

Vólvulo de colon derecho *

A propósito de tres observaciones

Dres. OMAR ALIANO, JUAN SOTO, FEDERICO NUSSPAUMER
y WOLFGANG GOLLER *

INTRODUCCION

El vólvulo de colon derecho (V.C.D.) es un episodio agudo, grave, de la patología abdominal de urgencia.

Planteado así el problema, se excluyen situaciones como las plegaduras cecales, pero sin desconocer por ello, su importancia y su relación con el vólvulo verdadero.

El V.C.D. por definición, es la "estrangulación rotatoria" de una víscera (Mondor) o mejor, "la torsión de una víscera sobre su meso, en grado suficiente para ocluir total o parcialmente los vasos sanguíneos que pasan por él" (Welch). Del grado de torsión y por ende, del compromiso luminal vascular, depende el grado de compromiso visceral que puede ir desde la simple congestión, totalmente reversible con la supresión del obstáculo vascular, a la necrosis total de instalación más o menos rápida obviamente irreversible.

Presentamos a continuación tres casos, expresivos de la importancia y gravedad del problema, y de la urgencia del diagnóstico correcto.

Caso I.—J. L. 27 años, sexo masculino. Sin antecedentes patológicos.

Ingresa por cuadro doloroso abdominal de comienzo agudo, brutal, postprandial, en que el dolor inicialmente cólico y predominando en región umbilical, se hace continuo y progresivamente difuso. Vomitó lo ingerido.

Visto en Sala a la mañana siguiente, aproximadamente 12 horas después, detención del tránsito intestinal.

Examen: Buen estado general. Temperatura 38°C.

Abdomen: Sin deformación ni reptación ostensible. Contractura generalizada; dolor difuso. Hipersonoridad generalizada.

Resto del examen clínico normal.

Rx. simple de abdomen (de pie y acostado) (Figuras 1 y 2). Se observa una sola asa cólica dilatada, con doble nivel líquido ocupando E. e H.I.

Ausencia de gases por debajo: oclusión mecánica.

Vacuidad de la FID.

Discreta distensión de asas delgadas que en la Rx. de pie ocupan la FID.

La existencia de esa gran asa cólica dilatada plantea los diagnósticos de vólvulo de sigmoide o de colon

derecho, teniendo a favor de este último, la ausencia de distensión del colon proximal, pero de cualquier forma, el color por enema (fig. 3) al mostrarnos un relleno de todo el colon hasta el sector derecho del transversal, que a su vez está traccionado hacia abajo y adentro, explicando su disposición vertical y mediana, aclara definitivamente el diagnóstico.

De la Rx. simple podemos extraer además, la presunción de una perforación inminente, por la delgadez parietal y la ausencia de aústras colónicas (4).

Hallazgos operatorios: Vólvulo ileocecolónico, que afecta por lo tanto, el ileon distal, el ciego y el colon ascendente y el ángulo derecho, con una torsión que ha seguido seguramente, el sentido de las agujas del reloj. Necrosis total del sector comprometido, que afectado de una gran distensión ocupa casi todo el abdomen, llegando a contactar con el diafragma izquierdo y que rápidamente comienza a desgarrarse, obligando a efectuar punción decompresiva. Abundante exudado sanguinolento fétido.

Procedimiento operatorio: Sin devolvular el sector comprometido, se clampea el ileon y el colon transversal, resecaando el asa volvulada (hemicolectomía derecha). La restitución del tránsito se hace por ileotransversostomía laterolateral isoperistáltica, cerrando los dos cabos según técnica de Moynihan.

Postoperatorio: Evolución sin incidentes de importancia. Reinterrogado a posteriori, el paciente niega haber presentado crisis dolorosas abdominales previas ("vólvulo crónico").

Caso II.—M. V. 68 años, sexo femenino.

Ingresa por dolor abdominal, fiebre y vómitos.

Comienza 3 días antes con dolor epigástrico irradiado a ambos hipocondrios, luego de una copiosa ingesta, acompañado de vómitos de alimentos y luego biliosos y fiebre.

