

Vólvulo recidivante del intestino delgado

Por los doctores C. NARIO y A. LOUBEJAC

Observación.—María M. de G., uruguaya, de 34 años, casada, ingresa al Servicio de Puerta del Hospital Pasteur el domingo 30 de Abril de 1933 a las 16 horas con un cuadro doloroso de vientre.

Esta enferma, convaleciente en cama de un proceso febril tífico que la retuvo quince días hospitalizada en el Hospital Maciel, inicia su cuadro de vientre el día anterior, sábado, por un dolor brusco e intensísimo en el epigastrio, seguido de náuseas y chuchos de frío. Al poco rato el dolor se irradia a todo el vientre y toma francamente el tipo de cólico intestinal con tenesmo rectal imperioso. En la tarde de ese día aparecen vómitos biliosos frecuentes y tiene una deposición diarreica con expulsión de gases; se pone paños fríos en el vientre y tiene así momentos de acalmía. Micción sin dificultades; orinas claras.

Al día siguiente, domingo, continúan los dolores abdominales intermitentes y el tenesmo. No ha expulsado gases. Los vómitos han cesado. Resuelve hospitalizarse.

Antecedentes familiares: Sin importancia.

Antecedentes personales: Multigesta: 3 hijos sanos, el último de 12 meses, nacido en la Maternidad. Hace 4 años, un embarazo ectópico operado por el Prof. Turenne en la Maternidad. En amenorrea desde hace un año.

Examen. — Enferma con denutrición extrema, con lengua húmeda, facies demacrado. Temperatura axilar 37"; rectal 37 4/5; pulso 100, pequeño y regular.

Vientre que se mueve ampliamente a la respiración; cicatriz operatoria subumbilical paramediana izquierda, correspondiente a la intervención por embarazo ectópico hace 4 años; en la parte media del vientre inferior se dibuja un asa vertical, sin reptación, y sobre ella marca la enferma el máximum de intensidad del dolor intermitente. A la palpación el vientre es blando y depresible, muy doloroso en el hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, intensamente doloroso a la decompresión. Macidez en hipogastrio y ambas fosas ilíacas: hipersonoridad por encima. Ruidos hidroaéreos de tonalidad metálica en la región periumbilical. No se palpa hígado ni bazo; orificios herniarios libres.

Tacto vaginal: Cuello permeable a la extremidad del índice; útero en retroversión, móvil e indoloro. Fondo de saco izquierdo hay una pequeña masa anexial del tamaño de una nuez, dolorosa. Los otros fondos de saco libres.

Aparato cardiovascular sin particularidades.

Orinas claras, recogidas por sondaje, contienen 0gr.40 de albúmina, acetona, algunos cilindros granulados y algunos pirocitos.

Se hace radioscopia de urgencia que muestra un nivel líquido abdominal.

El cirujano de guardia, dado que el caso permite esperar, resuelve seguir una conducta expectante con suero fisiológico subcutáneo y suero clorurado hipertónico 20 c.c. cada 5 horas.

Mayo 1º, lunes. — Pasó toda la noche con vómitos biliosos; no expulsó materias ni gases; persisten los dolores; reptación evidente a nivel del asa. Lengua seca; facies excavado. Pulso 70; temperatura axilar 37 1/5. Se resuelve intervenir con el diagnóstico de oclusión del delgado por brida.

Operación.—Prof. Clivio Nario; Dr. Roglia (J. L.); Pte. Samonati.—Anestesia

general: éter CO₂. Dr. Loubejac. Incisión subumbilical paramediana derecha a 1 centímetro de la línea media. Abierto el peritoneo se observan asas delgadas distendidas, de color rojo vinoso. Cruzando superficialmente la masa intestinal hay una brida que parte del borde libre de un asa ileal y se dirige hacia arriba, a la izquierda y adelante, a insertarse en la pared abdominal anterior, a nivel de la parte media de la cicatriz de la operación anterior.

