

Vólvulo de ciego *

A propósito de un caso

Dr. J. TROSTCHANSKY **

HISTORIA CLÍNICA.— F. M., 41 años de edad.

Motivo de ingreso: Cuadro doloroso de abdomen y detención del tránsito para materias y gases.

Su sufrimiento se inició tres días antes del ingreso, luego de la ingestión de excitobiliares, con un cuadro agudo de vientre caracterizado por dolores cólicos a predominio derecho. Desde la noche anterior al ingreso, dolores cólicos a predominio en hipocondrio izquierdo y distensión abdominal. Detención del tránsito para materias y gases desde hace 48 horas. En la mañana del ingreso, un vómito ácido de escasa cantidad. Sudoración, chuchos de frío y temperatura axilar de 37 grados. Orinas oscuras, halitosis, anorexia en los tres días. Entre sus antecedentes, dispepsia hepatovesicular, cólicos hepáticos, a veces trastornos del tránsito: diarreas.

Examen: Paciente con toque importante del estado general, pálido, subfebril (37 grados), lengua saburral, pulso de 116 por minuto y una presión arterial de 15/10.

El abdomen distendido timpánico, tenso. No hay visceromegalia. Duele la compresión del hipocondrio izquierdo. Al tacto rectal, ampolla libre, Douglas doloroso a derecha. No materias en el guante.

Diagnóstico radiológico: Confirma la pre-nunciación clínica de una oclusión mecánica de delgado bajo, dejándonos una duda en la interpretación de un gran nivel en el hipocondrio izquierdo, que se pensó en colon, pero no supusimos que fuera ciego como luego se confirmó.

Intervención (1º-I-66; Dres. Trostchansky y Piñeyro): Anestesia general. Realizada dos horas después de ingresado. Incisión paramediana paraumbilical derecha. Abierto el peritoneo se confirma la oclusión del delgado que está sumamente distendido. Se comprueba gran balón cecal ocupando el hipocondrio izquierdo a gran tensión. Se desgravita por punción trocar, se amplía la incisión hacia abajo y se exterioriza en ciego y se comprueba que la oclusión es por un vólvulo cecocólico con doble rotación

sobre el eje mesentérico. No existen lesiones intestinales y se decide realizar desvolvulación y pexia debido al mal estado del paciente.

Postoperatorio: Excelente; movilizó el intestino a las 48 horas. Alta al octavo día. Lleva ocho meses de intervenido con buena evolución.

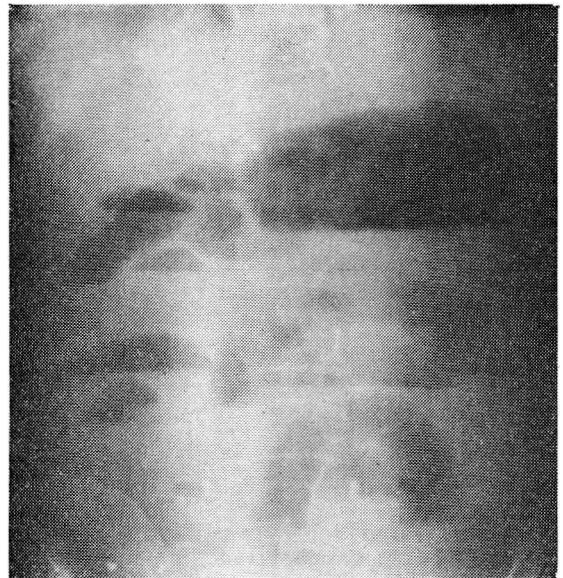


FIG. 1.— Vólvulo cecocólico.

COMENTARIO

Queremos hacer resaltar la importancia del sufrimiento de hipocondrio izquierdo en un cuadro oclusivo y las características radiológicas del gran nivel líquido en hipocondrio izquierdo que confirma un diagnóstico de vólvulo cecal. La conducta tomada en este paciente no podía ser otra, debido al estado general que mantenía el enfermo.

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 1º de junio de 1966.

** Asistente de Cirugía de la Clínica Quirúrgica "F" del Prof. H. Ardão.
Daniel Muñoz 2075. Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

Cuadro oclusivo con los caracteres de una oclusión mecánica de delgado bajo, en el cual toma jerarquía el estudio radiológico ayudando a valorar un diagnóstico de vólvulo y que la intervención lo ha confirmado y donde la conducta fue la desvolvulación y pexia, valorando el estado general y humoral del paciente.

RÉSUMÉ

Syndrome occlusif avec les caractères d'une occlusion mécanique du grêle, où prends hiérarchie l'étude radiologique, aidant à faire le diagnostic de volvulus, qui est confirmé pendant l'intervention. La conduite thérapeutique a été la dévolvulation et fixation, en raison du mauvais état général et humoral du malade.

SUMMARY

A case of mechanical occlusion of the small intestine is reported upon. Attention is drawn to the importance of X-ray survey as a diagnostic aid. Treatment involved devolvulation and pexia, in view of the general and humoral state of the patient.

DISCUSION

Dr. del Campo: Si mal no recuerdo creo que el primero que trató este tema en nuestra Sociedad fui yo. Es de las pocas ocasiones en que el radiólogo puede permitirse el lujo de hacer el diagnóstico total de la situación, es

decir, síndrome oclusivo, localización y causa.

El caso presentado es típico de vólvulo, que nosotros le llamamos de ciego, aun cuando es un vólvulo ileocecal, en donde el desplazamiento de la burbuja gaseosa correspondiente al ciego está ocupada por esas delgadas. No insisto sobre más cosas porque están en los trabajos publicados.

En cuanto a una de las cosas que se ha manifestado, la falla de la fijación cecal, diré que yo soy bastante partidario de hacer en esos casos una apendicostomía, que representa una firme fijación del ciego a la pared abdominal.

Dr. Sierra: En realidad yo debo haber sido afortunado en cuanto a mi experiencia con esta afección, pues en mis años de cirujano, que no son muchos, la he encontrado ya tres veces.

La primera vez no hice diagnóstico preoperatorio, pero las otras dos veces sí, pues el estudio radiográfico simple de abdomen, me mostró las tres veces la misma imagen, que es idéntica a la que nos presenta el Dr. Trostchansky, con ese gran balón en hipocondrio izquierdo, con gran nivel, con ausencia de ciego en F.I.D., y con gases y niveles en íleon.

Por lo tanto, considero que siendo típico el estudio radiológico, como siempre lo es, debió haberse hecho diagnóstico preoperatorio. En cuanto a la conducta operatoria, estoy de acuerdo con la realizada por el colega, que me parece la más atinada.

Dr. Trostchansky: Yo quiero expresar que el paciente no tenía ninguna lesión evidenciable para plantear la posibilidad de realizar en ese momento la resección. Ahora, nosotros no hicimos más de lo que realizamos porque el estado general del paciente no lo permitía; además, las malas condiciones del Hospital Maciel, en ese lugar, el Servicio de Guardia, el material no era suficiente, pero fundamentalmente por el estado del enfermo, que no daba esperanzas de hacer algo más. Le hicimos una pexia. Lo seguimos controlando; hasta ahora lleva seis meses de evolución y está marchando bien. Ya se le planteó al paciente de que si este problema vuelve a presentarse, la conducta va a ser totalmente diferente desde el punto de vista clínico y quirúrgico.