

## ***Neoplasma de sigmoides. Oclusión cerrada de colon. Colectomía total. Ileosigmoidostomía***

Dres. MILTON E. MAZZA, JOSE TROTSCHANSKY  
y GUNTER MÜLLER \*

Presentamos una observación de neoplasma de sigmoides, complicado de oclusión cerrada de colon, con lesiones necróticas del colon derecho, que determinaron la realización en urgencia de una colectomía total seguida de ileosigmoidostomía, con buen resultado inmediato.

### **CASO CLINICO**

M. M., sexo femenino, 26 años, procedente de Montevideo.

Hospital de Clínicas. Nº de R. 332926.

Ingresa al Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas el 30 de julio de 1972 a la hora 21, por dolor abdominal y vómitos. Es una enferma oligofrénica de interrogatorio muy difícil. Al parecer desde hace 3 días tiene dolor abdominal difuso y

desde hace 24 horas vómitos y detención de la expulsión de gases. No moviliza el intestino desde hace 4 días.

Es imposible conocer antecedentes inmediatos y alejados del cuadro actual.

Al examen se constata una paciente en mal estado general, deshidratada, con fuliginosidades labiales. Piel y mucosas algo pálidas. Apirética. Taquicardia de 100 p.m.

Abdomen: Distensión importante. Dolor discreto a la palpación. No hay contractura. No se auscultan ruidos hidroaéreos. Hipersonoridad difusa. Tacto rectal: No hay materias en la ampolla. No se tactan tumoraciones.

La Rx. simple de abdomen (Fig. 1) mostró gran distensión del marco cólico. Ausencia de gas en delgado. Opacidad difusa de la pelvis. Ausencia de neumoperitoneo.

Se hizo diagnóstico de íleo paralítico secundario a trastornos metabólicos de causa indeterminada y se indicó tratamiento de reposición hidroelectrolítica y antibióticos.

Doce horas después la situación se había agravado. El dolor abdominal era más intenso, existía reacción

---

Trabajo del Dpto. de Emergencia del Hospital de Clínicas. Montevideo, y de la Clínica Quirúrgica "A".

\* Asistente de Clínica Quirúrgica. Asistente del Dpto. de Emergencia. Médico Auxiliar.

Presentado el 25 de julio de 1973.

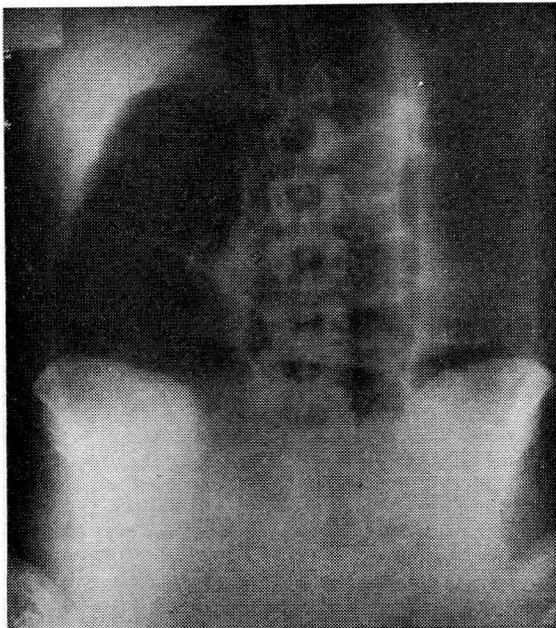


Fig. 1

peritoneal, lo que llevó a la realización de una laparotomía exploradora.

**Protocolo operatorio:** 31 de julio de 1972. Hora 11. Cirujanos: Dres. Mazza y Trostchansky. Anestesia general: Dr. Peri.

Laparotomía mediana infra y parcialmente supraumbilical. Líquido c trino en peritoneo. Enorme distensión del colon. Carcinoma en virola del sigmoides, libre, sin adenopatías mesiales. Hígado sin metástasis.

Todo el colon derecho hasta la mitad izquierda del transverso presenta lesiones isquémicas irreversibles con pared apergaminada de color verde-amarillento. No hay perforación parietal.

**Conducta:** Colectomía total incluyendo última asa ileal que estaba algo distendida. El límite distal de la resección colónica pasó a 15 cms. del tumor, en la vecindad del rectosigmoides. No se ligó la arteria hemorroidal superior. Anastomosis terminoterminal en dos planos a puntos separados de lino. Cierre sin drenaje.

**Evolución:** Los primeros días sin incidentes. Posteriormente instala vómitos reiterados y dificultad en el tránsito intestinal constituyendo episodios de tipo suboclusvo que motivan una reintervención el 15 de agosto de 1972 (Dres. Mazza y Müller). Se reabre la incisión anterior y se drenan dos abscesos: uno del Douglas de unos 1.000 cc. y otro de 100 cc. de la gotera parietocólica. Liberación de intensa peritonitis plástica adherencial.

En adelante la evolución es totalmente satisfactoria.

Alta el 21 de setiembre de 1972. La indocilidad de la paciente impidió realizar un estudio radiológico de control.

## COMENTARIO

En suma: Oclusión cerrada de colon secundaria a neoplasma de sigmoides, con lesiones isquémicas irreversibles de todo el colon derecho. Consideramos que la conducta adoptada fue la más adecuada. En efecto, la resección primaria seguida de anastomosis inmediata no agrava mayormente el riesgo operatorio al tiempo que elimina radicalmente las lesiones. Conductas más conservadoras pueden ser más graves en definitiva.

Si bien la resección en urgencia puede no ser estrictamente oncológica, este aspecto se obscurece frente a la magnitud lesional.

En conclusión: Coincidiendo con varios autores nacionales (1, 2, 3, 4, 5), estimamos que frente a lesiones isquémicas de un gran sector del colon derecho en la oclusión por neoplasmas izquierdos, la colectomía total o subtotal seguida de anastomosis inmediata es la mejor solución.

## RESUMEN

Se presenta un caso de neoplasma de sigmoide visto en oclusión cerrada con lesiones isquémicas irreversibles del colon derecho, sometido a colectomía total e ileosigmoidostomía, que a juicio de los autores es la mejor solución en esa situación.

## RÉSUMÉ

On présente un cas de néoplasme sigmoïde vu en occlusion fermée avec des lésions ischémiques irréversibles du côlon droit, soumis à la colectomie totale et à la iléosigmoïdostomie, ce qui est, à l'avis des auteurs la meilleure solution dans ces cas.

## SUMMARY

A case of sigmoid neoplasm seen in closed occlusion with non reversible (ischemic) injuries of the right colon is reported. Treated with a total (colectomy) and ileosigmoidostomy, that is in opinion of the authors the best solution in this case.

## BIBLIOGRAFIA

1. BARQUET, A. y KAMAID, E. Cirugía colónica en emergencia. *Cir. Urug.*, 40: 120, 1970.
2. DELGADO, B. La resección primaria en el cáncer de colon complicado. *Cir. Urug.*, 40: 104, 1970.
3. PERTUSSO, J. C. Cirugía de urgencia del colon (relato). *Cir. Urug.*, 40: 469, 1970.
4. PRADERI, R. Resección primaria y anastomosis en las oclusiones agudas por cáncer de colon izquierdo. *Cir. Urug.*, 37: 123, 1967.
5. PRADERI, R. Resección primaria del cáncer de colon en agudo. Técnica y resultados. *Cir. Urug.*, 40:108, 1970.