

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. O. Bermúdez

## VOLVULO DEL CIEGO (\*)

Dres. Alberto R. Ardao, E. Quagliotto y N. Bonilla

Se trata de un enfermo que ingresa al Servicio de Cirugía del Prof. O. Bermúdez en el Hospital Pasteur por dolores y distensión abdominales.

Su enfermedad comienza 5 días antes en que a las dos de la madrugada se despierta con intensos dolores abdominales localizados en el epigastrio y en ambos hipocondrios; el dolor es continuo sin configurar el tipo cólico y son seguidos de vómitos de los alimentos ingeridos la noche anterior los que luego se hacen biliosos, abundantes.

En las horas siguientes el dolor calma espontáneamente pero persiste un malestar abdominal y estado nauseoso, presentando esporádicamente aún algunos vómitos. No consulta médico efectuando por cuenta de él dieta líquida; el cuadro se mantiene sin cambios durante 4 días; los vómitos entonces se hacen intensos, oscuros, con olor fecaloideo. Desde el comienzo del cuadro nota distensión del abdomen progresiva y no ha expulsado gases ni materias desde entonces. No ha tenido tampoco dolores a tipo cólico. No se controló la temperatura pero no tuvo sensación febril ni chuchos de frío.

Tránsito urinario normal. Dispepsia de tipo hepatobiliar con episodios esporádicos de distensión abdominal. No antecedentes de alteraciones del tránsito intestinal. Etilista y fumador intenso; niega venéreas.

El examen muestra un paciente adelgazado, de ojos excavados, lengua húmeda pero pliegue cutáneo perezoso; no anemia clínica; temp. rectal 37° Abdomen: distendido, simétrico, no circulación colateral, no dolor espontáneo, movilidad abdominal disminuida a causa de la distensión. Hipersonoro en toda su extensión. A la palpación: depresible, discretamente doloroso a nivel del epigastrio e hipocondrio izquierdo; ruidos hidroaéreos espaciados, de timbre metálico, a la auscultación. Al tacto rectal, ampolla vacía. Douglas indoloro y libre. Resto del examen S./P.

### Consideraciones.

Se hace el diagnóstico de Oclusión Intestinal basado en la detención del tránsito intestinal para materias y gases y en la distensión abdominal y los ruidos hidroaéreos. Llama la atención la buena tolerancia del cuadro oclusivo que a la consulta ya lleva 5 días.

Se pide radiografía simple de abdomen de pie y acostado: la placa acostado (fig. 1) muestra una marcada distensión del intestino delgado, un gran balón gaseoso ocupando el epigastrio y el hipocondrio izquierdo y una opacidad

---

(\*) Trabajo presentado en la  $\frac{1}{2}$  hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 7 de agosto de 1963.

del hemiventre derecho; las placas de pie muestran distensión del delgado, parte del gran balón gaseoso del epigastrio e hipocondrio izquierdo y numerosos niveles hidroaéreos del delgado. Además ausencia de gases en el colon. Se piensa, frente a esa imagen de gran balón gaseoso ocupando el cuadrante superior e izquierdo del abdomen, en un vólvulo del ciego y se decide realizar una placa de colon contrastada con enema opaco (fig 2). Este muestra ausencia de relleno del ciego y un stop al enema en el colon ascendente el que además está proyectado hacia la línea media, terminando la imagen del enema opaco en forma afilada. Frente a este estudio radiológico y con el diagnóstico positivo de vólvulo del ciego se decide la operación de urgencia.

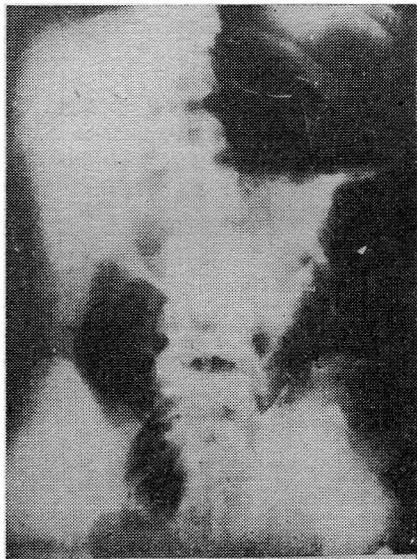


Fig. 1. — Radiografía simple de abdomen. Se observa un gran balón cólico ocupando el hipocondrio izquierdo que corresponde al ciego volvulado. Ausencia de gases en el colon derecho.



