

LA ILIOCOLECTOMIA DERECHA EN EL VOLVULO DE CIEGO (*)

Dres. Ruben M. Varela Soto y Carlos Ormaechea

Al presentar esta comunicación, nos trae sólo el deseo de insistir sobre un aspecto de la urgencia quirúrgica abdominal que representa el llamado vólvulo agudo del ciego.

En nuestro medio existen ya muchas contribuciones al tema resaltando como puesta al día el trabajo del Prof. Piquinela, la casuística clínica del Prof. Larghero y colaboradores, el estudio de la expresión radiológica del Prof. Del Campo y los aportes de los Profs. Suiffet, Cosco Montaldo, Vigil, y Dres. Grille, Cendán, Priario y Bonavita.

Tocamos sólo el aspecto terapéutico y dentro de éste, el tipo de operación que resuelve a nuestro criterio de manera totalmente satisfactoria el grave problema que constituye dicha enfermedad.

Nuestro aporte se basa en dos casos vividos y resueltos en la Guardia hospitalaria y naturalmente creemos que sobre este problema debe sentarse un criterio y temperamento definido de tal manera que la solución terapéutica se tenga a mano aún para el cirujano de poca experiencia que se encuentre en el campo operatorio, con o sin diagnóstico, con esta emergencia. Hemos resuelto estos dos casos con el mismo criterio, su perfecta evolución nos estimula.

En ambos se efectuó la iliocoliectomía derecha con iliotransversostomía término lateral de urgencia.

Tenemos en convencimiento de que este tipo de operación y sus resultados están entre los más aceptables de la cirugía actual de colon, que es de fácil realización y técnicamente inobjetable.

Y bien, esa operación bien utilizada en otros procesos del

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el día 23 de octubre de 1957.

hemicolon derecho, ciego, e íleon terminal, ¿por qué no ser ideal como tratamiento electivo y sistemático en este proceso cuya base patogénica está en una malformación congénita que se extiende a todo ese complejo anatómico y del cual la falta de acolamiento es uno de los factores que inciden, pero creemos también que los otros elementos anatómicos son malformados y patológicos y que por lo tanto deben obviarse radicalmente?

Creemos que es más fácil la exéresis y anastomosis consecutiva, que las operaciones de tipo paliativo, destorsión y fijación, apendicostomía, cecostomía, plastias peritoneales, que se pueden hacer cuando las condiciones alterativas del sector involucrado lo permiten, pero que no evitan las complicaciones que se observan a menudo, y que aún presenta ventajas sobre la exteriorización simple en los casos avanzados con necrosis visceral, que mantiene vinculado al organismo un órgano alterado, tóxico y embolígeno.

La exéresis está facilitado precisamente por la falta de acolamiento, por no reseca meso y por no abrir espacios de acolamiento, con pocas maniobras y ligaduras efectuamos la resección en block. La correcta sutura, hecha en zona elegida, nos dará amplia seguridad en la anastomosis.

Por otra parte, existen casuísticas de autores como Melchior, radicales en el tratamiento de exéresis con resultados muy estimulantes que desvirtúan las sombrías estadísticas operatorias por otros métodos. Melchior hace la anastomosis término-terminal; creemos, y puede ser por un factor de orden personal o de técnica habitual, que da más seguridad la terminal de íleon con lateral de colon.

En uno de nuestros casos la alteración visceral distensiva y necrótica era tal que su eliminación no admitía dudas; en el otro podría haberse comtemporizado, repuesto el sector volvulado y fijado en su lugar pero en los dos casos según el concepto sostenido, la curación definitiva para el enfermo sólo vendría por el lado de la exéresis de todo el complejo patológico.

El diagnóstico y la operación que deben ser precoces como lo preconiza el Prof. Larghero mejorarán siempre los resultados terapéuticos. Aquél puede ser preciso muchas veces pensando en el proceso en todo cuadro oclusivo agudo abdominal, ayudado con

la buena práctica del uso de la radiografía simple de todo abdomen agudo, como lo hemos efectuado en nuestros casos. La incisión de abordaje transrectal derecha, supra e infraumbilical será la de elección.

La intubación del enfermo y las medidas habituales del acto quirúrgico con la anestesia general, son de ayuda necesaria.

Y por último, que tenemos el convencimiento que la cirugía colónica actual ha cambiado fundamentalmente con las nuevas técnicas y tácticas operatorias y medicamentosas; y que de la etapa de terror se ha pasado a la de tranquilidad en el manipuleo de esta víscera.