A.P. Dispepsia hepatovesicular de larga data; litiasis vesicular radiológicamente diagnosticada.

Abdomen: No hay deformación; silencio abdominal. A la palpación, dolor en todo hemivientre superior.

Con diagnóstico de colecistopancreatitis, se la somete a tratamiento médico con lo cual mejora el estado general, cesan los vómitos y se atenúa el dolor, pero al día siguiente, el estado general desmejora, a la vez que el examen abdominal revela una mayor distensión y una contractura del hemivientre derecho.

Rx. simple de abdomen (de pie y acostada). (Figuras 4 y 5). Gran neumoperitoneo, como suele verse principalmente en las perforaciones de colon, muy evidente debajo del diafragma derecho. En la Rx. acostada, se observa una gran imagen gaseosa que ocupa la región centro abdominal, que por su volumen se considera de origen colónico.

Hallazgos operatorios: Neumoperitoneo a tensión. V.C.D. de 180°, en sentido horario. Ciego perforado en su borde externo, adherido al peritoneo parietal ante-

* Adjuntos Clínica Quirúrgica. Asistente Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo. Hosp. Pasteur.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Suiffet. Presentado el 3 de octubre de 1973.

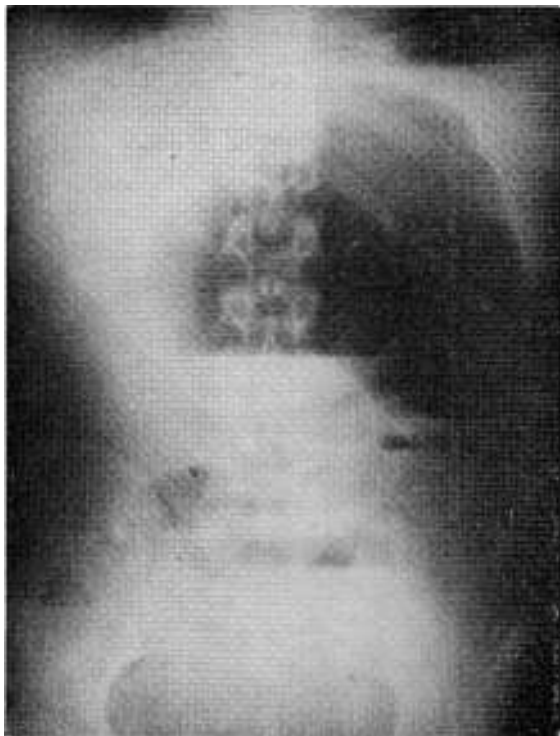


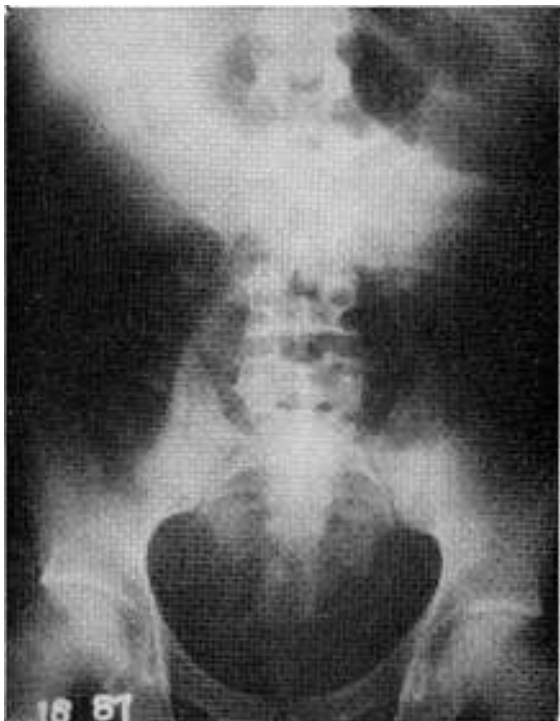
FIG. 1



FIG. 3



FIG. 3a



rior, cubierto por epiplón, que al ser liberado revela una perforación longitudinal más extensa, que da salida a abundantes materias líquidas. Vesícula litíásica sin elementos inflamatorios ni obstructivos.

