

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "C" del Prof. P. Larghero Ybarz

VOLVULO INTESTINAL PRECOZ POST - GASTRECTOMIA (*)

(2 observaciones)

Dres. J. A. Folle y W. Venturino

CASUÍSTICA

CASO I. — Obs. 11576, F. C., hombre de 55 años, jornalero de la capital, ingresa el 10 - III - 55. Desde hace tres meses dispepsia hiperesténica, anorexia y adelgazamiento progresivo; diarreas desde hace 1 mes.

Examen: mal estado general, anémico, deshidratado. Abdomen: nada a destacar. Tacto rectal normal. Cuello: no adenopatías. Resto del examen: nada a destacar.

Laboratorio: gl. rojos 3.090.000, HB. 52 %, hematocr. 33 %, proteinemia 4,79 grs. %, urea en sangre 0.60 gr.

Radiología: Gastroduodeno: imagen lacunar sobre la parte vertical de la gran curva.

Diagnóstico: cáncer de cuerpo de estómago.

Operación: 30 - III - 55 (Prof. Larghero). Anestesia general. Incisión mediana supraumbilical. Neoplasma de gran curva gástrica adherido al colon transverso en su parte paramediana izquierda. Se practica gastrectomía subtotal ensanchada, incluyendo además la zona de colon que está adherida al cáncer. Realizada la sutura del colon, término-terminal, se comprueba que los dos cabos del mismo se presentan rojizos, como infiltrados de sangre; las arterias cónicas regionales laten bien por lo cual se decide fijar ese sector del colon al peritoneo parietal anterior protegiendo con dos mechas de gasa, una por encima, otra por debajo de la zona de anastomosis. Drenaje de las logias subhepática y subfrénica izquierda que se sacan por contra-abertura; las mechas de gasa salen por la herida mediana. Cierre por planos. Transfusión intraoperatoria 800 c.c. Duración de la operación: 2h. 30'.

Evolución: La evolución inmediata y durante el 1º y 2º día, no ofreció particularidades.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 4 de abril de 1956.

2 - IV - 55. Temp. 38° y 39°1. Presión art. 11 y 7 ½. Dolores difusos de abdomen. Vómitos profusos, biliosos. Se intubó el estómago por la mañana drenando hasta el anochecer 6 litros de líquido bilioso. Se hidrata parenteralmente de acuerdo a sus pérdidas y se hace transfusión.

3 - IV - 55. Situación incambiada. Continúa la hidratación y se suspenden las transfusiones por haber aparecido un tinte icterico.

