos lo siguiente: 1) la oclusión del delgado no es constante (falta en caso Piquinela y N° 1 Larghero); 2) cuando el vólvulo es derecho, como el nuestro, las asas delgadas distendidas no se dislocan, no pierden su topografía y presentan la disposición habitual de abajo arriba y de derecha a izquierda. Las radiografías con enema, frente y perfil, ofrecen dos datos: uno capital, el stop cólico, que precisa el lugar exacto del pie de torsión, descartando el frecuente error de diagnóstico con el vólvulo del sigmoide; el otro accesorio: la topografía del vólvulo en el sentido ántero posterior y su relación con el stop cólico.

La radiografía de pie previa evacuación del enema, permite, en algunos casos, visualizar el canal de torsión (caso Piquinela) y marcar con exactitud el fondo de la cámara volvulada (Piquinela y nuestro).

5) **Signo del doble nivel cólico y diagnóstico diferencial radiológico de los tipos de vólvulo de ciego.**

Diferentes autores se han reguntado, sin resolverlo, si es posible plantear un diagnóstico anatómico radiológico de la variedad del vólvulo.

Proponemos, como diferenciación, el signo del doble nivel. Si analizamos con detención la placa 1 (de pie) (fig. 1), se observa que el gran nivel hidroaérico es un falso nivel único, constituido en realidad por dos amplios niveles cólicos separados a la izquierda que se confunden hacia la derecha. Cada nivel corresponde a una cámara de aire distinta abajo, fusionadas arriba, en el polo superior, como se aprecia más claramente en la placa 5 (enema evacuado y de pie) (fig. 3). En este tipo cecocólico (asa

volvulada constituída únicamente por intestino grueso) como el arrastre de la última asa ileal es difícil, el cecocolon, al distenderse, se incurva cada vez más sobre su borde mesocólico (fig. 6), terminando por adoptar la forma de una gran asa cólica circular, casi cerrada atrás, donde ciego y colon ascendente se aproximan al nivel del pie de torsión. La última asa ileal interviene únicamente en el pie de torsión, enroscándose con el colon ascendente.

Este tipo de vólculo se asemeja en ciertos aspectos al vólculo del sigmoide, lo que es fácil de concebir si se recuerda que el asa cecocólica ha sufrido un proceso de alargamiento por las crisis oclusivas que preceden en general al gran cuadro agudo y la dilatación durante el vólculo, alargamiento que comprueba el cirujano después de la detorsión, al no poder mantenerlo en la F. I. D.

Alargamiento y falta de acólamiento: tales los dos elementos que lo acercan al sigmoide y permiten la incurvación en asa circular. Cada una de las dos ramas (o balones) del vólculo tendrá su nivel. Este es el signo del doble nivel cólico que proponemos como característica del vólculo cecocólico a doble balón, con íleon enroscado en el pie de torsión. El cecocólico sin íleon en pie de torsión y el ileocecocólico (asa volvulada, constituída en parte por colon y delgado) presentarán un solo nivel cólico.

Si el vólculo cecocólico es derecho, los dos niveles pueden superponerse imponiéndose como un nivel único (fig. 1) que sólo descubre la observación atenta u otra placa más afortunada (fig. 3). Si el vólculo es izquierdo el asa volvulada se extiende más ampliamente en el plano frontal, exponiendo sus dos niveles con mayor claridad, (caso 2 Del Campo, caso 1 Larghero) o simulando un gran nivel único (caso Piquinela).

El caso de Lemarchel, con un nivel que se hace doble al colocarse en decúbito y pararse de nuevo, lo explicamos, de acuerdo a nuestra orientación, por el pasaje de líquido al balón vacío, durante el decúbito.

6) Expresión radiológica del verdadero vólculo del ciego. (Vólculo del colon D.).

En síntesis es la siguiente:*

1. Gran asa cólica única dilatada (en H. I., epigastrio y región umbilical, o en H. D. con menos frecuencia).

2. Doble nivel cólico en la imagen hidroaérea caracterizando al tipo cecocólico a doble balón (en las demás un solo gran nivel cólico).

