

## VOLVULO DE CIEGO (\*)

Dr. Walter R. Suiffet

En setiembre de 1943, el Prof. Juan Carlos del Campo presentó a la Sociedad de Cirugía una comunicación titulada "*Vólvulo del Ciego — Su Expresión Radiológica*". Al cerrar la discusión del Dr. del Campo dijo: "En los casos míos se trataba de un vólvulo comprendiendo el ciego y el asa íleo-cecal, pero en algunos casos se puede suponer que puede estar sólo el ciego. Se podría encontrar quizás con una sola asa cólica dilatada y ninguna aeroílea. No conozco casos pero está dentro de lo lógico que pudiera suceder, y si así sucediera desearía que fuera traído a la Sociedad para completar nuestra experiencia".

El caso que vamos a someter a la consideración de los distinguidos consocios, creemos que entra dentro de la situación prevista por el Dr. del Campo y con el deseo de colaborar en este problema, es que lo vamos a exponer:

Los caracteres básicos del caso son:

- Vólvulo del ceco-colon ascendente alrededor del eje vertical intestinal;
- Ausencia de participación del íleon en el vólvulo;
- Oclusión cerrada de colon entre el pie de torsión intestinal del vólvulo y el esfínter íleo cecal;
- Ausencia de participación mesentérico vascular en la torsión.

R. — Masc. 67 años. Cas. — Español.

Hace 4 años prostatectomía.

Hace 2 años operado de oclusión intestinal simple, mecánica, del intestino delgado, al parecer por bridas en la zona mesentero-cólica iz-

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la 1/2 hora previa el día 8 de julio de 1953.

quierda. Evolución complicada con curación definitiva. Sano desde entonces.

Visto el paciente a las 20 horas de evolución de enfermedad caracterizada por:

—Dolor abdominal tipo cólico, con crisis intermitentes de mediana intensidad, espaciados cada 15 a 30 minutos, con tendencia a aumentar en frecuencia e intensidad;

—ausencia de otro tipo de dolor;

—detención total de evacuaciones intestinales de materias fecales o gases;

—ausencia de vómitos o náuseas;

—absoluta tolerancia general frente a la enfermedad.

#### EXAMEN DEL PACIENTE:

**Estado general** excelente: Fascies normal, lengua húmeda. Tranquilidad absoluta. Pulso 80. Apirexia.

#### Abdomen:

—No se aprecia reptación.

—Distensión asimétrica con grueso levantamiento en flanco izquierdo.

—A la palpación: libre sin defensa ni dolor. La zona distendida del tamaño de una cabeza de feto a término, es tensa, sonora, timpánica, discretamente dolorosa y discretamente móvil.

—Vacuidad de la fosa ilíaca derecha evidente.

Tacto rectal: nada anormal.

Resto del examen clínico: nada anormal.

Frente a esta situación clínica se hace constancia de posibilidad en estos diagnósticos:

—**Oclusión intestinal simple mecánica** o en base al síndrome clínico de detención del tránsito intestinal y al tipo de dolor intermitente. No se considera como posible oclusión; estrangulación por la falta de dolor permanente y de repercusión general;

—**ausencia de participación del delgado**, por la ausencia de vómitos y la perfecta tolerancia del estado general;

—**posible vólvulo del ciego** por la distensión asimétrica colocada en flanco izquierdo y la vacuidad de la F.I.D.

No se considera posible la oclusión cerrada de colon por causas orgánicas, porque la distensión ceco-cólica tendría que tener la topografía habitual. Se deja un pequeño margen de posibilidad para un vólvulo incompleto del sigmoide, en contra del cual, quedaría en pie el tipo de dolor y la falta de distensión del resto del colon por encima del obstáculo.

Se procede al estudio radiográfico:

A) **Radiografía simple de abdomen en posición de pie** (Fig. 1): se observan tres hechos llanativos:

1) Gruesa imagen gaseosa de intestino distendido, colocada a la izquierda de la columna lumbar, ocupando el flanco y la fosa ilíaca izquierda y parcialmente el hipocondrio del mismo lado; muy bien limitado arriba a la izquierda y abajo, mal limitada hacia adentro; sin



