

## VOLVULO DEL COLON DERECHO (\*)

### (Presentación de un Caso Clínico)

Dres. Julio César Priario y Luis Bonavita Páez

Nuestra finalidad es presentar un caso de vólculo cecocolónico, que hemos tenido oportunidad de operar en el Servicio del Dr. Piquinela, con la única intención de agregar un nuevo caso a la casuística nacional.

No haremos una discusión del proceso patológico ni de la conducta que se debe adoptar frente a él, ya que ha sido ampliamente discutido en esta Sociedad por Del Campo, Suiffet y Cosco, y existe un estudio exhaustivo publicado por Piquinela en Anales de la Facultad de Medicina en 1952.

#### Caso clínico (H. C. Nº 116)

El 14 de abril de 1957 ingresa a Sala 22 una paciente de 63 años sufriendo de un cuadro agudo de vientre.

Su enfermedad comienza 12 horas antes del ingreso, con dolor brusco, muy intenso, de carácter continuo, pero sin una topografía bien definida.

Concomitantemente con el dolor la paciente presentó copiosos vómitos biliosos, detención del tránsito intestinal, sudores profusos y mareos.

#### Antecedentes:

Relata la paciente que varios años atrás, padeció de un cuadro similar al actual, aunque de menor intensidad, razón por la cual estuvo internada en un Hospital del Interior. En esta oportunidad le propusieron una intervención quirúrgica que la enferma rechazó, y posteriormente el cuadro clínico mejoró espontáneamente. Además relata la paciente un estreñimiento crónico y una dispepsia hiposténica con los caracteres de la hepato-vesicular.

#### Examen Físico:

Enfermo con colapso periférico y cianosis sub-ungual; temperatura

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 3 de julio de 1957.

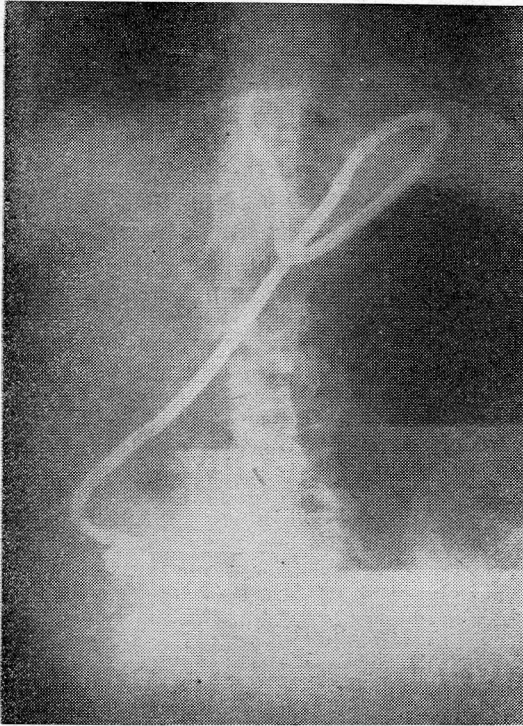
axilar de 37°, presión arterial máxima 9. mínima 6, pulso 120 hipotenso. Durante el examen se queja en forma continua.

**Abdomen:**

Presenta una distensión asimétrica que predomina en el hemi-ventre izquierdo sin reptación visible. La palpación muestra un dolor intenso y difuso y una defensa que predomina en el hemi-ventre derecho. La percusión muestra hipersonoridad de timbre más alto en la región paraumbilical izquierda contrastando con el timbre bajo del resto del abdomen.

**En suma:**

Se hace diagnóstico de Cuadro Oclujivo posiblemente por estrangulo-



Enfermo de pie. Se observa la misma asa dilatada, y una imagen de doble nivel hidroaéreo, en hipocondrio izquierdo. Pequeños niveles, correspondientes a asas delgadas, que ocupan la fosa ilíaca derecha.

lación en virtud del colapso periférico y de la zona de hipersonoridad paraumbilical izquierda.

**Tratamiento de Urgencia:**

Sonda de Cantor

Plasma 500 cc.

Suero Glucofisiológico i/v.

Cortígen.