3. Stop cólico por enema. Indica el lugar de la oclusión mecánica (pie de torsión).

4. No gases en colon por debajo del pie de torsión.

5. Visualización del canal de torsión y del asa volvulada (si penetra el enema).

6. Obstrucción del delgado. No constante. Existiendo, las asas dilatadas pueden adoptar la disposición de abajo arriba y de derecha a izquierda propias de las oclusiones bajas del delgado (vólvulo D.) o dislocarse al ocupar la zona D. dejada libre por el cecocolon al volvularse y ubicarse a la izquierda (vólvulo izquierdo).

RESUMEN

Se presenta un caso de vólvulo cecocólico por báscula y rotación con ileon enroscado en el pie de torsión a doble nivel cólico, con dilatación del delgado y membrana de Jackson comprimiendo la parte media del colon ascendente.

Se efectúa una revisión de la bibliografía nacional.

Se analiza la localización del balonamiento y el signo de la fosa ilíaca D. vacía, concluyéndose que este último signo no es constante y falta: en los vólvulos derechos, en los izquierdos cuando las asas delgadas se dislocan a derecha, en las grandes distensiones, en la marcada reacción peritoneal.

Se propone el signo del doble nivel cólico como característico del vólvulo cecocólico a doble balón.

Se concreta la expresión radiológica del vólvulo en los signos de la doble oclusión: la cólica constante (asa única dilatada, stop cólico, visualización del canal de torsión y del asa por enema), y la del delgado inconstante (aeroílea).

SUMMARY

The author presents a case of cecocolic volvulus with folding and rotation, with the ileon twisted round the point of torsion and a double colic fluid level. Distension of the small intestine;

Jackson's membrane constricting the middle portion of the ascending colon.

The national literature is reviewed.

A study is carried out of the position of the cecal inflation and the sign of the empty right iliac fossa (in the present case the inflation was on the right side and the right iliac fossa was occupied) arriving at the conclusion that this sign is not constant and is absent in: right side volvulus, left side volvulus when the small intestine is dislocated to the right, massive distension and severe peritoneal reaction.

The author proposes the sign of the double colic fluid level as a characteristic feature of cecocolic volvulus with double "balloon" and establishes the radiologic signs as those of double stoppage: colic, which is constant, (single distended loops, colic stoppage, visualization of the passage at the point of torsion and of the loop with opaque enema, and of the small intestine, which is not constant (aeroileia).

Dr. HOMERO COSCO MONTALDO

Avda. Dr. Soca 1361

Montevideo — Uruguay

BIBLIOGRAFIA

1. BASSOTTI, O. — Vólvulo del ciego. — Asoc. Méd. del Lit. Norte Uruguayo. Actas y Trab. del 1er. Cong., 1944, Salto, pág. 137. 5º Cong., Noviembre 1948, pág. 92.
2. COURTY, A. — Les Volvulus Aigus du Colon Droit. — Masson et Cie. 1950.
3. DEAN, D. L. — Vólvulo del ciego. — Anales de Cirugía, agosto 1952; 146.
4. DEL CAMPO, J. C. — Vólvulo del ciego. — Bol. Soc. Cirugía del Uruguay, 14; 480; 1943.
5. FERNANDEZ CALVO, F. — Contribución al estudio de los vólvulos del ciego. — Rev. Clin. Españ. 34; 1949; 245.
6. GARDNER, C. F. — Significado quirúrgico de las anomalías de rotación intestinal. — Anales de Cirugía, junio 1950; 955.
7. GOMEZ OLIVARES. — Bases etiopatogénicas del vólvulo cecocólico. — Rev. Clín. Españ. 36; 371; 31 marzo 1950.
8. GATELLIER, MOUTIER y PORCHER. — Les volvulus du caecum. — Arch. des Mal. de l'App. Dig. 21; 20; 1931.
9. GRILLE CENDAN. — Citado en Larghero. 1 caso de vólvulo de ciego. — Rev. Soc. Med. Quir. Litoral; 3 (Ed. Galien. Montevideo).

10. LARGHERO YBARZ, P. — Vólvulo del ciego-colon ascendente. Bol. Soc. Cirugía del Uruguay, 19; 1948, 366.
11. PIQUINELA, J. A. — Vólvulos del ciego. — Anales de la Fac. de Med. de Montevideo, 37; 1-2; 1953; 3.
12. PRAT, D. — Ileo. Oclusión y obstrucción intestinal. — Ed. Palacio del Libro. Montevideo, 1931; 1; 209.