Procedimiento operatorio: Resección de última asa ileal, ciego y parte del ascendente. Abocamiento cutáneo del ileon y del ascendente. Drenaje del Douglas y de la gotera parietocólica derecha.

Postoperatorio: Muy grave, gravado sobre todo por una importante infección parietal, pero de lo cual se recupera progresivamente, hasta ser dada de alta en buenas condiciones, con una ileostomía que funciona bien.

Caso III.—C. D. 73 años, sexo femenino.

Paciente a quien un año y medio antes se practicara una colostomía transversa derecha por cáncer de sigmoide, que luego de un episodio de diarreas profusas, presenta una detención brusca del tránsito intestinal para materias y gases, de 48 horas de evolución,



FIG. 4



FIG. 5

acompañada de intensos dolores cólicos a predominio centroabdominal, distensión abdominal progresiva y escasos vómitos iniciales.

Examen: Muy mal estado general; desaparición completa del panículo adiposo, fundición de masas musculares. Moderada deshidratación.

Abdomen: Distensión asimétrica a expensas de una tumefacción redondeada que ocupa la región periumbilical; colostomía s/p. A la palpación se comprueba una tensión especial a ese nivel, que corresponde a una zona de neta hipersonoridad.

Rx. simple de abdomen (de pie y acostada). (Fig. 6). Imagen correspondiente a una gran asa cólica distendida, con doble nivel horizontal, y desaparición de las incisuras parietales. En FID imagen gaseosa de difícil interpretación, pero que luego de una correcta observación, puede concluirse que corresponde a varias asas delgadas superpuestas. Distensión gástrica. Como puede verse, este estudio es muy similar al del primer caso. La Rx. en decúbito carece de interés.



FIG. 6

Se destaca la ausencia de neumoperitoneo.

Diagnóstico: Clínica y radiológicamente se hace diagnóstico de V.C.D., por las características del cuadro clínico, en que el examen muestra un claro signo de Von Wahl, en una paciente en quien se descarta el vólvulo de sigmoide, por tener un colon patológico y detransitado todo lo cual es confirmado por la Rx.

Hallazgos operatorios: Vólvulo de cecoascendente, en sentido horario, perforado a nivel del ciego; perforación bloqueada sin contaminación peritoneal. Lesiones irreversibles del sector comprometido.

Procedimiento operatorio: Resección atípica limitada al ciego y parte próxima del ascendente, estrictamente dirigida a solucionar la necrosis, impuesta por la presencia de la colostomía y de las lesiones del colon distal. Drenaje del ileon transanastomótico que se exterioriza por la colostomía.

COMENTARIO

El clásicamente llamado "vólvulo de ciego", denominación que debe ser sustituida por la más general de V.C.D. parece haber sido descrito por primera vez por Rokitansky en 1841. En 1898 von Manteuffel (5) hizo la primera descripción completa del cuadro, y sin contar con el valioso aporte de la radiología, pudo distinguir tres variedades:

- 1) Basculación alrededor de un eje transversal.
- 2) Basculación sobre eje oblicuo de arriba abajo y de derecha a izquierda.
- 3) Rotación y torsión alrededor de un eje longitudinal.

Tal descripción constituye en realidad, la primera clasificación de los V.C.D. y conserva aun hoy, gran validez.

En forma complementaria cabe señalar que Roux en 1887 (7) estableció el diagnóstico de vólvulo de sigmoide en base a un signo que preconizaría von Wahl y que lleva su nombre, signo válido también para el V.C.D.: el meteorismo asimétrico.

En nuestro país debe mencionarse que en 1933, Larghero hizo el primer diagnóstico radiológico (1, 6).

CLINICA

El V.C.D. menos frecuente que el sigmoideo (1 a 5) afecta predominantemente a personas jóvenes [40 % según Jacobson (5)], sobre todo del sexo masculino.

La mayor frecuencia en países escandinavos estaría fundamentalmente en relación con la dieta.



