

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. A. Chifflet

## A PROPOSITO DE UN CASO DE INVAGINACION SIGMOIDO-RECTAL PROCIDENTE A TRAVES DEL ANO, OCASIONADO POR CARCINOMA RECTOSIGMOIDEO (\*)

Dr. Bolívar Delgado Pereira

M. F. de S. 75 años. Historia 111365. Hospital de Clínicas. Clínica Quirúrgica "A". Julio de 1959. — Paciente que ingresa al Servicio por tumoración procidente por el ano de 2 meses de evolución.

Desde hace un año presenta trastornos del tránsito intestinal caracterizados por períodos alternantes de diarrea y constipación, a lo que se agrega últimamente falsas deposiciones con gleras mucosas y sangre rojo oscura. Tenesmo y defecación imperiosa. Sin cuadros de distensión abdominal ni cuadros oclusivos.

Anorexia con repugnancia para la carne y el mate. Astenia. Adelgazamiento marcado.

Hace dos meses durante el acto de la defecación le aparece una tumoración que hace procidencia por el ano, grande, alargada, a eje mayor vertical y discretamente dolorosa. No ha aumentado mayormente de tamaño ni se ha reducido nunca. No ha habido desde ese momento alteraciones de su tránsito intestinal.

De los antecedentes destacamos que se trata de una multípara, con un prolapso genital desde hace varios años procidente a través de la vulva en posición de pie, con pérdida involuntaria de orina asegurando como hecho interesante que desde la aparición de la tumoración anal no se le ha reproducido el prolapso. No refiere antecedentes dispépticos.

El examen muestra que se trata de una paciente muy adelgazada, deshidratada. El abdomen está algo distendido, es móvil e indoloro. Se palpa cuerda cólica izquierda. Hígado a un través del reborde de caracteres normales. Al efectuar el examen genital y rectal constatamos: vulva y vagina de multípara; útero atrófico y en posición intermedia. Fondos de saco laterales libres. A través del fondo de saco vaginal posterior se tacta una masa cilíndrica de la cual se alcanza el borde superior a nivel del Douglas.

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 11 de mayo de 1960.

A través del ano se exterioriza un segmento intestinal de 15 cms. de longitud cubierto de mucosa. En su extremidad distal se aprecia una masa vegetante que respeta sólo una pequeña parte del contorno posterior del orificio intestinal y que tiene el aspecto de un carcinoma.

El segmento exteriorizado se muestra bien vascularizado y cubierto por mucosidades. El orificio de la luz intestinal mira hacia atrás y por él salen gleras mucosas. (Ver fotografía).

Es posible el tacto digital por el orificio del segmento exteriorizado, así como entre el mismo y el ano, llegándose a introducir el dedo unos 10 cms. entre ambos. A este nivel se comprueba que la pared rectal se refleja hacia adentro para continuarse con la pared del cilindro proci-



dente. La impresión es de que se trata de una invaginación sigmoideorectal procedente cuyo cuello se encuentra a unos 10 cms. de la margen de ano y en cuya cabeza existe un carcinoma (Ver esquema N° 1).

Se toma un fragmento para biopsia que es informado como adenocarcinoma. Los exámenes complementarios efectuados mostraron que existía una anemia e hipoproteinemia las cuales fueron compensadas con sangre y plasma. El resto de los exámenes efectuados no mostraron elementos patológicos. No se efectuó rectosigmoidoscopia ni estudios radiológicos contrastados de colon.

Fue intervenida el 29-VII-59: Prof. A. Chifflet - Dr. García Russich - Dr. B. Delgado.

Anestesia general: C. Chifflet. Posición decúbito dorsal semiginecológica. Incisión mediana infraumbilical. La exploración muestra: Peritoneo e hígado sin particularidades. La pelvis se encuentra ocupada por asas delgadas y al retirarlas se comprueba que una parte de ellas se encuentra formando parte de un enterocele anal. El sigmoide aparece invaginado en el recto con su meso tirante y sin trastornos de la vascula-

rización. Tirando del sigmoide y empujando por el periné hacia arriba la invaginación tratando de reducirla, ésta se reduce, chocándose en ese momento la enferma lo que obliga a detener momentáneamente la intervención.