**Exámenes de Laboratorio**

Urea en Suero: 0. gr. 90

Amilauria: 32 U. W.

Leucocitosis: 14.000.

**Radiografía simple de abdomen:**

Se observa un asa intestinal enormemente distendida que ocupa el cuadrante superior e izquierdo del abdomen, y que muestra un doble nivel con la enferma en posición de pie. Existen concomitantemente pequeños niveles hidroaéricos correspondientes a asas delgadas que ocupan la fosa iliaca derecha.



Enfermo acostado. Se observa un asa intestinal enormemente distendida que ocupa el cuadrante superior e izquierdo del abdomen.

**Conclusión Clínica:**

Con el cuadro clínico radiológico hacemos diagnóstico de **Vólvulo de ciego** y decidimos intervenir de urgencia.

**Operación:**

Anestesia general. Incisión paramediana derecha, pararectal interna supra e infra-umbilical. Al abrir el vientre sale pus fétido negruzco en cantidad apreciable. La exploración comprueba la existencia de un **vólvulo de ciego** y colon ascendente que ha originado una gangrena masiva de la totalidad del asa volvulada. La rotación se ha realizado en el sentido de las agujas de un reloj y es de 180° colocando al ceco-ascendente en el hemivientre izquierdo. El límite de la gangrena está por un lado

en las vecindades del ángulo ileo-cecal sin compromiso del ileón y por otro lado en la unión del cuarto externo con los tres cuartos internos del transverso. Además se comprueba una litiasis biliar con cálculo único.

Se practica hemi-colectomía derecha con anastomosis ileo-transversa término-lateral en dos planos. Drenaje del Douglas y de los flancos con tubo de goma. **En suma:** Vólvulo de ciego y colon ascendente con gangrena masiva y peritonitis generalizada.

**El examen de la pieza:** mostró una gangrena total del asa reseca y una trombosis arterial y venosa de los vasos del colon derecho.

#### **Post-operatorio**

A las 12 horas de operada el estado general es satisfactorio. Presión arterial 13 máxima, 7 mínima. Drenó 300 cc. por la sonda de Cantor y la diuresis fue de 300 cc.

Al 5º día del Post-Operatorio se restablece el tránsito intestinal y se retira la sonda de Cantor. Al 6º día se retiran los drenajes abdominales continuando la paciente con un tránsito intestinal acelerado. Al 10º día hace un episodio febril que corresponde a un foco de bronco-alveolitis y que mejora después de la administración de antibióticos.

Es dado de alta con la herida perfectamente cicatrizada a los 30 días de su ingreso.

El tránsito intestinal controlado radiológicamente al cabo de dos meses, muestra que se realiza en plazos normales y que sólo existe un discreto proceso inflamatorio del asa ileal anastomótica probablemente por perivisceritis.

**Dr. Piquinela.** — La enferma que motiva esta comunicación presenta el interés de tener el cuadro clínico-radiológico de un vólvulo cecocolónico, comprobado por la intervención.

Revisando la literatura, tanto extranjera como nacional, se tiene la impresión de que el vólvulo ceco-colónico es mucho más frecuente de lo que parece surgir de la descripción clásica.

El estudio de la pieza correspondiente a este caso evidencia que la torsión no interesa la última asa ileal. Es lo que por otra parte permitía pensar el examen radiológico; en las placas se observan los elementos de juicio que señalaba el Prof. del Campo en su comunicación de 1943 a esta Sociedad; se ve una sola asa colónica distendida situada fuera de la fosa iliaca derecha y con vacuidad, en este caso, de la fosa iliaca derecha. No hay distensión del delgado que aparece precozmente en los vólvulos ileocecolónicos por participación inicial del delgado, o tardíamente en los vólvulos cecocolónicos puros cuando la tensión dentro del colon volvulado alcanza niveles — favorecida por la suficiencia del esfínter ileocecal, como lo hemos señalado en nuestros trabajos — que impiden el pasaje del contenido ileal al ciego. Las asas delgadas cuando se distienden aparecen dislocadas, fuera de su lugar habitual, ocupando a menudo la fosa iliaca derecha vacía de su componente visceral normal.

