

12. BRAUN: Experimentelle Untersuchungen und Erfahrungen über Leitungsanaesthesie. "Arch. für Clin. Chir.". 1903. Pág. 179.
13. WIEDHOPF: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Periarteriellen Sympathectomie und der Nervenvereisung auf die Gefässe der Extremitäten. "Beiträge zur Klin. Chir.". 1923. Pág. 399.
- 14.) MORTON and SCOTT: Methods of Estimating the Degree of Sympathetic Vasoconstriction in Peripheral Vascular Diseases. "New England Med. Journal". 1931. Pág. 995.

Dolicocolon y colopexia

Por los doctores M. ALBO y R. CAPURRO

El objeto que nos lleva al hacer la presentación de tres casos de dolicocolon izquierdo con constipación muy importante — el primero, constipación de veinte días; el segundo, constipación de ocho días; el tercero, de cuatro días, y operados con éxito con la colapexia derecha, — es el de hacer conocer nuestro concepto sobre el tratamiento de la constipación quirúrgica.

Estos casos, por otra parte, integran un conjunto de 42 casos que hemos operado en el término de ocho meses y que sirven de base para un trabajo de mayor amplitud que haremos conocer más adelante.

He aquí nuestras ideas fundamentales sobre el asunto que, como se verá, discrepan en absoluto con el concepto clásico del obstáculo mecánico que hasta ahora ha dominado la patogenia y la terapéutica de la constipación quirúrgica.

No pretendemos resolver en conjunto el problema de la constipación quirúrgica, eso sería pueril. La solución que proponemos se refiere a un grupo de casos bien importante por cierto, en el conjunto de la constipación, pues se trata de un síndrome de observación muy frecuente.

¿Cuáles son esos constipados que constituyen el objeto de nuestro estudio? El tipo clínico no puede ser más abundante.

Constipados desde la infancia de tres, cuatro días y mucho más — hasta veinte días — en los cuales el síndrome de constipación puede ser puro, pero con frecuencia está asociado a otros síntomas, manifestaciones dolorosas de la fosa ilíaca (etiquetados apendicitis crónica), constipación alternadas con períodos de diarreas (ectasis fecal dere-

cha), manifestaciones dolorosas de hipocondrio derecho (tipo hepático), epigastralgias y dispepsias de diversos tipos (forma gástrica), etc., en fin, todas formas clínicas perfectamente conocidas y descriptas.

Y bien, en esta forma de constipación crónica pura o asociada, existe con particular frecuencia una movilidad anormal del colon ascendente y del ciego, que la radiología constata pero que generalmente, sólo puede apreciarse en su verdadera extensión y carácter por la laparotomía.

Esta anomalía anatómica que es frecuente, la anatomía nos da el 30 % de los casos, acompaña al síndrome de constipación que estudiamos, lo cual no quiere decir que reputemos que todo ptosado sea un constipado (aunque generalmente lo es), pues bien sabemos que la fisiología de un órgano puede ser normal dentro de anomalías anatómicas más o menos considerables.

La pexia del colon ascendente (es lo que hemos observado), con exclusión del ciego basta para regularizar el tránsito cólico viciado. Que no se nos diga que la colopexia es una intervención harto conocida. En la aplicación que de ella hacemos está la novedad. No la hacemos para suprimir obstáculos que no aparecen casi nunca en el examen radiológico, la hacemos con el objeto de infundir al colon un nuevo dinamismo que le permita vencer la constipación. ¿Y por qué, se nos preguntará, la pexia del ascendente modifica tan fundamentalmente el tránsito cólico?

Seguramente, el factor nervioso juega un rol primordial en la modificación del dinamismo cólico trastornado, que para nosotros sería la constipación. ¿Y por qué mecanismo? La ptosis del ascendente al traccionar sobre los plexos nerviosos daría lugar a una inhibición o a una excitación anormal que viciaría el peristaltismo determinando el retardo en la progresión de las materias, y la pexia al suprimir esos factores o creando un nuevo estímulo restablecería el curso normal suprimiendo la constipación.

No lo sabemos, entramos en el terreno de la hipótesis. Pero el hecho debidamente constatado queda en pie: la pexia del ascendente suprime la constipación. La fisiología y la fisiopatología del simpático y del parasimpático abdominal, todavía en ciernes, nos dará algún día la explicación de resultados obtenidos.