Fig. 2. — Radiografía contrastada del colon con enema opaco. Se visualiza el relleno del colon trasverso y parte alta del colon ascendente; desplazamiento hacia adentro del colon ascendente terminando el relleno opaco en punta afilada (pie del vólvulo); además se aprecia la distensión de asas delgadas.

En la operación (Dr. R. Ardao; Ayuds. Dr. E. Quagliotto y N. Bonilla) se comprueba (fig 3): peritoneo a enorme tensión por gran distensión de ansas delgadas; líquido hemático libre en regular cantidad; enorme distensión de todo el delgado; ausencia de ciego en la F.I.D. y del ascendente en el flanco derecho; el ciego, enormemente dilatado se encuentra en el Hipocondrio izquierdo. El vólvulo se realizó de la siguiente manera: flexión hacia arriba a nivel de la parte media del colon ascendente donde existía una brida de Jackson; al mismo nivel de la flexión del ascendente, rotación de 180° en sentido contrario a las agujas del reloj lo que hizo trasladar asas delgadas que rotan por encima y a derecha del sitio de la volvulación para caer hacia el flanco derecho.

Se baja el ciego desde su posición alta y se desvolvula luego de comprobar que su tensión no es tan grande como para que estalle; se vuelven a su sitio las asas delgadas que rodean el pie del vólculo. Enterotomía de aspiración con tubo de Pool vaciando todo el delgado, el ciego y el colon ascendente proximal al sitio del vólculo. Cierre de la enterotomía. Se termina la operación fijando el ciego y el colon ascendente en su sitio normal dando algunos puntos de hilo de lino que lo fijan al peritoneo parietal de la fosa iliaca interna y al flanco derecho. Cierre de la pared por planos.

La evolución fue sin incidentes. A los 36 días se realiza un estudio contrastado del colon por enema de control que revela el ceco-ascendente fijo el flanco y F.I.D.. Se le da el alta.

A los dos meses y medio se realiza nuevo estudio radiológico de control por enema opaco poniendo al enfermo en varias posiciones: acostado, de pie, en

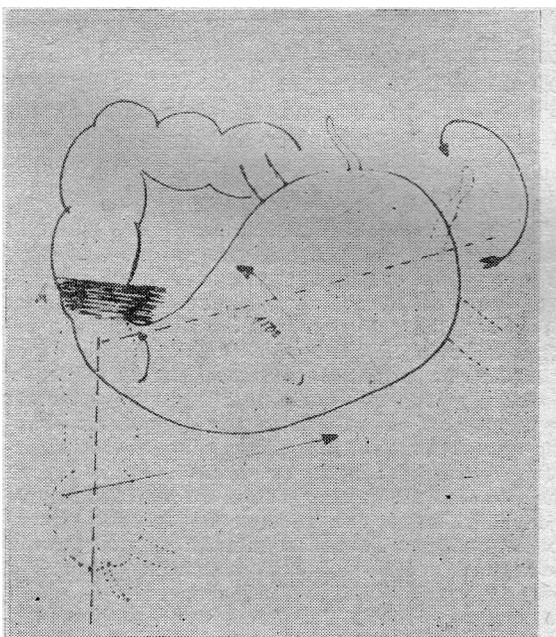


Fig. 3. — Esquema de la volvulación del ciego hallada en el acto operatorio, realizada a favor de una brida de Jackson.

Trendelenburg, en decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo para ver si el ciego se mantiene fijo en la F.I.D. con los cambios de posición. En todas las posiciones el ciego se mantuvo donde fue fijado en la operación: en la F.I.D. Alta definitiva.

Traemos esta observación a la Sociedad de Cirugía con la finalidad de contribuir a la casuística nacional sobre Vólculo del Ciego.

Es de destacar, dentro de los hechos clínicos, el cuadro oclusivo prolongado de 5 días, de evolución a la consulta y su gran tolerancia, no experimentando dolor a partir de las pocas horas siguientes al comienzo del cuadro. No existe el signo de la F.I.D. vacía pues se halla ocupada por las asas delgadas distendidas y rotadas alrededor del pie

del vólvulo, como se comprobó en la operación. También es de resaltar la presencia, en los antecedentes de cuadros discretos y fugaces de molestias dolorosas de flanco e hipocondrio derechos y episodios esporádicos de distensión abdominal, seguramente vinculados a episodios frustrados de torsión del ciego no acolado.

Radiológicamente, es de notar el gran balón del ciego volvulado y distendido alojado en el hipocondrio izquierdo y los signos de oclusión del delgado; ausencia de gases en el colon más allá del ascendente; el stop del enema a punta afilada en el pie de la torsión; las asas delgadas dislocadas rodeando el pie del vólvulo.