Se palpan pequeñas adenopatías en el mesosigmoide. Existe un dolcosigmoide. Se reconoce la zona del neoplasma, se libera y se procede a la resección intestinal a distancia de la lesión puesto que la longitud del sigmoide lo permite perfectamente. Sutura término-terminal en dos planos. Cierre del meso sigmoide. Una nueva exploración de la pelvis

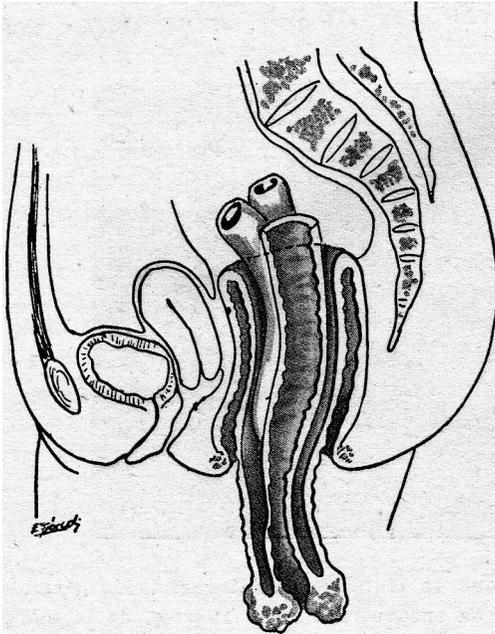


FIG. 1. — Este esquema representa un corte mostrando los tres cilindros constitutivos de la invaginación. Se observa que entre el cilindro medio y el cilindro interno existe un divertículo de la serosa peritoneal conteniendo asas delgadas (enterocele).

muestra que el útero cae en retroversión y que colocando los dedos en el fondo de saco de Douglas se llega hasta el plano de periné.

Cierre de la laparotomía en dos planos. Sonda vesical a permanencia. Mechado de la cavidad vaginal para darle apoyo al periné.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El tránsito intestinal se ha regularizado. El examen genital en la fecha del alta muestra que existe un colpocele ant. con cistocele; no hay prolapso genital posterior ni rectal. Alta a los 20 días en buenas condiciones.

El examen anatomopatológico de la pieza informa: segmento de sigmoide de 15 cms. de largo, abierto longitudinalmente y fijado en formol. En su parte media existen dos tumores vegetantes polipoideos de unos 5 cms. de diámetro cada uno con un pedículo de implantación relativamente estrecho y a cuyo nivel el tumor infiltra toda la pared intestinal. Ambos tumores están separados de unos 2 cms. de mucosa normal. La

pared colónica tiene hipertrofia marcada de la muscular y aumento de dimensión transversal por encima del obstáculo. No hay ganglios vecinos.

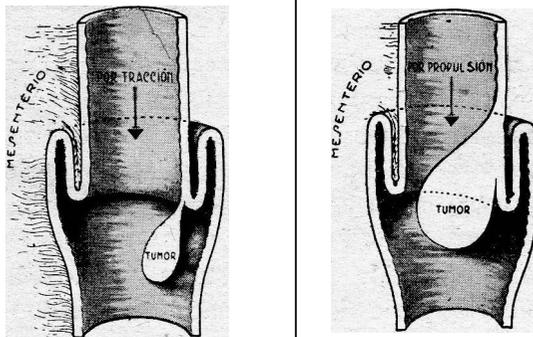
Histológicamente ambos tumores tienen estructura papilar con epitelio cilíndrico atípico que invade por infiltración parte de la pared del colon no llegando hasta la serosa. El estroma del tumor así como parte de la pared tienen abundante degeneración mucosa. **No hay signos de colonización linfática ni venosa.**

Diagnóstico: Adenocarcinoma papilar.

Creemos que el interés de esta presentación reside en:

- 1) La poca frecuencia de invaginación de intestino en el adulto por cáncer y menos aún procedente por el ano.
- 2) Porque en el caso de la topografía sigmoide - rectal plan-

**INVAGINACIÓN ILEO-ILEAL MECÁNICA (Por tumor)**



1a. Eventualidad: El tumor tracciona sobre la mucosa e inicia la invaginación; el intestino es arrastrado por el tumor

2a. Eventualidad: La hiperperistaltis local, en el sitio de implantación del tumor, inicia la invaginación; el tumor es propulsado por

Fig. 2

tea algunas consideraciones de orden patogénico y diagnóstico referente al prolapso rectal e invaginación sigmoide - rectal.

- 3) Porque obliga a una determinada táctica operatoria.