FIG. 7

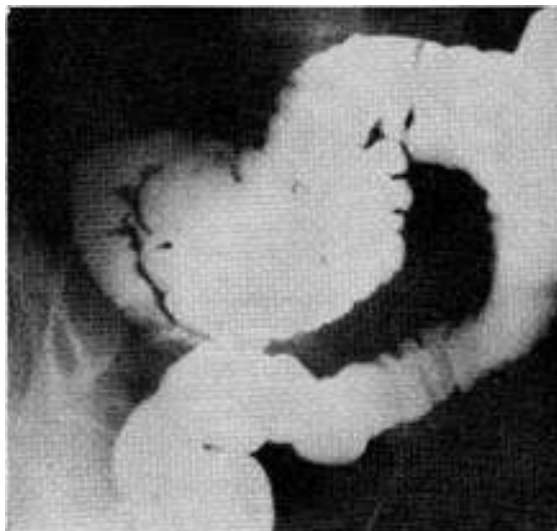


FIG. 8

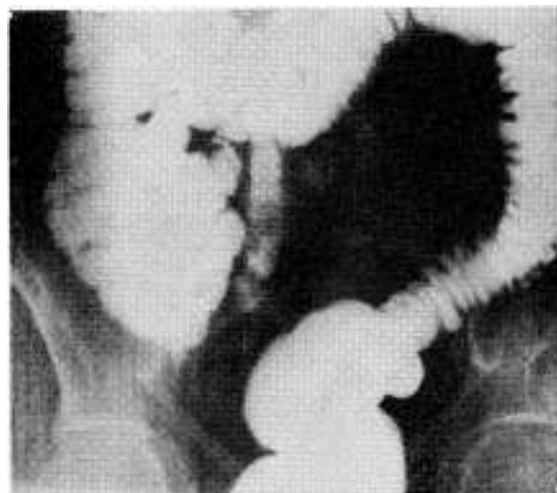


FIG. 9

Es frecuente el antecedente de crisis dolorosas o suboclusivas; "torsión habitual de ciego móvil", "vólvulo crónico", han sido denominaciones dadas por los distintos autores (5). Su realidad nos la confirma el siguiente estudio radiológico pre y postoperatorio (figs. 7, 8 y 9), correspondiente a un paciente con múltiples episodios dolorosos abdominales pasajeros, en el cual puede observarse la disposición anormal del ciego, sorprendida durante uno de esos episodios, y su corrección quirúrgica.

El síntoma más constante es el dolor, que ha sido descrito como violento, pungitivo, casi nunca iliaco derecho, sino umbilical, periumbilical o subhepático. Se dice que puede desaparecer más o menos rápidamente pero que siempre reaparece, sea con carácter cólico o continuo.

La detención del tránsito intestinal es casi siempre absoluta pero puede ser difícil de evi-

denciar si la intensidad del dolor obliga a consultar precozmente.

Los vómitos, frecuentes para unos, inconstantes para otros, son inicialmente de mecanismo reflejo. Secundaria y tardíamente obedecen a la oclusión del delgado. No es frecuente la hemorragia intestinal.

Desde el punto de vista físico, el signo de von Wahl es uno de los elementos más preciosos y según Guibé (5, 8) "sería la forma de oclusión en que este signo se presenta con mayor evidencia".

Un asa volvulada produce un meteorismo localizado que se traduce por los tres métodos semiológicos clásicos: inspección, palpación y percusión. O sea: saliente asimétrico, inerte, inmóvil, que a la palpación da una sensación de cilindro renitente, con un timpanismo particular, también localizado. Con la evolución, este signo desaparece sea al producirse la perforación o por agregarse la distensión del delgado proximal.

RADIOLOGÍA

Es el principal método diagnóstico, sea en forma de radiología simple, o contrastada, como complemento de aquella.

En la primera el elemento saliente es la existencia de una gran asa intestinal dilatada, que puede adoptar una disposición horizontal, en epigástrico o HI, o vertical, en flanco izquierdo. Más raramente es subhepática y excepcionalmente pelviana. Su identificación topográfica se hace además por otros elementos como la vacuidad de la FID, la ausencia de colon proximal distendido, la disposición oblicua de las incisuras horizontales cuando aun son evidenciables.