Dr. Piquinela. — El giro que ha tomado la discusión evidencia una vez más la importancia del papel que desempeña el esfínter ileo-cecal en el vólvulo del ciego. El esfínter ileo-cecal en el vólvulo del ciego interviene en dos momentos por lo menos; en un número grande de casos, en el momento en que se produce el vólvulo y en un número determinado de casos en el momento en que el vólvulo evoluciona. La primera afirmación referente a la intervención del esfínter en el desencadenamiento del vólvulo ha salido un poco del aspecto puramente especulativo para entrar en el terreno experimental; el vólvulo de ciego ha sido reproducido experimentalmente por varios autores y se ha demostrado que lo necesario para que él se produzca es una distensión brusca del cecoascendente que necesita para desarrollarse en general, dos cosas: una brida o adherencia que está situada en casi todas las observaciones en la vecindad del ángulo derecho del colon y un esfínter ileo-cecal suficiente.

Eso comienza la volvulación de un ceco-colon o de un ileo-cecocolon móvil, móvil anormalmente, condición absolutamente esencial para que la volvulación se produzca. La brida parecería un factor contingente aunque muy frecuente; pero después que el vólvulo está en marcha el esfínter ileo-cecal interviene a menudo efectivamente, condicionando por su hermeticidad una gran distensión del ceco-colon.

La oclusión del delgado puede aparecer en dos circunstancias: de entrada cuando el vólvulo es ileo-ceco-cólico y en ese caso las primeras placas muy precozmente van a mostrar al lado de la gran asa distendida de grueso, una serie de asas del delgado, evidenciando que el delgado ya está participando en la oclusión, cosa que por otra parte aparece certificada por los vómitos del enfermo. Pero el ileo del delgado puede aparecer cuando el cuadro evoluciona, como pasa en los vólvulos ceco-cólicos puros, precisamente porque la resistencia del esfínter ileo-cecal a la evacuación del delgado no permite vaciarse a éste en el grueso con la facilidad con que lo hace normalmente.

Entonces, la resistencia del esfínter, al mismo tiempo que condiciona una enorme distensión del ciego, crea una dificultad cada vez mayor para la evacuación del delgado y no es extraño que placas a las 48 horas, 72 horas, puedan mostrar un ileo del delgado que es en realidad tardío con relación al comienzo del cuadro.

En la presentación de mi trabajo sobre "Vólvulo de ciego" hecha a esta Sociedad, señalé que se pueden aislar en vólvulo del ciego como en vólvulo del sigmoide, dos formas que son menos esquemáticas de lo que pudiera parecer; las formas eminentemente obstructivas y las formas

predominantemente a estrangulación; estas últimas se operan en general pronto, porque como en todo ileo por estrangulación predominan los dolores que adquieren rápidamente gran intensidad; la caída del estado general es muy rápida y en fin se reconoce, aunque no se haga el diagnóstico exacto que se trata de situaciones que requieren tratamiento quirúrgico de urgencia. Pero las formas obstructivas son las formas que se operan algunas veces dos, tres, cuatro días después de comenzado el cuadro; en la literatura publicada encontré, a propósito del trabajo de "Vólvulo de ciego", muchos casos operados tardíamente, en que ha sido la confianza en el estado general lo que ha hecho pensar que no se trata de una situación de urgencia. El estado general a que se refiere el Dr. Cosco puede ser bueno o malo, más o menos pronto malo; depende fundamentalmente del factor vascular, de la participación del factor vascular en la torsión. La integridad del asa puede, en las formas obstructivas, estar precisamente comprometida aun cuando la irrigación que viene por el mesenterio no lo esté, por la gran distensión, en cuyo desarrollo desempeña papel fundamental el esfínter cerrado.

Se explican así ciertos aspectos un poco particulares señalados en protocolos operatorios: vólvulos operados tardíamente con una pared relativamente íntegra; vólvulos operados precozmente con una pared a punto de perforarse.