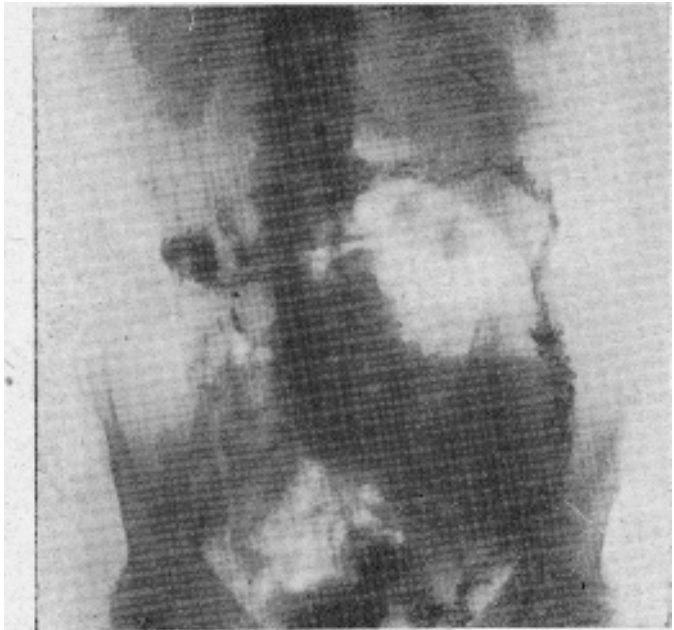
FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3



nivel hidroaéreo franco en su interior, pero con una sombra de contenido en su parte inferior. Imagen reniforme.

2) Ausencia de aeróilea.

3) Presencia de gases en el colon transverso por debajo del hígado y cerca del ángulo izquierdo.

Elementos negativos de interés:



FIG. 5

—Ausencia de neumoperitoneo comprobado por radioscopia;

—Ausencia de niveles líquidos intraperitoneales;

—Ausencia de imagen gaseosa al nivel de la fosa ilíaca derecha.

**B) Radiografía simple de abdomen en decúbito dorsal (Fig. 2):**  
Se confirma lo observado en la radiografía anterior, apreciándose con menor intensidad la distensión intestinal a izquierda de la columna y con

mayor precisión los gases que ocupan el colon transverso y algo del descendente. Gas en el estómago. Ausencia de exudado intraperitoneal.

El estudio radiográfico simple confirma hasta el momento las presunciones del diagnóstico clínico o sea: vólvulo del ciego sin participación del delgado y con permeabilidad discretamente conservada al nivel del pie del asa volvulada dado la presencia de gases cólicos.

Se procede al estudio radiográfico contrastado realizado con las precauciones que deben ser habituales en estos casos.

C) **Radiografía contrastada del colon** (Fig. 3): El medio opaco transita sin dificultad por el colon izquierdo. La rama derecha del transverso se dirige hacia arriba y atrás; se llena el ángulo derecho y se aprecia inmediatamente que la parte alta del colon ascendente está desplazada hacia adentro situándose en la proyección por dentro de la rama derecha del transverso.

El enema se detiene en el colon ascendente y se constituye una imagen en pico de flauta o pico de pájaro. Los bordes de esta zona son ondulados esbozándose una imagen de torsión en espiral con muescas y un vértice con pequeña filtración del medio opaco. No se rellena la parte inferior del colon ascendente, ni el ciego. El colon enmarca el balón gaseoso cecal.

Luego de evacuación y en posición de pie, de frente (Fig. 4), se observan la imagen mucosa del colon y la gruesa distensión intestinal con discreta cantidad de bario en su interior. El bario ha filtrado a través del pie de torsión y se extiende en parte sobre la mucosa ceco-cólica y en parte se ha rellenado el asa volvulada, pudiéndose apreciar netamente su contenido formado por bario diluido, líquido y gas, esbozándose la formación de dos niveles de distinta opacidad. En el perfil se aprecia con nitidez que la imagen hidroaérea es anterior, está situada por delante de la columna lumbar e inmediatamente por detrás de la pared abdominal.

El estudio radiológico contrastado confirma:

—que se trata de un vólvulo ceco-cólico, pues este sector intestinal no se visualiza, apreciándose con nitidez el pie de torsión al nivel del colon ascendente;

—que no hay una oclusión total, pues a pesar de haberse realizado el enema a poca presión, hay discreta filtración hacia el interior del asa volvulada.

Como conclusión clínica radiológica se establece:

—Oclusión intestinal. Vólvulo de ceco-colon ascendente (por los datos clínicos radiológicos).

—Ausencia de participación del delgado reconocible por la clínica (falta de náuseas y vómitos) y por la radiología (ausencia de aeroilea o niveles hidroaéreos del delgado).

—Oclusión cerrada del colon entre el pie del asa volvulada y el esfínter ileo-cecal (única posibilidad para explicar la ausencia de participación del íleon en un vólvulo ceco-cólico).

—Vólvulos sobre el eje intestinal sin participación del mesenterio

(falta de dolor de atricción de meso; falta de derrame intraperitoneal).

Intubación digestiva: Sonda de Cantor.

**Intervención:** Anestesia general. Incisión paramediana látero rectal interna derecha.

Abierto el peritoneo: no hay derrame peritoneal. No hay aeroileas, delgado chato, vacío como normal. Fosa ilíaca derecha deshabitada de intestino grueso; ocupada por asas delgadas chatas. La exploración muestra el grueso balón colocado en el flanco izquierdo envuelto por delgado y mesenterio. Se exterioriza con precauciones. Está constituido por ceco-colon ascendente muy distendido, del tamaño de cabeza de feto, sin lesiones parietales mayores.