Referente al primer aspecto, Sanders (9) destaca que la intususcepción intestinal en adultos representa del 5 al 10 por ciento del total de las invaginaciones, siendo en un 80 por ciento de los casos de causa orgánica.

El porcentaje en que interviene el carcinoma es variable con las estadísticas: así para Dunhauser y Kelly (4) representa el 26 por ciento y para Roper (8) el 36,6 por ciento sobre 31,3 por ciento para los tumores benignos.

Sanders de acuerdo a las cifras publicadas por estos autores ; por Dean y colaboradores (2) ; por Deterling y colaboradores (3) ; y Schatzki (10) tomando sólo las invaginaciones de recto y colon en adultos, calcula un porcentaje de 68,3 por ciento producidos por tumores, de los cuales el 91,2 por ciento eran por carcinoma.

En el caso particular de las invaginaciones sigmoido-rectales, Roper (8) señala sobre 410 casos de invaginación intestinal en adultos 25 en esa topografía de los cuales 22 por tumores malignos.

La invaginación sigmoido-rectal procidente por el ano producida por un carcinoma es muy poco frecuente de acuerdo a las series de los diferentes autores (Roper, 8; Pyper, 7).

Como conclusión, se señala que siendo poco frecuente la invaginación intestinal en el adulto, la de los sectores distales es predominantemente producida por tumor y con una enorme frecuencia éste es un carcinoma.

En cuanto a la patogenia, creemos que se tratan de invaginaciones activas, mecánicas, por propulsión, ocasionadas por el peristaltismo intestinal luchando contra una zona seguramente estenosada como parece comprobarlo los episodios de lucha intestinal que en general preceden al cuadro de invaginación (Esquema N° 2).

La topografía sigmoido-rectal agrega una condición fisiológica predisponente: que es la invaginación sigmoido-rectal que se produce durante el acto de la defecación.

Siguiendo a Chifflet (1) no le damos jerarquía al segmento sigmoido-rectal como otros autores (Oviedo 6) que lo consideran zona esfinteriana, sino como un verdadero órgano, el recto abdominal individualizado por características anatómicas y funcionales propias. Durante el acto de la defecación este segmento, "...en contracción peristáltica se invagina en el recto pelviano distendido y anclado en la periferia por láminas conjuntivas, y evacúa en su interior las materias fecales." Esta situación fisiológica se haría permanente y progresaría a expensas del peristaltismo intestinal luchando contra la estenosis recto-sigmoidea neoplásica. Frente al caso clínico particular que presentamos se planteaba si se trataba de un prolapso rectal o de una invaginación sigmoido rectal procidente.

El tacto rectal efectuado mostraba, como ya ha sido dicho, que el dedo se introducía entre el segmento procidente y la pared

rectal alcanzándose en la parte alta y a unos 10 cms. de la margen del ano, el límite al nivel del cual la pared rectal se reflejaba hacia adentro para continuarse con la pared del segmento invaginado. Se confirmaba pues por este examen que la pared rectal estaba en su sitio y que el cuello de la invaginación correspondía en altura aproximada al fondo de saco de Douglas.

Con el fin de hacer gráfica esta situación efectuamos una radiografía simple de pelvis de perfil colocando un vástago metálico vertical entre el segmento invaginado y la pared anterior de manera que su extremidad superior llegase a la zona del cuello de la invaginación y otro vástago similar colocado en el fondo de saco vaginal posterior y paralelo al anterior. La radiografía muestra que la extremidad superior de ambos vástagos estaban a la misma altura y que por lo tanto el cuello de la invaginación correspondía al Douglas.

Situación diferente al verdadero prolapso rectal, el cual comienza como una hernia rectal anterior a nivel del Douglas y que al introducirse progresivamente dentro de la ampolla rectal lleva a una invaginación rectal que al progresar se hace procidente por el ano, quedando entre la masa rectal exteriorizada y la pared del ano un surco que permite la exploración digital de la unión ano - rectal (Chifflet).

La longitud pues del segmento en procidencia no podrá depasar jamás la de la altura del Douglas. Recordemos que el segmento exteriorizado en nuestro caso tenía una longitud de 15 cms. por lo menos, y que la pared rectal estaba en su sitio hasta unos 10 a 12 cms. de la margen del ano (Douglas). Situación pues que define y diferencia con precisión el prolapso rectal de la invaginación sigmoido - rectal procidente.