La exéresis y anastomosis preconizados en el caso del vólculo cecal deben entrar entre los casos rutinarios de tal cirugía y considerar tal intervención de elección y en absoluto exagerada ante el significado patológico de dicha afección.

Clínica: Prof. Abel Chifflet. — Hospital Pasteur

Historia N° 5805

A. P. 47 años. Sexo Masculino. — Ingresa al Hospital Pasteur el día 1º de agosto de 1956. En la madrugada del día anterior a su ingreso, comienza con dolores difusos en epigastrio, sin irradiación, de discreta intensidad, que no le impiden realizar sus tareas de empleado en una Agencia Marítima.

En horas de la tarde el dolor aumentó, irradiándose a fosa ilíaca derecha y a hipocondrio izquierdo.

En la mañana del día de su ingreso el dolor se intensificó mucho, haciéndose a tipo cólico, localizándose sobre todo en el epigastrio y con irradiación al resto del abdomen. No tuvo náuseas ni vómitos, aunque se los trató de provocar. No tuvo fiebre, pero sí chuchos de frío y sudoración profusa, cuando los cólicos eran fuertes. Desde hace 3 días no evacuaba su intestino ni expulsaba gases; se le hizo varios enemas y tomó un purgante, pero sin resultado.

Antecedentes Personales. — En varias oportunidades había tenido dolores a tipo cólico en fosa ilíaca derecha que cedieron espontáneamente a las pocas horas. Quemadura de abdomen a la edad de 5 años. Chancro específico tratado a los 18 años.

Antecedentes Familiares. — S/P.

Examen. — Enfermo lúcido, con buen estado general, apirético, taquicárdico, pálido, sudoroso y bien hidratado. Lengua húmeda y saburral.

Abdomen. — La piel presenta importantes cicatrices de quemaduras que dificultan la observación. Hay una marcada distensión asimétrica del abdomen, predominando en región umbilical, epigastrio, hipocondrio y

flanco izquierdo. A la palpación hay dolor difuso en todo el abdomen, predominando en epigastrio y fosa ilíaca der.

A la percusión hay un timpanismo abdominal generalizado, predominando en banda de F.I.D. a hipocondrio izq. **Tacto rectal:** Douglas indoloro y distendido. Resto del examen s/p.

ESTUDIO RADIOLOGICO

Radiografía simple en posición de decúbito dorsal. — Gran distensión gaseosa de ciego y asa adyacente que se extiende desde F.I.D. a hipocondrio izq. En medio de dicha imagen se ve un espacio claro que corresponde a un espolón entre las asas.

Radiografía simple en posición de pie. Imagen hidroaérea por encima de la región umbilical con 2 niveles escalonados y con el espolón ya mencionado. En F.I. izq. hay un asa delgada distendida.

Radiografía de colon por enema. — El marco cólico hasta el sitio del vólvulo está disminuido en su extensión.

Se sobrepone al colon relleno por el medio de contraste la imagen gaseosa que corresponde al intestino volvulado. Se destaca en el límite del vólvulo una imagen en peine que es característica de estos cuadros patológicos.

Con este cuadro clínico radiológico se hace el diagnóstico de vólvulo de ciego.

Operación. **Dr. C. Ormaechea. Dr. Aguiar** (Anestesia general).

Incisión paramediana der. transrectal, supra e infra-umbilical.

Abierto el peritoneo sale discreta cantidad de líquido sero hemático sin fetidez. Enorme distensión de ciego que presenta un color oscuro. En algunas zonas la serosa está desgarrada, acentuándose este desgarramiento al tratar de exteriorizar el ciego; ante el peligro de un estallido de la víscera se hace una punción con una aguja fina, sobre una bandeleta para evacuar el aire. Se exterioriza luego el ciego que muestra varias placas de necrosis en su borde libre, alguna de ellas con perforaciones de 2 ó 3 milímetros. Mesos infiltrados, edematosos, pero sin lesiones importantes.

Divertículo de Meckel adherido a la pared anterior del abdomen, en las vecindades del ombligo. Las ansas delgadas comprendidas en la válvula íleo-cecal y el divertículo de Meckel están muy adheridas entre ellas, formando un verdadero ovillo.