Se liga y se secciona la brida. Las asas intestinales permanecen igualmente distendidas, como si la brida no fuera la causa de la oclusión. En el fondo de la pelvis hay asas delgadas de apariencia normal. Ante la posibilidad de encontrarnos frente a un vólvulus del delgado, exploramos — sin eviscerar la masa intestinal — la cara derecha del mesenterio, notándose que la mano pasa al lado izquierdo sin haber alcanzado la fosa iliaca derecha. La exploración de la parte superior del pedículo mesentérico muestra una gran infiltración de su base y un duodeno muy dilatado en sus 2.^a y 3.^a porciones. La disposición de la primera asa yeyunal explica esta última constatación: la primera asa yeyunal, acodada a nivel del ángulo duodeno-yeyunal, se dirige hacia la derecha pasando por encima del pedículo mesentérico. Hay una verdadera oclusión duodenal realizada a la altura del ángulo. Hematomas en la base del mesenterio. El vólvulus del intestino delgado es total, con una torsión mesentérica de 180°, haciéndose de izquierda a derecha, en sentido contrario a las agujas de un reloj.

Se reintegra la primera asa yeyunal a la izquierda del mesenterio y se destuerce toda la masa intestinal de derecha a izquierda, es decir, en el sentido de las agujas de un reloj.

Después de efectuada esta maniobra no se observan movimientos en la masa intestinal. Se practica, en consecuencia, una enterostomía a la Witzel a 50 cms. del ángulo ileo-cecal. Se atrae el epiplón hacia abajo y se pasa el tubo a su través. Cierre de la pared por planos: crines en la piel, una de las cuales fija el tubo de enterostomía.

Terminada la operación, se coloca la enferma en Trendelenburg, produciéndose a los pocos instantes una abundante evacuación, por vómitos, de materias líquidas, amarillentas, de olor fecaloideo.

Abandona la mesa con las siguientes indicaciones: suero clorurado hipertónico 20 c.c. cada 5 horas; suero fisiológico subcutáneo 1 litro; aceite alcanforado.

Post operatorio. — No hay novedades hasta el 4.^o día en que aparece tendencia al colapso, que obliga a hacer medicación tonicárdica enérgica. Hacia el 7.^o día el tubo de enterostomía no drena casi nada: se quita. Hacia los 15 días aparece una pequeña escara de decúbito: la enferma se mantiene subfebril; hay deposiciones espontáneas, se alimenta bien.

Los análisis efectuados en el interín muestran: Reacciones de Wassermann, Kahn y Müller, negativos. Urea en el suero: 0gr.30.

En la mañana de 23 de Mayo. — a los 22 días de operada — hacia la hora 7, después de un post operatorio excelente y habiendo tenido la noche anterior una deposición espontánea y normal, la enferma sintió un brusco y violento dolor en el epigástrico que fué seguido de vómitos tenaces y mucosos.

A las 9 ¹/₂ la vemos con sus vómitos y quejándose de un dolor continuo en el epigástrico. Hay enfriamiento de las extremidades, pulso pequeño y débil, lengua

húmeda y roja. En el vientre se dibuja una gruesa asa inmóvil y dolorosa a la presión profunda, que ocupa el flanco izquierdo, dirigida hacia el ombligo. Un poco más arriba, hacia el epigastrio, se constata una pequeña tumoración dura y dolorosa, del tamaño de un huevo de gallina y que impresiona como un asa estrangulada, palpándose a través de la delgada pared abdominal. **Se resuelve intervenir de inmediato.**

Operación.—Prof. C. Nario. Dr. Loubéjac.—Anestesia local a la novocaína al ½ %; hacia el fin de la intervención, en las maniobras de evisceración, un poco de éter por el Pte. López.