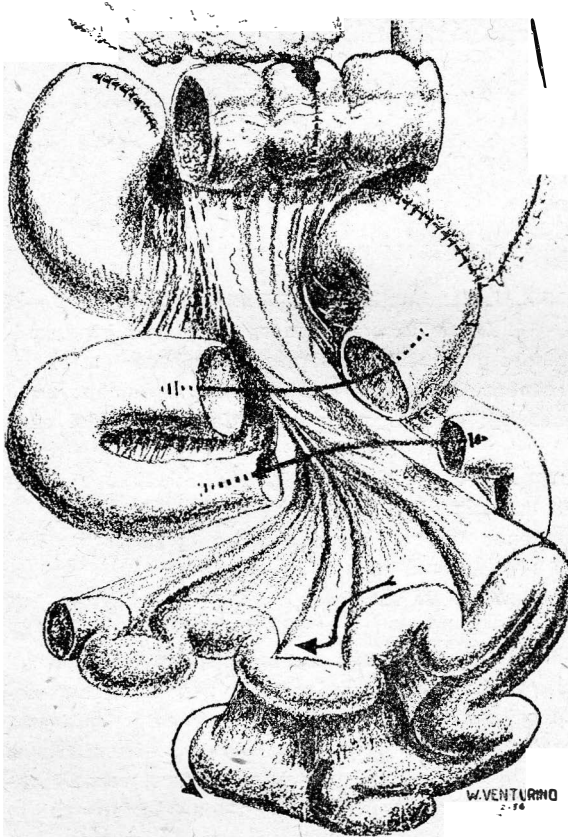


FIG. 1. — Reproducción de la pieza necrótica del caso 1. Se observa: la dehiscencia de la sutura del colon transverso de la que irradia un absceso fecal que se extiende hasta la fosa subhepática; La enorme dilatación de las asas aferente y eferente hasta el punto en que comienza el vólvulo de las primeras asas yeyunales; la continencia de las suturas del muñón duodenal y de la gastroenteroanastomosis; la indemnidad anatómica de las asas volvuladas. (Se ha representado seccionada en dos lugares el asa eferente para dejar ver la torsión del mesenterio de las primeras asas yeyunales).

5 - IV - 55. Grave estado general. Diuresis 3 0 c.c. Marcada deshidratación. Drenaje por la sonda gástrica 3.500 c.c. Abdomen depresible en la parte baja, pero marcada defensa en hemiventre superior, así como distensión y timpanismo en esa misma zona.

6 - IV - 55. Agravación progresiva. Continúa el drenaje de líquido porráceo gástrico (3.500 c.c.). Fallece a las 10 y 45 horas.

Epicrisis: La interpretación clínica que se dio a la evolución post-operatoria de este caso fue la siguiente: una dehiscencia de la sutura del colon habría provocado una peritonitis localizada cuyo resultado sería,

por un factor mixto, mecánico y paralítico, un no funcionamiento de la neoboca reversible que contraindicaba la intervención. Sin embargo he aquí lo que mostró la **Necropsia** (Dr. Folle) (fig. 1): 1) Esfacelo del colon semiexteriorizado con un absceso fecal alrededor que llega hasta la fosa subhepática. 2) Dilatación del asa yeyunal aferente y del muñón duodenal, enorme, a tensión; la sutura del muñón es continente pero existe una permeación en su pared anterior (infiltración biliar); 3) Oclusión del asa yeyunal eferente, que también está dilatada en forma de S acostada. La sutura gastroyenal es continente. La dilatación del asa eferente termina donde comienza. 4) Un vólvulo completo de más de 360°, que toma las 6 ó 7 asas delgadas que siguen al asa eferente. Este vólvulo no ha comprometido la vitalidad de las asas ni del mesenterio en los cuales no se revela ningún trastorno vascular; pero es evidente que este vólvulo es la única causa de la oclusión de las asas aferente y eferente. 5) Pancreatitis caudal con hemorragia y esteatonecrosis. 6) Infarto anémico del bazo en su polo inferior, voluminoso. 7) Ictericia. 8) Nefrosis aguda. 9) Inundación pulmonar derecha agónica. Causa de la muerte: oclusión alta del intestino delgado.

El mecanismo de producción de este vólvulo puede haber sido el siguiente: al efectuar la resección del colon transversal y la zona correspondiente de mesocolon, con la sutura consecutiva, se produjo por razones de vecindad, un acortamiento de la altura del mesenterio en sus porciones iniciales, lo cual tuvo por efecto levantar las 6 ó 7 asas correspondientes, las que por su propio peso se habrían volcado hacia el lado izquierdo provocando el vólvulo. Con todo no hemos podido aclarar la causa por la cual esas asas volvuladas que ni siquiera están dilatadas y su integridad anatómica es total, han podido detener el tránsito de las asas aferente y eferente.

CASO 2. — Obs. 13194, A. L., hombre de 56 años, empleado de la Cap. Ingresó por una dispepsia hiperesténica que data de años. Se hace diagnóstico clínico - radiológico de úlcus de pequeña curva gástrica en su porción vertical.

Intervención: 7 - VI - 55 (Dr. Zanzi). Anestesia general. Incisión mediana supraumbilical. Gastrectomía subtotal y anastomosis gastroyeyunal transmesocólica según Hoffmeister Finsterer. En el curso de las maniobras de liberación se produjo un desgarramiento del pedículo esplénico que involucró parte del hilio del bazo. La hemorragia que por ello se produjo sólo fue posible detenerla practicando una esplenectomía.