Apéndice distendido. Se libera el divertículo de Meckel de la pared abdominal. Se resecan más de 60 cms. del intestino delgado, desde 10 centímetros por delante del divertículo hasta la válvula íleo-cecal, el ciego, el colon ascendente y la mitad derecha del transverso. Se restablece la continuidad del intestino haciendo una íleotransversostomía término-lateral.

Del punto de vista técnico la intervención fue realizada sin incidentes. Cierre de la pared por planos.

Post - Operatorio. — Bueno, a los dos días movilizó el intestino y expulsó gases. Fue dado de alta el día 17 de agosto, en buenas condiciones.

El 18 de noviembre de 1956 ingresó de nuevo a la Clínica para tratarse las cicatrices de sus quemaduras. En el momento actual está bien.

Obs. N° 2. P. C. C., 54 años. Agente policial. — M. de C. Ingresa al Hospital Pasteur el 12 de Mayo de 1957 por cuadro agudo de abdomen.

E. A. — Su enfermedad actual comienza el día 10 a las 8 horas con dolor brusco en forma de puntada en hipocondrio izq., sin vómitos ni defecaciones. El dolor continúa con intermitencias. Come con inapetencia al mediodía. Continúa igual, no hace tratamiento, no tiene vómitos y a las 18 horas tiene 2 deposiciones diarreicas que no alivian sus dolores. Continúa esa noche con dolores paroxísticos, de tipo retortijón, con deposiciones diarreicas y sensación de tenesmo. El día 11 pasa algo aliviado por la mañana, sin apetito. Por la tarde el enfermo comprueba que su vientre se ha deformado presentando una saliencia anormal en región supra-umbilical e hipocondrio izquierdo. Esa noche se acentúan sus dolores. El día 12 toma caldo caliente y tiene sensación quemante intensa en epigastrio, sus dolores aumentan y se acrecienta también la distensión de su vientre, decide entonces ingresar.

Antecedentes. — Niega haber tenido episodios familiares. No hay antecedentes dispépticos de ningún tipo, ni trastornos del tránsito intestinal; tampoco fue operado de su vientre anteriormente. Fumador y etilista. Niega enfermedades venéreas. Tifoidea. Neumopatías agudas a repetición. Asmático desde su infancia.

Examen. — Buen estado general, apirético, algo deshidratado.

Abdomen: Se moviliza con la respiración. A la inspección aparece groseramente deformado y saliente en región supra umbilical e H. I. La palpación demuestra que no hay contractura muscular, tensión elástica en vientre superior, con timpanismo acentuado. El vientre inferior está libre. El tacto rectal es negativo.

En suma, un cuadro doloroso agudo abdominal de tipo oclusivo, con deformidad y asimetría alta del abdomen, con episodios diarreicos intercalados, sobre todo al principio, sin elementos de participación peritoneal inflamatoria.

Radiología. — En esas condiciones se pide un estudio radiológico simple de su abdomen de pie y acostado. Se comprueba en decúbito una enorme imagen gaseosa, que ocupa el centro e hipocondrio izq. a contornos policíclicos, con las características del colon distendido. En la placa de pie un gran nivel líquido y cámara gaseosa en H. I. El resto del vientre opaco y algunas sombras de gas en F.I.D. que aparece vacía.

Con diagnóstico de vólvulo de ciego, pero con algunas dudas, debido a los episodios diarreicos que acompañaron su síndrome doloroso y a la falta de antecedentes se va a la intervención.

Operación. — 12 de Mayo de 1957. Hora 24. Dres. Varela Soto y Díaz, Pte. Martino.

Anestesia general (Gases). Sonda gástrica y transfusión per-operatoria. Paramediana derecha supra e infra umbilical. Peritoneo libre. Gran balón

cólico constituido por el ciego y colon derecho rotado 180° en sentido contrario a las agujas del reloj y ocupando el centro del abdomen en H.I. Ese intestino está libre de acolamietno. La última ansa ileal, engrosada, tumefacta está unida por una brida de Lane a la pelvis y fijada en esa posición. El ángulo derecho del colon está en su lugar normal fijado por el ligamento frenocólico derecho, la zona de transición del colon distendido y del normal se marca netamente en esa zona.

Es sobre las dos puntas fijas antedichas que se ha efectuado el vólculo. La pared del intestino está de color normal, no ha sufrido fenómenos necróticos, engrosada por sectores, muy distendida a nivel del ciego; la última ansa, ileal engrosada por edema y fibrosis, da la impresión de un sufrimiento crónico. Algunas ansas delgadas se han deslizado por encima y a la derecha del sector volvulado, son las que aparecen en la radiografía en F.I.D.