Se trata de una forma de vólculo que corresponde al tipo de vólculo por estrangulación, con compromiso predominante de la irrigación mesentérica, operada en la etapa última, podríamos decir, de la evolución de los segmentos intestinales estrangulados: gangrena del asa vólculada y peritonitis purulenta. Se imponía la resección que debe siempre ser preferida a la exteriorización cuando se manejan asas gangrenadas; agrega muy poco a la gravedad de la intervención, y debe, por razones bien conocidas y contando con los medios de sostén y recuperación actuales, considerársele netamente superior a la exteriorización.

Los comunicantes pudieron ir en este caso y con éxito, más lejos aún; me refiero a la realización de la anastomosis que al comienzo de la operación creyeron no poder hacer dado el estado de la enferma. En efecto, en casos muy graves como éste, la resección puede terminarse abocando a la piel, delgado y grueso, a la manera de Lahey y terminar pronto la intervención, ya que la resección del segmento vólculado lleva frecuentemente, en estos enfermos, poco tiempo. La anastomosis pudo ser realizada siendo de destacar el excelente resultado obtenido.

**Dr. Suiffet.** Entre los diversos aspectos que el Dr. Priario analizó respecto a esta observación, hay un hecho que tiene mucha importancia y es el que vamos a considerar: es la poca participación del intestino delgado en el asa vólculada.

Del punto de vista clínico, eso no se podía predecir, pero desde el punto de vista radiológico y operatorio, se observó que no había mayor distensión del intestino delgado. En el estudio Radiológico simple, aparte de la gruesa distensión del asa vólculada que comprende el ceco colon derecho, no hay imágenes que hagan pensar que exista un obstáculo en la evacuación del delgado, salvo dos discretos niveles a la derecha de la columna. El intestino delgado está aquí como un intestino delgado normal, quiere decir que la perturbación mayor de esta lesión presentaba, era sobre todo vascular. Ella dio la mayor parte de los síntomas, y a pesar de que el paciente tenía varios días de evolución clínica, no existe repercusión sobre la evacuación del intestino delgado. Este se evacuaba sin ninguna dificultad, es decir que no solamente no había obstáculo patológico en su evacuación, sino que tampoco lo había a nivel del esfínter ileo-cecal. Ello tiene mucha importancia, porque en algunos casos, el cierre del esfínter ileo-cecal puede agravar enormemente la situación sobre el asa vólculada, produciendo sobre ella los mismos efectos que se produce en los casos de oclusión cerrada de colon.

Hago esta observación porque en el caso nuestro, el paciente tenía un vólculo sobre el eje del intestino, producido por la falta de acolamiento de el ceco-colon ascendente, con el intestino edlgado completamente flácido. En estos casos se produce entre el obstáculo o sea el vólculo y el esfínter, una verdadera oclusión cerrada de colon que agrava las consecuencias que puede ya de por sí, originar el vólculo sobre el asa comprendida en él.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Eso posiblemente favoreció la realización del restablecimiento de la continuidad, puesto que los autores no tuvieron ninguna dificultad en hacer la anastomosis del delgado y colon transverso tipo término-lateral, lo que hubiera sido más dificultoso y por ende más riesgoso, si este paciente hubiera tenido una distensión del delgado.

Indiscutiblemente es un caso muy interesante que se agrega a la casuística nacional que ya tiene varios casos en su haber.

**Dr. Cosco.** — Muy interesante el caso que acaba de presentar el doctor Priario. Yo quisiera preguntarle al relator cómo interpreta los dos niveles líquidos que se observan en las placas del lado izquierdo.

Creo que se trata de los dos niveles líquidos que he descrito en anterior presentación a esta Sociedad de Cirugía, y que considero el signo patognomónico del vólvulo del ciego.

El signo del doble nivel cólico es característico del vólvulo cecocólico a doble balón, porque en posición de pie se observan dos niveles hidroaé-ricos que corresponden al asa volvulada.

Quería saber si el Dr. Priario interpretaba de igual manera la imagen radiológica de su caso.