Incisión supraumbilical paramediana izquierda. La incisión operatoria cae sobre una adherencia del epiplón a la pared, correspondiendo al punto donde se palpaba la pequeña tumoración dura. Sale de ese punto abundante pus fétido, resultado quizás de algún absceso residual. Se defiende bien el vientre con compresas y se trata el absceso con éter. La exploración visceral muestra asas delgadas dilatadas y vinosas. — una de las cuales corresponde a la que se dibujaba en la pared, — y una torsión del mesenterio correspondiente a la primera asa yeyunal; esta torsión hace dos vueltas en el sentido de las agujas de un reloj. Se eviscera la porción volvulada y se destuerce el intestino dándole dos vueltas. El intestino toma en seguida una coloración rosada. Hacia la pelvis hay adherencias múltiples de las asas que se dejan para no prolongar la intervención. Cierre de la pared en dos planos.

Indicaciones: Pituosona 1 c.c.; suero clorurado hipertónico 20 c.c. cada 5 horas; ouabaine intramuscular; cafeína; estriquina. La enferma abandona la mesa con estado general muy malo.

Post operatorio. — Al día siguiente el estado general es mejor; se le da un enema purgante.

A los 4 días se abre un flemón de la incisión operatoria. Desde entonces la mejoría es rápida. Hay deposiciones espontáneas y se alimenta bien.

Junio 9. — Estado general excelente; hay un aumento apreciable del peso. Se le hacen 4 miligramos diarios de estriquina. Empieza a levantarse.

Junio 23. — Alta en excelentes condiciones al mes de la segunda intervención.

Consideraciones. — Hemos presentado este caso por algunas características clínicas y terapéuticas que conviene subrayar.

1.º Vólvulus y recidiva de vólvulus. — Es este un capítulo, creemos enteramente nuevo, en materia de oclusión por vólvulus, susceptible de dejarnos un sedimento de sugerencias del mayor interés. Se trata de un caso cuyo carácter culminante es la recidiva por mecanismo aparentemente distinto. En efecto, el primer incidente pudo incriminarse a la brida post operatoria, mientras que en el segundo no había ninguna causa aparente de volvulación. En el primer incidente el vólvulus fué secundario y en el segundo fué primitivo, casi diríamos por insistencia esencial.

Examinemos las dos eventualidades anteriores. La existencia de bridas y de causas primitivas ligadas a la producción del vólvulus no es razón única y suficiente para admitir que solamente ellas puedan explicar esta tendencia a recidivar, porque aún sin el amparo de las

mismas el vólulus se reprodujo. Causas más íntimas, menos visibles y tal vez más eficaces intervengan en este asunto.

La mayoría de los autores que han tratado las torsiones del delgado, están de acuerdo en considerar que en los vólulus llamados secundarios los hechos incriminados como causales son elementos coadyuvantes o pretextos para la volvulación. Las bridas, las anastomosis, las hernias, son antecedentes abdominales de una gran frecuencia actualmente en que la cirugía se ha democratizado; no hay superposición, pues, entre la frecuencia de estos pretextos y la escasez del vólulus. Y frente a esta escasez (y no decimos rareza porque creemos en la frecuencia del vólulus desconocido), no deja de ser sorprendente que en el mismo sujeto, con un intervalo brevísimo, se realice un cuadro de oclusión por mecanismos aparentemente distinto, como si una diátesis volvulante estuviese en la base de esta recidiva. Si invertimos los términos y consideramos el caso como primitivo despreciando la brida como antecedente, desde que nos sirve para comprender el primer accidente pero no la necesitamos para el segundo, tampoco estamos mucho más avanzados en claridad de comprensión.

Dejando de lado la longitud del asa común, la longitud del meso, la brevedad de su inserción parietal, la malformación por ausencia de coalescencia — que aquí no existían, como no existen en mucho de los casos operados o necropsiados — tenemos que recordar los factores dinámicos más admitidos: la distensión brusca o el espasmo, porque no hay otra cosa que incriminar. Pero cuando se medita un poco sobre lo que escriben los demás, se advierte que si fuera cierto esto, correría nuestra raza una suerte parecida a la del caballo, porque a cada instante se realizan estos antecedentes en la vida fisiológica normal del abdomen humano. La distensión regular y el espasmo regularmente espásmo-dico, es decir, realizados fisiológicamente por substractums fisiológicos, no pueden ser elementos capaces de engendrar los hechos que inician una rotación axial del intestino delgado, porque de otro modo la rotación oclusiva sería de una mayor frecuencia en los abdominales normales o patológicos. Lo difícil en materia de torsión no es comprender el vólulus en sí, tal cual como lo vemos en la laparotomía. Lo difícil es comprender cómo un intestino, por el hecho de una distensión o espasmo, se coloca en posición de torsión permanente. La progresión e intensidad del vólulus son secundarias. Si la distensión o el espasmo regular no puede hacernos comprender estos hechos, tal vez los mismos factores dinámicos realizados irregularmente permitan ver con mayor claridad este problema planteado obligado por el caso, más que por el afán de discutir.