Se decide entonces efectuar la resección y anastomosis de entrada (hemicolectomía derecha con iliотransversostomía término-lateral). Cierre de la pared por planos.

Post - operatorio sin incidentes, salvo un estado bronquial de tipo asmatiforme, tratado con antibióticos y nebulizaciones.

Alta al 8º día. Al control radiológico al mes muestra en el colon por enema, un buen funcionamiento de la anastomosis.

Evolución posterior normal.

Dr. Prat. — Como ninguno parece dispuesto a hablar sobre esta interesante comunicación, voy a destacar tres características de esta exposición.

Primero, lo completo del diagnóstico, basado en el estudio clínico y la radiología; segundo, que es muy importante también, la interesante documentación gráfica que se nos ha presentado, hermosas fotografías del acto operatorio, tan nítidas, como raras veces las hemos observado y contemplado, y, tercero, el brillante resultado técnico obtenido en el tratamiento.

Dr. Mérola. — Yo quiero hacerles una pregunta a los colegas que han presentado este interesante trabajo. Y digo interesante porque se apoya en el tipo de terapéutica que se debe realizar en los órganos volvulados de otros sectores del organismo (para prevenir las embolias venosas), más espectaculares en otros territorios vasculares, pero posiblemente no menos reales en el territorio portal, en el caso del ileocolon.

Todos hemos tenido muertes en este tipo de torsiones. En el Ateneo General del Hospital Maciel, presentamos personalmente un caso, que fuera tratado por destorsión, y que falleció de manera brusca, más o menos a la hora de operado, luego de haberse recuperado perfectamente de la anestesia. Son conocidas por todos las explicaciones que se dan de estas muertes bruscas (reabsorción tóxica masiva del contenido del asa volvulada, etc.). Es pues, muy interesante, el aplicar al ileo-colon lo que

se enseña como criterio general para casos similares: la resección del órgano volvulado.

Yo quería preguntarle a los autores si ellos tuvieron la noción de haber resecado sin destorcerlo, al segmento compometido. Yo creo que si se toma la decisión de resecar, el ideal debe de ser el poder hacerlo sin destorcerlo previamente. Nada más.

Dr. Anavitarte. — Yo quería decir dos cosas: una relativa a la terapéutica, que en los casos que yo he tenido oportunidad de observar y no se ha hecho la anastomosis del delgado con el colon he visto siempre el fracaso. Todos los casos en que yo he visto permanecer la ileostomía han ido al fracaso y he visto varios.

El segundo punto que quería discutir es el de la malformación; para mí la malformación fundamental en el vólvulo del ciego es que se trata de una lesión de falta de acolamiento con un ceco ascendente en badajo de campana. La existencia del divertículo de Meckel puede contribuir, pero el ciego no se volvula si no es un ciego y colon ascendente en badajo de campana, provisto o no de vaso.

Dr. Piquinela. — Después de felicitar a los comunicantes cabe expresar la necesidad de estimular este tipo de presentaciones que al mismo tiempo que contribuyen a aumentar la casuística nacional permiten ir discutiendo y fijando conceptos acerca del manejo de un tipo de vólvulo intestinal, más frecuente en nuestra opinión, de lo que surge de algunos trabajos extranjeros.

El estudio radiológico en los dos casos que se presentan, está de acuerdo con lo que ya se ha expresado en otras oportunidades en la Sociedad de Cirugía. Creemos que siempre que se pueda realizar, conviene el enema opaco que en el caso del Dr. Ormaechea confirmó lo que podríamos llamar la "fórmula radiológica" del vólvulo cecal. No ha permitido en este caso visualizar el canal de torsión que era muy evidente en el enfermo que presentamos a esta Sociedad n agosto de 1950.

En cuanto se refiere a la terapéutica entendemos que la resección se plantea en dos situaciones diferentes: como indicación de necesidad —intestino gangrenado o fuertemente cianosado— o como indicación de elección. No sé exactamente cuál era el estado de la pared del intestino en el caso del Dr. Varela; de acuerdo con las hermosas proyecciones del caso del Dr. Ormaechea, es evidente que, aquí se imponía la resección. Cuando el intestino está necrosado y en nuestra opinión también cuando está intensamente cianosado, por las razones expuestas oportunamente en esta Sociedad, hay que establecer que la resección es netamente superior a cualquier conducta conservadora.