Como otro hecho que se destaca es el de que el orificio intestinal de la cabeza de la invaginación miraba hacia atrás, debido a que el mesenterio actuando como un frenillo corto tironea por el lado dorsal, mecanismo que explica una de las causas de oclusión intestinal en la invaginación al contactar el orificio intestinal de la cabeza de la invaginación con la cara interna de la vaginal.

En algunos casos como el de esta paciente, existe sobre el lado ventral de la invaginación entre el cilindro medio y el interno un divertículo de la serosa peritoneal donde se alojan asas delgadas constituyendo un enterocele que a la vez que contribuye a la

irreductibilidad puede contribuir al compromiso de la irrigación. En nuestro caso en el acto operatorio fue necesario reducir primero este enterocele devanando el delgado hacia la cavidad peritoneal para poder luego reducir la invaginación.

Señalan algunos autores como condición para que este tipo de invaginación se pueda producir las siguientes, que por otra parte estaban presentes en nuestro caso: sigmoide largo, pequeño neoplasma y músculos esfinterianos relajados como se ve habitualmente en los sujetos de edad (5), (7).

El diagnóstico, salvo casos como el que presentamos, de invaginación intestinal en adultos por neoplasma, raramente se hace antes de la operación. En general el episodio agudo es precedido de dolores cólicos o cuadros suboclusivos y obliga a la intervención demostrando ésta la invaginación y su mecanismo.

Otras veces el diagnóstico se ha hecho por la radiografía contrastada del colon que muestra la imagen del budín o por la rectosigmoidoscopia al mostrar el tumor invaginado (5).

En cuanto a las directivas terapéuticas la táctica operatoria aconsejada por los diferentes autores (9) se asemeja a la seguida por nosotros en este caso:

1) No debe intentarse reducir por enema baritado debido a que un gran porcentaje es irreductible y a que en un cierto porcentaje la invaginación es debida a un carcinoma.

2) No se aconseja intentar la reducción operatoria de la invaginación ni la exploración transcolónica, ni la biopsia, por los peligros de una siembra peritoneal neoplásica o difusión venosa al manipular una lesión neoplásica frágil y edematosa. Solamente está justificada la tentativa de una reducción intraoperatoria en el segmento bajo recto - sigmoideo para poder luego efectuar una resección anterior o una resección combinada abdomino-perineal.

3) El tratamiento de elección es la resección aún en lesiones benignas. Debe researse no sólo la zona invaginada sino que debe researse como en una operación por cáncer.

4) Si el paciente está en oclusión la conducta varía con la escuela del cirujano sabiendo que a veces después de una cecostomía o colostomía proximal una invaginación que era irreductible se hará reductible o se reducirá espontáneamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CHIFFLET, A. — Anatomía del contenido pélvico masculino, cirugía del recto. Rosgal. Montevideo, 1956.
- 2) DEAN, O., ELLIS, F., SAVER, W. — Intussusception in adults. Arch. Surgery 73:6, 1956.
- 3) DETERLING, R., O'MALLEY, R., KNOX, W. — Intussusception in the adult with emphasis on the retrograde type. Arch. Surgery 67:854, 1953.
- 4) DONHAUSER, T., KELLY, E. — Intussusception in the adult. Am. Jour. Surgery 79:673, 1950.
- 5) FEIGELBAUM, H. — Carcinoma of the sigmoid colon discovered during examination for acute intussusception of the sigmoid. Am. Jour Gastroenterology 25:591, 1956.
- 6) OVIEDO BUSTOS, J. — Papel fisiológico del sigmoideo y su pfloro, invaginación sigmoideo-rectal. Prensa médica argentina 44:2469, 1957.
- 7) PYPHER, J., VAUSE, GREIG, G. — Carcinoma of sigmoid causing sigmoideo rectal intussusception and protrusion through the anus. Jour, inter. coll surg. 25:510, 1954.
- 8) ROPER, A. — Intussusception in adults. S. G. O. 103:267, 1956.
- 9) SANDERS, G., HAGAN, W., KINNAIRD, D. — Invaginación en adultos y carcinoma de colon. Anales de Cirugía 3:763, 1958.
- 10) SCHATZKI, R. — The roentgenologic appearance of intussuscepted tumors of the colon. Am. Jour. Roentgenology 41:549, 1939.