Otra cosa interesante que encuentro en una de las observaciones presentadas hoy es la visualización del canal de torsión; este es un hecho que ha sido señalado; está netamente destacado en el caso que presenté en esta Sociedad; cuando se le ve es uno de los elementos de diagnóstico más interesantes. Finalmente quiero referirme al valor de la apendicostomía; yo no sé si los consocios recuerdan que en el caso que yo presenté la enferma fué operada veinte días después, porque hizo un vólvulo del delgado al pie de una brida y la reoperación, veinte días después, mostró que en esa enferma en que se había hecho sólo una apendicostomía, toda la pared anterior del ciego estaba sólidamente fijada al peritoneo parietal anterior; no se había hecho otro elemento de fijación que la apendicostomía, conservando para ello, del apéndice, sólo su base. Señalo este dato porque recientemente un cirujano que trabaja en Angora, Melchior, en un ambiente en que el vólvulo es muy frecuente, se opone a todo lo que sea fijación, sea fijación del ciego a la pared, sea apendicostomía; manifiesta que su experiencia le enseña que las adherencias creadas sobre todo por la ceco-fijación se alargan con el tiempo y ha visto vólvulos recidivados a pesar de la fijación, lo que lo lleva a pensar que se debe hacer una hemicolectomía, como tratamiento del vólvulo de ciego, cosa que ha realizado con éxito en varios casos.

Dr. Bermúdez. — Creo que tenemos que agradecer a los comunicantes Dres. Fernández Chapela, Suiffet y Cosco Montaldo, que en una sola sesión de la Sociedad de Cirugía, nos hayan traído cinco observaciones muy interesantes y bien documentadas de los vólvulos del ciego.

Quiero insistir sobre un aspecto que ya ha sido muy bien destacado

por el Dr. Suiffet, cuando hablaba de las precauciones con que hay que manejar el asa distendida con lesiones, para evitar los accidentes de rotura.

En estas cinco observaciones se ha producido este accidente en dos oportunidades; es cierto que en esas dos oportunidades el asa volvulada distendida tenía lesiones irreversibles. Nosotros hemos actuado en varias oportunidades en la clínica del Profesor Nario frente a distensiones importantes del ciego por obstrucción de colon transverso, frente a vólvulos del sigmoide y mismo frente a hernias internas del delgado, en la brecha mesocolon mesentérica, post-gastrectomía. Hemos usado del recurso de la punción previa para desgravitar las asas volvuladas; con una aguja muy fina, a fin de quitar el gas simplemente y manejar después el asa evitando los peligros a que expone una rotura; es cierto que cuando hay un asa muy distendida y sobre todo de gran calibre como es el colon, la simple abertura del vientre puede hacer estallar el asa; pero siempre en esos casos podemos hacer una pequeña incisión, una pequeña abertura del peritoneo y la desgravitación por punción protegiendo solamente en esa pequeña zona abierta de peritoneo, luego de cerrar alrededor de la aguja con un pequeño surget y terminar la incisión. Es solamente en ese aspecto que tomo la palabra; por lo demás felicito a los comunicantes.

Dr. Cosco. — Desearía aclarar conceptos en relación con lo expresado en la discusión del tema. Me he referido a la constitución diferente, del asa volvulada y del pie de torsión.

En el caso que presento, el asa volvulada estaba formada exclusivamente por intestino grueso, mientras que en el pie se enroscaban mutuamente intestino grueso y última asa ileal. Por lo tanto en el asa a tipo cecocólico el delgado no participa en el asa volvulada y lo hace en el pie, en una extensión de 8 a 10 cms. de la última asa ileal. En el asa a tipo ileocecólico, el asa volvulada está constituida, en una parte por el cecocolon y en otra por el ileon; el ileon participa tanto en el asa volvulada como en el pie de torsión. Tendrán por lo tanto una expresión radiográfica diferente. En el cecocólico con fijeza del ileon, el asa del intestino grueso se incurva en sentido circular y presentará dos grandes niveles líquidos, dos niveles cólicos, representativos del asa incurvada. En el pie el ileon provocará la obstrucción del delgado. En el asa a tipo ileocecólico, constituido en parte por intestino grueso y en parte por intestino delgado, se observará un solo gran nivel cólico correspondiente al segmento de colon que no se ha incurvado en este caso.

En relación con una parte del comentario del Dr. Piquinela, el Dr. Bassotti, en su caso 2 de vólvulo, enferma de edad avanzada, intervino a su paciente practicándole solamente la detorsión del vólvulo y abandonando el cecocolon sin previa fijación. Este caso recidivó a los 6 meses, presentando un nuevo vólvulo, que obligó a la reintervención, fijándolo en esta oportunidad. Este caso le permite al Dr. Bassotti ser categórico en contra de la opinión sostenida en cierto sector americano de realizar únicamente la detorsión abandonando el intestino sin previa fijación.