Evolución: Primeros 5 días: síndrome de retención gástrica. Intubación.

5º día: niveles hidroaéreos de delgado. Se administran estimulantes de la contracción intestinal.

Del 5º al 13º día episodios diarreicos profusos.

El 16º día: síndrome oclusivo de delgado bajo. Se decide reintervenir.

Reintervención: 24 - VI - 55. Ver esquema operatorio (fig. 2) (Doctor Zanzi). Anestesia general. Incisión de Jalaguier. Se encuentra que el punto más inferior de la sutura de la línea blanca había tomado un asa delgada fijándola a la pared anterior del abdomen. Se había establecido así entre la pared anterior del abdomen y la pared posterior, un verda-

FIG. 2. — Reproducción semiesquemática del hallazgo, en la reoperación, en el caso 2. A la izquierda del lector se ve la pared abdominal en corte, mostrando la zona de la sutura mediana supraumbilical de la primera operación. El punto de sutura más bajo de la misma ha tomado una de las primeras asas yeyunales; ésta y su meso han creado entre la pared abdominal anterior y la posterior un verdadero puente, alrededor del cual se ha volvulado el resto del intestino delgado en el sentido de las agujas de un reloj, yendo la mayor parte de las asas dilatadas a ocupar la región superior y derecha de la cavidad abdominal. Por encima de las asas dilatadas se aprecia el mesocolon



(SEMIESQUEMATICO)

transverso, atravesado por el muñón gástrico, y su anastomosis con la primera asa yeyunal (la sutura es continente).

dero puente formado por el asa y su meso y, alrededor de este puente se había volvulado el resto de la masa intestino-mesentérica en el sentido de las agujas del reloj. Se procede a la detorsión del vólvulo. Las asas tienen buena vitalidad, algunas con desgarros serosos. Se peritonizan éstos y se novocainiza el meso de las mismas. Se reseca la zona de asa delgada adherente a la cicatriz y la solución de continuidad se cierra en dos planos. Cierre de la pared abdominal por planos.

Evolución de la segunda intervención: Sin particularidades.

Epicrisis: Es evidente que en este segundo caso se aplicaron las enseñanzas del primer caso, es decir, que frente a la persistencia de un íleo, presuntivamente paralítico en un principio, se procedió a la intervención tratando de asegurarse de que una causa mecánica como era lo más seguro dada la evolución del enfermo, no estuviera en juego. Y, la intervención confirmó esta suposición. Se había producido un vólvulo total de delgado según el mecanismo corriente: un elemento semejante a una brida (asa fijada a la pared anterior y su meso), había sido el eje alrededor del cual se había volvulado la masa intestino - mesentérica. Si el síndrome diarreico que duró desde el 6º al 13º día, no se hubiera producido, la reintervención se hubiera realizado ya al 5º ó 6º día cuando aparecieron los niveles hidroaéreos con el consiguiente beneficio para el enfermo.

Las dos historias aquí presentadas tienen el siguiente doble interés: por un lado muestran una vez más que en un abdomen operado cuando el íleo post operatorio se alarga más allá de los plazos corrientes, es necesario pensar que aquél ha dejado de ser paralítico para ser mecánico y que por lo tanto el único recurso lógico es la re - intervención.

Por otro lado nos muestran la existencia de un accidente post - operatorio de las gastrectomías que es realmente muy poco frecuente a juzgar por la experiencia respectiva de la clínica en que actuamos y por las búsquedas bibliográficas.

En las 500 gastrectomías subtotales simples ⁽⁵¹⁾ subtotales ensanchadas ⁽¹⁶⁾ y totales de la clínica quirúrgica "C", estos son los dos únicos casos de vólvulo de intestino delgado que se han producido.

En nuestro medio Chifflet ⁽¹⁾, en su colaboración al Segundo Congreso Argentino de Gastroenterología cita la torsión del ángulo duodenoyeyunal y de la primera asa yeyunal, pero no da cifras ni habla de frecuencia.