Hemos llegado a la convicción de que, para que la volvulación pueda hacerse, son indispensables disposiciones especiales de la arquitectura de las tunicas intestinales, verdaderas anomalías o equivocaciones de ordenación anatómica, de suerte que cuando una contracción o una distensión intestinal se realicen en esos casos, el efecto sea a tendencia volvulante o totalmente volvulante, sin intervención de otros factores cuando éstos no existen, como sucede en los vólvulos primitivos. La anomalía que hasta el momento actual se buscaba en los mesos, — coalescencia, etc., — es decir, fuera del tubo intestinal, de acuerdo con esta manera de encarar el asunto, se trasladaría a la túnica intestinal misma y daría una fórmula más sensata, más comprensible, de esta diátesis volvulante, haciéndola depender de anomalías anatómicas lógicas de admitir cuando se piensa que si la rotación intestinal impone cambios de orientación en los mesos, los impone también, y con mayor razón, en la musculatura lisa de la pared intestinal. La manera de reaccionar del intestino delgado a la distensión experimental nos dice algo muy sugestivo. En efecto, cuando se dilata un intestino delgado de perro por una maniobra de distensión brusca, se observa que mientras en unos casos el asa se inmoviliza y no cambia de posición, en otros, poco frecuentes, la misma experiencia produce en el asa distendida un movimiento de rotación que puede alcanzar 90° y aún más.

En Medicina Veterinaria hay también hechos de la mayor sugestión en este sentido. Hay especies, como el caballo, tan expuestas al vólvulus que, salvo rarezas excepcionales, cuando se produce una oclusión — lo cual es bastante frecuente — casi siempre es por un mecanismo de volvulación como si un factor de fondo y constitucional propiciara este accidente.

En nuestro caso los hechos siguientes son evidentes:

- A) Vólvulus con brida problemáticamente activa en un primer accidente;
- B) Vólvulus espontáneo en un segundo accidente;
- C) Inexistencia de ningún factor llamado congénito y visible (anomalía de meso, intestino o coalescencia);
- D) Reproducción del vólvulus a pocos días de intervalo.

Es muy probable que el intestino de esta persona sea parecido a los intestinos de los animales de experimentación que, frente a un hecho dinámico de distensión, reaccionan en forma volvulante, no por la esencia misma del fenómeno, sino porque la disposición parietal de la túnica realizadora de los movimientos reacciona en forma siem-

pre irregular y desarmónica. Sería como si cambiáramos las inserciones distales de un músculo determinado. La intención del movimiento se vería siempre desvirtuada por la anomalía de la disposición anatómica y el efecto podría ser paradójico y hasta agresivo para el propio individuo en quien realizáramos con travesura quirúrgica esta experiencia.

El carácter recidivante del mal en nuestra enferma parecería estar muy cómodo con estas sugerencias. Si ellas fueran exactas se comprende también la poca lógica que preside las fijaciones del mesenterio o del intestino, hasta que nuevos estudios nos demuestren cuándo, cómo y por qué deben o pueden realizarse o rechazarse.

2.º Oclusión duodenal y vólvulus. — En nuestro caso hemos podido hacer dos constataciones referentes a la concomitancia de la intervención del duodeno como elemento integrante del cuadro anatómico-clínico.