Nosotros nos mantenemos en el terreno de la clínica, donde hemos constatado con una constancia que no ha podido menos de asombrarnos, que la pexia del ascendente termina con la ectasis fecal y los hechos en ese sentido son tan demostrativos, que aún en casos de

constipación exagerada, constipación de veinte días en donde aparece un dolicocono izquierdo de vastas proporciones, la pexia derecha vence a esta constipación inveterada.

Véanse los casos siguientes:

1.er caso.—B. B., 32 años. Estreñimiento crónico desde la infancia, la enferma manifiesta que va cada veinte días de cuerpo.

Ingresa al Servicio el 9 de Noviembre de 1932 por crisis dolorosa localizada en flanco derecho, que se irradia a la fosa ilíaca, dolores abdominales acompañados de cefalalgias, sin fiebre, con pulso tenso, regular; lengua húmeda, estado general bueno.

Examen genital: Flujo abundante, amarillo, cuello con orificio transversal con secreción mucopurulenta, útero en antroversión, echado un poco a derecha; anexo derecho del tamaño de una nuez, doloroso; anexo izquierdo chico, indoloro, se siente en el Douglas.

Examen abdomen: Flanco y fosa ilíaca dolorosos, sin defensa.

Examen radioscópico: Con comida opaca ptosis cecocólica marcada con dolor en la región apendicular. A derecha dolicocono sigmoideo ascendente, como puede apreciarse en la radiografía.

Operación, 15 de Noviembre de 1932.—Incisión Max Schuller, prolongada hasta dos dedos del reborde costal. Apéndice enfermo con adherencias, colon ascendente y ángulo hepático libre, con meso de 3 cms. Apendicectomía. Colopexia.

Se incide el peritoneo parietal laterocólico y se reseca una bandeleta peritoneal de 3 cms. de ancho. A continuación, siete puntos de hilo de lino de la bandeleta anterior del colon al lateroperitoneal anterior de la superficie cruenta, en la cual aparece el colon algo rotado hacia afuera.

Cierre de la pared en dos planos. Piel con crin. Post operatorio normal. Es dada de alta a los doce días de operada.

En seguida las defecaciones empiezan a hacerse más frecuentes (cada tres o cuatro días). Al mes la regularización es completa. Va todos los días de cuerpo. El resultado ha persistido hasta la fecha (aquí está la enferma, que puede interrogarse). Apetito excelente, aumentó diez kilos.

No es altamente significativo a favor de nuestro concepto de la constipación, el hecho de que una constipación de veinte días con dolicocono izquierdo haya retrocedido por la pexia del colon ascendente?

La constatación del dolicocono fué posterior a la operación. En el primer examen radioscópico, como la comida opaca había pasado la mitad del transverso, no se constató esa anomalía.

Cuando más tarde después de operada, la radioscopia descubrió el dolicocono izquierdo estando la constipación en vías de franca regresión, comprendimos entonces que los resultados obtenidos sobrepasaban nuestras esperanzas.

2.º caso.—F. S., 26 años. Constipado desde la infancia, hasta 8 días. Tiene a veces períodos de diarrea. Ingresa al Hospital Militar el 7 de Marzo del año corriente.

Desde hace seis meses dolores epigástricos con irradiaciones al flanco y fosa iliaca izquierda.

Ingresa al Servicio por dolores en la fosa iliaca izquierda. Fosa iliaca izquierda a la palpación, no hay defensa. El resto del abdomen libre. Hace veinte días que no va de cuerpo, pero hay expulsión de gas. Se piensa en una sigmoiditis o en un vólvulus parcial del sigmoide. Radioscópicamente se constata un dolico colon izquierdo de vastas proporciones. Se hace la colografía que presento y donde puede apreciarse la importancia de la malformación intestinal.

El informe radiológico del Dr. Mezzera también atestigua la ptosis cecal y la movilidad del colon derecho.

Operación, 8 de Abril.—Incisión paramediana derecha sobre el recto. Colon ascendente y ángulo hepático libres, mesos de 3 cms. Apendicectomía. Apéndice con adherencias. Colopexia, ocho punos de hilo de lino, bandeleta anterior peritoneo parietal espacio laterocólico.

A fines de Abril la regularización del tránsito cólico empieza a producirse, el enfermo va cada dos días de cuerpo. En Mayo se hace completa y persiste hasta ahora.