Hublin ⁽²⁾, en 1222 gastrectomías y 353 gastroenterostomías no describe ningún caso.

Christmann ⁽³⁾, en 540 gastrectomías por úlcus no tiene ningún caso de esta complicación y la considera de rarísima observación.

Balfour ⁽⁴⁾ no menciona esta complicación. Tampoco lo hacen ni Colp y Weinstein ni Gosset ⁽⁶⁾.

Del Campo ⁽⁵⁾, no ha observado ningún caso ⁽⁷⁾.

SUMARIO

Se presentan dos casos de vólvulo intestinal precoz post-gastrectomía, complicación rara dentro de este tipo de cirugía.

Estos dos casos muestran nuevamente la conveniencia de re-intervenir todo operado abdominal cuyo íleo postoperatorio se alarga más allá de los plazos corrientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CHIFFLET, A. — "Patología inmediata del estómago operado". Segundo Congreso Argentino de Gastroenterología. Mar del Plata. Abril de 1953. Págs. 255 - 281.
- 2) HUBLIN, H. — "Ileus after Stomach Operations". Acta Chir. Scand. 101: 228 - 242, 1951.
- 3) CHRISTMANN, F. E. — "Patología inmediata del estómago operado". Segundo Congreso Argentino de Gastroenterología. Mar del Plata. Abril de 1953. Págs. 282 - 300.
- 4) BALFOUR, D. C. — "Emergency Complications Occurring after Operations on the Stomach and Duodenum and their Treatment". Ann. Surg., 98: 882 - 889, 1933.
- 5) COLP, R. and Weinstein, V. — "Postoperative Complications Following Subtotal Gastrectomy for Peptic Ulcer". S. Clin. North America. 35: 383 - 391, 1955.
- 6) GOSSET, J. — "Pathologie de l'estomac opéré. Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale". T. V., págs. 522 - 531, Masson & Cie., Edit. 1949.
- 7) DEL CAMPO, J. C. — (Comunicación personal).

Dr. Cendán. — No hemos tenido ocasión de observar ningún caso de vólvulo post gastrectomía, pero hemos podido ver varios casos de vólvulos post operatorios, consecutivos a adherencias intestinales post operatorias, como creo que debe considerarse el segundo caso del Dr. Venturino. Creo que no ha sido la gastrectomía, sino la adherencia post operatoria la causa del accidente.

Uno de los casos más interesantes que tuvimos ocasión de observar, fue el de una úlcera perforada que fue operada precozmente, antes de las seis horas; nos limitamos a hacer cierre simple de la perforación duodenal. El enfermo hizo un post operatorio bueno en los dos o tres primeros días, al cabo de los cuales empezó con distensión abdominal, cuadro que fue catalogado como íleo post operatorio por peritonitis, que posiblemente había continuado evolucionando, motivo por el cual nos recriminamos no haber hecho el drenaje del Douglas. El enfermo se agravó al día siguiente; se consideró que el estado general no permitía hacer una reintervención; se le intubó, se le hizo aspiración continua suponiendo que se trataba de

una dehiscencia de la sutura realizada con motivo de la perforación y el enfermo falleció en colapso al octavo día de la operación.

El estudio radiológico practicado en los días siguientes no había permitido llegar a un diagnóstico correcto en ningún momento. El abdomen presentaba el aspecto que acaba de mostrar el Dr. Venturino en el primer caso: un abdomen opaco, donde no había elementos para catalogar la oclusión intestinal y la necropsia mostró con gran sorpresa que se trataba de un vólvulo casi total del intestino por adherencia de la última ansa ileal a la pelvis, adherencia posiblemente reciente, post operatoria y en la cual como elemento más importante a hacer notar, el vólvulo no había incidido sobre la vitalidad del intestino, sino que había actuado en el sentido de producir una obstrucción cerrada del delgado, que precisamente fue la causa de la gran dificultad para hacer el diagnóstico.