En primer término, pudimos establecer con toda precisión que el duodeno en su segunda y tercera porciones estaba considerablemente dilatado y la exactitud de una de las conclusiones del primer trabajo sobre vólvulus axial del mesenterio de uno de nosotros, en la cual señalábamos la necesidad de rectificar los datos clásicos, haciendo ascender el límite superior de este tipo de vólvulus, que en muchos casos debían ser considerados como duodeno-yeyuno-ileales.

En segundo término, pudimos prever la aparición en el post operatorio de vómitos de contenido intestinal, que por un reflujo duodeno-gástrico harían correr serio riesgo a la enferma por inoculación y encharcamiento bronquial. Este reflujo era lógico atribuirlo al hecho de que la supresión del vólvulus suprimía al mismo tiempo el dique que limitaba la parte alta de la oclusión y a la regurgitación del contenido intestinal en el estómago. La posibilidad de este accidente conduce, según nuestro modo de pensar, a tomar medidas tendientes a evitar la penetración de ese vómito en las vías respiratorias cuando el enfermo, anestesiado aún, está privado de reflejos de defensa. La mejor manera de llenar esta indicación es realizar de inmediato — y antes de suprimir la anestesia — un tubaje gástrico con el fin de desagotar el estómago que recién en ese momento se llena de contenido séptico y tóxico. En nuestro caso no pudimos hacer esa maniobra complementaria que consideramos superior a la punción duodenal profiláctica, maniobra que habíamos propuesto en el trabajo anteriormente citado. Cuando nos disponíamos a hacer el tubaje, sobrevinieron vómitos fecaloideos, como un reproche a nuestra demora. En tal caso realizamos la posición de

Trendelemburg, que consideramos que es lo mejor que puede hacer el cirujano en esta eventualidad desagradable.

Creemos que en todos los casos de vólvulus totales conviene conocer la realidad de estos incidentes y ponerse a cubierto de complicaciones adoptando la maniobra del drenaje profiláctico post operatorio inmediato, asociada o no a la posición de Trendelemburg.

3.º Evisceración y vólvulus. — Con este subtítulo en un trabajo que publicara uno de nosotros en la "Revista Médica Latino-Americana" (1928), de Buenos Aires, insistíamos en la necesidad de apartar las enseñanzas clásicas para el reconccimiento y terapéutica del vólvulus en el acto operatorio por considerarlas ineficaces, ilusorias e inaplicables en la práctica. Se trataba, en efecto, de artificios que habían salido en general del vientre del cadáver, estéril en enseñanzas en estos casos, y no del vientre del vivo, fecundo en sugerencias y realidades. En cambio, considerábamos entonces que era fácil proceder a la solución correcta del caso utilizando otros datos más seguros que indicábamos en esa eventualidad.

No tenemos nada que agregar a lo que entonces establecíamos y que no repetimos para no cansar vuestra atención.

El caso que presentamos permitió ver y hacer ver con toda claridad a las personas que presenciaban la operación, lo fácil que es reconocer y tratar un vólvulus de esta naturaleza siguiendo los preceptos a que nos referimos.

Dr. Stajano. — Felicito al doctor Nario y quiero llamar la atención sobre un detalle. Me refiero al tenesmo rectal que la enferma tenía el día anterior. Durante mucho tiempo creímos que el tenesmo rectal equivalía a irritación del Douglas, hoy estoy convencido que es un síntoma que acompaña a fenómenos de distensión de trompas u ovarios, representando una irradiación dolorosa de las partes bajas de la pelvis. Hay que hacer notar que es un síntoma que se agota, que no dura indefinidamente.

Dr. Prat. — Son casos raros, yo no he visto ninguno en mi búsqueda bibliográfica bastante completa. El doctor Nario habla del temor de la inundación brónquica. Cuando el doctor Pérez Fontana trató el lavaje retrógrado en la oclusión intestinal se le reprochó el inconveniente de la inundación brónquica y experiencias hechas por este cirujano y el doctor D. Benatti, demostraron que una sonda gástrica daba cuenta de este inconveniente. Creo, pues, que siempre que haya el temor de la inundación brónquica se debe recurrir a este expediente.