Del punto de vista del tratamiento, queremos destacar que ha sido eficaz como elemento de fijación del ciego, la colocación de puntos de lino fijando el ciego al peritoneo parietal posterior de la fosa iliaca interna. Esto ha sido demostrado por el estudio radiológico con enema opaco en distintas posiciones sin que con ellas se observe desplazamiento de ciego del sitio en que ha sido fijado. Destacamos también, como elemento de gran importancia en el tratamiento, la enterotomía y la aspiración con tubo de Pool, tanto del delgado como del ceco-colon ascendente volvulado.

**Dr. Priario:** Nosotros en el año 1957 trajimos a esta misma Sociedad de Cirugía un caso de vólvulo del colon derecho. Tenía muchos elementos comunes con los relatados en el caso del Dr. Ruben Ardao. Sin embargo, algunos hechos lo diferencian. Voy a relatar brevemente el caso. Es una señora de 70 años de edad que ingresó a la Sala 22 del Hospital Pasteur por un cuadro de oclusión intestinal. Cuando nosotros tomamos contacto con la enferma, estaba en un colapso grave y fue necesario trasfundirla y hacerle plasma y toda la terapéutica de su cuadro de colapso, antes de poderla trasladar a Rayos X. La radiografía que tomamos, las placas simples se superponían con las placas que acaba de presentar el Dr. Ardao, es decir un hemiventre derecho prácticamente vacío, un grueso balón en el hipocondrio izquierdo con una imagen con nivel y luego una imagen de oclusión intestinal de las últimas asas. Conforme pudimos llevar la enferma a una tensión máxima de 9, decidimos intervenirla. Realizamos con anestesia general y al abrir el vientre nos encontramos que la última asa ileal, todo el colon derecho hasta la mitad del transversal, estaban completamente gangrenados. Se realizó en estas condiciones la hemicolectomía derecha con anastomosis término lateral, y la enferma, pese a nuestro pronóstico tremendamente grave del comienzo, evolucionó satisfactoriamente. Posteriormente, esa señora, —y eso no está en la anotación que presentamos en la Sociedad de Cirugía— 3 años después la intervine por una litiasis biliar. Y en esa oportunidad pudimos revisar la anastomosis y el abdomen y las encontramos en perfectas condiciones. Nada más.

**Dr. Dussaut:** A través de los muchos años que he sido cirujano de urgencia, solamente me tocó operar un vólvulo de ciego y colon ascendente. Como pasa a menudo en los servicios de guardia, con elementos auxiliares de diagnóstico precarios, no fue controlada radiológicamente. La operamos con el diagnóstico de apendicitis y nos encontramos con un vólvulo ciego y colon ascendente. Lo devolvulamos, hicimos la colopexia y todo anduvo bien. Pero, averiguando posteriormente los antecedentes de la enferma, consignamos al-

gunos episodios que podían considerarse como signos de volvulaciones frustras, lo que se puede explicar desde que, para que el ciego y colon ascendente se volvulen, es necesario un meso anormalmente largo, génesis de esta complicación. Nada más.

**Dr. Ruben Ardao:** Agradezco a los colegas que han tenido la gentileza de ocuparse del tema. El Dr. Priario indudablemente se ha visto en la obligación de hacer una hemicolectomía ante la necrosis del asa volvulada. Es de recordar que algunos autores preconizan la hemicolectomía aún sin la necrosis como tratamiento curativo definitivo, frente a la posibilidad de fracaso de todo otro tratamiento, de todo otro intento de fijación del ciego en la fosa ilíaca derecha, ya sea la fijación directa por sutura o el despegamiento del peritoneo parietal para promover la adherencia del ciego a la pared posterior. Se ha sorprendido por la evolución favorable de una lesión tan grave. Parece que esas sorpresas son un poco generales, porque leyendo la bibliografía, uno ve que no se le atribuye tan alta mortalidad como debía de esperarse a ese tipo de intervención en esa circunstancia de necrosis del asa volvulada. Y los porcentajes son, relativamente a la gravedad de la lesión, altos en cuanto a curación. La hemicolectomía se ve favorecida por la rapidez debido a la facilidad de maniobras por la falta de acolamiento y de fijación del cecocolon ascendente. En cuanto al Dr. Dussaut debo manifestarle que la confusión de este proceso con la apendicitis también está relatada en comunicaciones uruguayas. Hay algunas comunicaciones, por lo menos dos conozco yo, en que se operaron con diagnóstico de apendicitis, todas ellas sin estudio radiológico previo, por distintas razones, como le ha ocurrido a él. Nada más. Muchas gracias.