Se aprecia un pie de torsión colocado en la unión de los  $1/3$  superiores con los  $2/3$  inferiores del colon ascendente. La torsión se ha realizado en sentido contrario a las agujas del reloj y se notan dos vueltas en el pie del vólvulo o sea que el ceco-colon ha realizado una incursión de  $360^\circ$  en sentido contrario a las agujas del reloj sobre el eje vertical del colon ascendente. No hay participación de mesos ni de delgado. La última asa ileal tiene su topografía normal, abocándose al borde interno del ciego, hecho explicable por el grado de torsión que ha llevado al ceco-colon a su posición habitual luego de haber realizado la torsión descrita. El mesenterio y el delgado pasan por delante del ceco-colon volvulado, envolviéndolo totalmente por delante, por fuera y por detrás, para poder establecerse la continuidad intestinal entre el delgado y el grueso. Hay una adherencia firme del delgado a la cicatriz parietal de la intervención anterior que se libera en un tiempo posterior.

Se destuerce el vólvulo haciendo girar el ceco-colon en sentido de las agujas del reloj  $180^\circ$  y luego es necesario pasar por delante del ceco-colon todo el intestino delgado y su mesenterio, realizado lo cual se termina de destorcer el intestino grueso los  $180^\circ$  que era lo necesario para llevarlo a la posición normal. Se comprueba la falta de acoplamiento total del ceco-colon hasta el sitio del pie de torsión. En ese sitio aparece una banda transversal firme que cruza por delante del colon ascendente y que va desde el mesocolon hasta la gotera parieto cólica derecha. En ese punto hay una gruesa brida epiploica adherida fuertemente.

La viabilidad del sector volvulado es buena; se inyectaron 40 c.c. de novocaína al 1 % en el mesocolon y 0gr.15 de papaverina intravenosa. Las arterias laten bien y no hay estasis venosa. Discreto edema parietal. La distensión ha cedido al levantar el obstáculo del tránsito. No hay lesión mayor al nivel del pie de torsión.

Apendicectomía. Fijación del ceco-colon a la gotera parieto cólica. Se coloca el último grupo de asas del delgado en la pelvis y la última asa ileal se hace transitar de abajo a arriba, de la pelvis a la F.I.D.

Cierre parietal.

Diagnóstico operatorio:

—Vólvulo del ceco-colon ascendente sobre el eje vertical sin participación del delgado ni meso.

—Oclusión cerrada de colon.

Evolución post-operatoria: Excelente. A las 12 horas radiografía de abdomen: Ciego, colon ascendente y transversal con gases en la posición normal. Colon izquierdo con bario. No hay aeroileas.

Radiografía de colon por enema a los 20 días de operado (Fig. 5): La sustancia opaca rellena correctamente todo el colon, pudiéndose apreciar que el ciego y el colon ascendente ocupa su topografía normal.

Poco nos queda por decir. La intervención confirma totalmente las previsiones realizadas en base a la clínica y a la radiografía.

La anatomía patológica operatoria mostró los elementos fundamentales del caso y las condiciones patológicas necesarias para su producción.

—Ausencia casi total de acolamiento ceco-cólico derecho;

—Brida transversal cruzando por delante del colon ascendente en el punto donde cesa el acolamiento de éste;

—Brida epiploica adherente a la gotera parieto-cólica en el lugar de inserción de la brida transversal;

—Adherencia parietales de intestino delgado a la incisión correspondiente a la intervención anterior por oclusión intestinal.

Al favor de la falta de acolamiento del ceco-colon ascendente y de dos puntos de fijación; colon ascendente alto, delgado a la cicatriz parietal anterior, se produjo una rotación hacia la derecha, en sentido contrario a las agujas del reloj, de todo el sector intestinal comprendiendo entre los puntos fijos antedichos.

El eje de rotación estuvo constituido por el colon ascendente y éste sufrió un vólvulo de 360° hacia la derecha exactamente por debajo de la brida transversal que iniciaba la fijación del colon ascendente. No existía participación de los mesos. El íleon no participaba en el vólvulo ni tampoco se produjo su oclusión por encima, dado que el esfínter íleocecal se mantuvo continente y la presión intracecal no debe haber sido muy elevada.

Esta observación ha sido presentada para contribuir a la elaboración del capítulo nacional de vólvulos de ciego, haciendo notar que contiene los elementos clínicos radiológicos de una forma particular no frecuente, que consideramos de gran interés dentro del problema general de la oclusión intestinal y en particular del vólvulo del intestino grueso.