En 1954, hicimos una revisión de todos los síndromes obstructivos del delgado con motivo de nuestro trabajo sobre oclusión cerrada del delgado, y en esa oportunidad logramos reunir 7 casos de vólvulo, de los cuales 4 pertenecen a la Clínica del Profesor Del Campo. En todos ellos llamó la atención la historia difícil de interpretar, la ausencia de un síndrome radiológico claro que permitiera hacer el diagnóstico y donde la comprobación de la causa, es decir del vólvulo fue operatoria o necrótica.

Dr. Etchegorry. — Llego un poco tarde para hablar. Iba a decir casi exactamente lo que han dicho del Campo y Bermúdez, aunque no tan extensamente como ellos. En el primer caso la causa de la muerte no es el vólvulo y oclusión, sino la peritonitis; la evolución narrada por el Dr. Venturino, me hace inclinar a ese diagnóstico.

Ahora, en cuanto al segundo caso, estoy completamente de acuerdo con lo que acaba de decir Cendán: es un vólvulo en el cual la gastrectomía no tiene nada que ver en el hecho, pues ha sido un asa fijada a la pelvis, accidente operatorio del cual todos los cirujanos tenemos casos para reprocharnos y reprochar a los demás. Estoy completamente de acuerdo con Del Campo, de que a medida que pasan los años, los vólvulos que se encuentran operatoriamente, disminuyen. Recuerdo siempre a un joven cirujano de urgencia que en el primer año de su carrera operó tres o cuatro vólvulos intestinales y desde entonces hasta ahora, no operó ninguno más. A todos nos ha pasado igual; vale decir, pues, como dice del Campo, que vólvulos causantes de muerte son los menos; hay los más, cuyo papel en la fisiopatología que presenta el enfermo, se ignora casi siempre. Recuerdo de un vólvulo típico, operado con Nario, cuando éste se hallaba en pleno entusiasmo, del Bedel de Enseñanza Secundaria; Goyen; intervenido casi in extremis en una oclusión intestinal post- apendicectomía. Nario halló un vólvulo; lo deshizo con franco éxito; un hombre que se moría y resucitó; pero pasando los años, recapacitando y hablando con el mismo Nario, nos decíamos: ¿Sería solamente la brida la culpable de todo y el vólvulo no tendría nada que ver? Porque franca-

mente, era difícil comprender, como con lesión tan grave, la recuperación había sido tan rápida.

En realidad el vólvulo legítimo es tan grave que casi siempre nunca se llega a tiempo, con los signos radiológicos que señala del Campo, y que creo que fue el primero en llamar la atención sobre el asunto; se puede hacer el diagnóstico precoz, que antes era difícil de hacer. Constituye pues una ayuda eficaz que utilizarán con provecho todos los que tengan casos semejantes para resolver. Finalmente, hay que felicitar al Dr. Venturino por el valor de traer a consideración de la Sociedad, fracasos que algunos hubieran dejado en el silencio.

Estaba normal. Había algunos otros detalles de la autopsia que, para simplificar la comunicación no se han leído. El enfermo presentó ictericia en el post - operatorio y se encontró en la necropsia el hígado moderadamente agrandado y de coloración amarillenta, sin ningún elemento obstructivo en la vía biliar; el examen microscópico no confirmó la sospecha de hepatitis, pero existía un gran infarto de bazo que puede explicar dicha ictericia, pues se trataba de un infarto que comprendía la mitad del órgano, sobre un fondo congestivo.

El hecho era simple y objetivo; no cabía otra interpretación. La gran distensión de las ansas llegaba hasta el comienzo de la volvulación, pero no existían signos de sufrimiento del intestino volvulado ni de su mesenterio.

Nosotros discutimos al encarar la presentación, si se podría llamar vólvulo a esta lesión y realmente lo es, pues existe una torsión con rotación, aunque no haya distensión de las ansas volvuladas, ni signos de oclusión vascular.