3.er caso (Enero 9/1933).—E. S. Enferma muy estreñida, pasa hasta cinco días sin ir de cuerpo. El estreñimiento aumenta con la menstruación. Menstruaciones muy dolorosas, duran 5 o 6 días. Por períodos tiene disuria.

Dolor fosa iliaca derecha y epigastrio, ardores de estómago. Estos trastornos se manifiestan desde hace tres años.

Examen radiológico: Ciego excesivamente móvil, ligeramente sensible en su cara interna; apéndice no relleno; última asa dilatada; colitis espasmódica muy marcada con tránsito inicialmente acelerado. Colografía, aparece dolico colon izquierdo muy acentuado.

Operación, Enero 17/1933.—Incisión de 10 cts. paramediana derecha sobre el recto. Colon ascendente y ángulo hepático completamente libres, el mesocolon ascendente es de tres centímetros. Apendicectomía. Colopexia, nueve puntos de hilo de lino de la bandeleta anterior al peritoneo parietal espacio laterocólico. Cierre de la pared en dos planos.

A los veinte días de operada la enferma ha regularizado su tránsito intestinal. Ha sido vista posteriormente en el mes de Junio, la enferma no tiene dolores y la constipación ha cedido por completo.

Dr. Stajano. — Mi criterio se modifica en las operaciones sobre intestino grueso, antes se operaba con un criterio exclusivamente anatómico, era una cirugía artificial. Yo estaba desaminado de los resultados. Esta comunicación me incita a efectuar esa técnica, que se basa en la fijación del colon ascendente. Creo que hay ahí un interesante capítulo a estudiar, al que pienso dedicarme. En lo que se refiere a las cecoplicaturas las considero un desastre como resultado.

Dr. Prat. — En la comunicación de los doctores Albo y Capurro hay un hecho que me llama la atención: en que la fijación del colon derecho cura también una constipación izquierda, yo no me explico

bien ese hecho y creo que hay que buscarle una explicación. Les pediría a los ponentes de hacer radiografías con comida opaca y no con enema baritado, yo creo que el enema opaco modifica un poco el aspecto natural del intestino. Los resultados son tan brillantes, que yo me pregunto si una parte del éxito no está en la destrucción de adherencias y la extirpación del apéndice, yo creo que la apendicectomía esté por algo.

Estos casos son un poco recientes y me agradecería conocer el resultado dentro de un año. Yo temo que la pexia sobre el peritoneo, que nunca es tan fuerte como sobre el psoas, ceda al cabo de un tiempo y la ptosis se reproduzca. Presento mis felicitaciones a los doctores Albo y Capurro por sus brillantes resultados.

Dr. Albo. — Desde hace tiempo estamos empeñados en buscarle una solución a un problema muy serio. Son enfermos en los que el radiólogo dice: "apéndice no se rellena, dolor en el ángulo ileocecal" Se saca el apéndice sin mayor lesión y los enfermos siguen como antes y siguen constipados. Buscamos el medio de quitar el dolor y la constipación. Yo creí que quitando el obstáculo se curaba la constipación. Llegué a hacer la colectomía total con "exitus letalis". Pero es que la constipación no depende sólo de factores anatómicos, sino también de la fisiología del intestino grueso. Todos hemos visto vientres llenos de adherencias por hidatidosis abdominal o peritonitis tuberculosa sin constipación, de manera que hay otros factores que el obstáculo mecánico. La pexia del colon nos ha dado buenos resultados. No creemos que la solución esté solamente ahí, seguramente hay factores nerviosos que entran en juego. No hemos llegado a una conclusión definitiva y será un éxito el día que conozcamos bien los trastornos del simpático. Aquí tenemos la portada de un trabajo que pensamos continuar. Sobre la pexia profunda, debo decir, que es una operación más grave, con riesgo de hematoma y otras complicaciones. Por otra parte, son enfermos a la Glenard, en que todo está caído y si fijamos el ángulo cólico, el hígado al caer de nuevo en la posición vertical puede acentuar ese ángulo por presión y contribuir al obstáculo.

En lo que se refiere a la pexia peritoneal diré que el tejido celular retroperitoneal es lo bastante denso como para producir una fijación fuerte, el doctor Mérola ha insistido sobre las condiciones anatómicas de esa región.