No es de absoluta necesidad cuando el intestino es viable, pero en esos casos es cuando la resección ofrece menos peligros, es más sencilla, tiene menos inconvenientes y su ejecución suprime el enorme balón cecal y toda posibilidad de recidiva. Melchior, citado por los comunicantes, que actúa en un medio donde el vólvulo es mucho más frecuente que entre

nosotros, ha extendido la indicación de la resección a los casos en que pared intestinal está poco alterada porque su experiencia le ha mostrado la falla frecuente de las técnicas de destorsión y fijación; el vólvulo recidiva a menudo con alargamiento secundario de las adherencias creadas por el cirujano, adherencias que hacen con frecuencia de eje alrededor del cual una nueva torsión se produce.

Pero en algunos casos, operados tardíamente, con intestino gangrenado, peritonitis y gran repercusión general, creo que la anastomosis, el restablecimiento de la continuidad post-resección, conviene postergarlo para un segundo tiempo. En situaciones extremadamente serias como la que correspondía al caso de nuestro Servicio que presentaron los doctores Priario y Bonavita a principios de este año en la Sociedad de Cirugía, aun cuando tuvieron éxito practicando la resección y anastomosis, es evidente que pudieron haber terminado la operación de otra manera. Se trataba de un vólvulo con ciego gangrenado, peritonitis pútrida y grave estado general. Hecha la resección que debe siempre preferirse a la exteriorización, por razones ya discutidas en esta Sociedad, puede terminarse rápidamente la operación abocando ileon y transversos juntos a la piel, haciendo la anastomosis en un segundo tiempo. No es lo ideal desde luego, pero sí una manera de terminar la intervención cuando el estado general es muy agotativo.

Por último, cabe destacar que en los dos casos presentados parece existir como habitualmente en estos vólvulos, un punto fijo alrededor del cual la torsión se produce. En nuestro caso era un apéndice fijado al promontorio; en el primer caso de hoy existía una brida y en el segundo, parece haber servido de eje a la torsión un divertículo de Meckel fijado a la pared abdominal anterior.

Dr. Varela Soto. — Queremos ante todo agradecer las expresiones los profesores y colegas que han vertido crítica tan interesante trabajo. Al Dr. Mérola que habló en primer término, que no tuvimos en vuestros casos de hacer la destorsión del vólvulo, cosa que parte está contraindicada para evitar la producción de embolias, que se hace en las torsiones de quistes anexiales y otros vólvulos.

El asa a tensión se exterioriza prácticamente sola, la colocación de las pinzas de exclusión y la ligadura del meso permite en rápidas maniobras, la exéresis de la pieza y la terminación del problema.

Y es precisamente sobre lo dicho anteriormente que encuentra una base fundamental de apoyo la ileocelectomía preconizada de urgencia; la maniobra paliativa de destorsión y aplicación en su pretendido lugar del asa volvulada puede dar lugar al proceso embolígeno.

Al profesor Prat agradecemos los conceptos vertidos.

Con el profesor Piquinela, en general estamos de acuerdo. Es posible que algún día nos veamos en la necesidad, frente a un caso evolucionado y desesperado, con perforación, peritonitis y grave estado general, de no ser tan absolutos; en ese caso haremos la resección primaria y no la

anastomosis; pero insistimos en que siempre que se nos presente en el campo operatorio la chance de la viabilidad de la anastomosis la haremos sin dudarla, consecutiva, obvio es decirlo, a la exéresis indiscutible.

Estamos de perfecto acuerdo con los profesores Urioste y Anavitarte. Consideramos que la falta de acolamientos es un hecho más de la malformación regional y que pretender resolver ese factor sólo, frente a todo el complejo regional es querer resolver el problema de una manera parcial, unilateral y minúscula.

Por otra parte las series que se basan en casos en que se efectuaron tratamientos paliativos y soluciones contemplativas, muestran resultados desalentadores, recidivos y complicaciones gravísimas.

Por último, queremos decir lo siguiente: pensábamos antes de tener la oportunidad de tratar enfermos de este tipo, que posiblemente para el vólvulo del ciego, la ileocelectomía derecha era la operación ideal; cuando tuvimos la oportunidad aplicamos ese concepto y la experiencia vivida con sus alentadores resultados nos ratifican en la posición de seguir aplicando esa norma y de aconsejarla.

Muchas gracias.