Cuando hay distensión de asas delgadas, se ve que algunas ocupan la FID y que no se disponen de abajo arriba y de derecha a izquierda, sino con una "topografía dislocada", como lo llama Del Campo.

A la Rx. contrastada (colon por enema) no debemos pedirle más que el dato topográfico, pero cabe agregar que el sitio donde se detiene la columna baritada dibuja una imagen redondeada o cupuliforme, que "por su extensión y regularidad, difieren netamente de la del neoplasma" (4).

PATOLOGÍA

La no coalescencia parietal posterior del cecocolon ascendente que normalmente se completa alrededor del 4º mes de vida extrauterina, es condición anatómica indispensable para la producción de vólvulo. Se citan como factores adicionales, la existencia de bridas o acodaduras a nivel del colon ascendente o del ángulo derecho, e incluso una hiperfijación de la parte derecha del transverso y del ángulo, verdadera escuadra fija del ángulo hepático, cuyo vértice está inmovilizado por el fuerte ligamento renocólico derecho (3).

De la extensión de esa falla depende a su vez, la extensión del sector factible de participar en el vólvulo.

En base a ello se distinguen las siguientes variedades:

1. — Plicatura cecal o ceco-cólica simple, también llamada vólvulo a eje transversal, que para muchos debe excluirse del capítulo de los vólvulos, pero que citamos para recalcar su importancia en el mecanismo de los mismos (Figs. 10 y 11), y que en realidad puede considerarse como etapas iniciales y preparatorias.

2. — Vólvulo a eje oblicuo, que puede hacerse con o sin participación del ileon (Figs. 12, 13 y 14). Su mecanismo se cumpliría en 2 etapas: a) el ciego bascula hacia arriba como "una campana echada a vuelo" y b) el pivote de la báscula serviría a la vez de eje de torsión; el ileon y el mesenterio son arrastrados y con éste, el paquete de asas delgadas que pasan a ocupar la FID.

3. — Vólvulo ileo-colónico o del asa umbilical, que también tiene eje oblicuo, pero

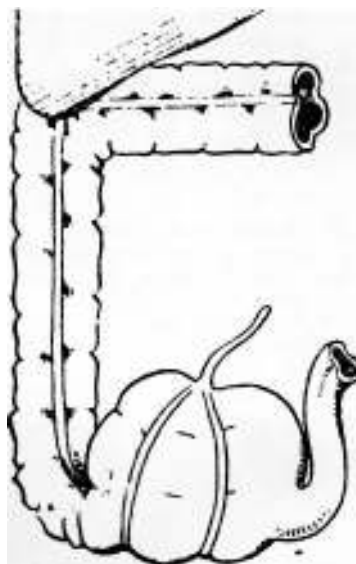


FIG. 10.—Plicatura cecocólica simple.

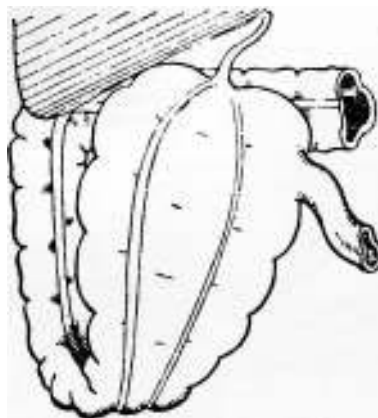


FIG. 11.—Con elevación del fondo del ciego.

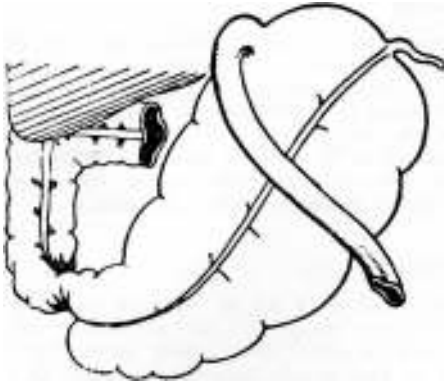


FIG. 12.— Vólvulo según el eje oblicuo, sin participación del intestino delgado.

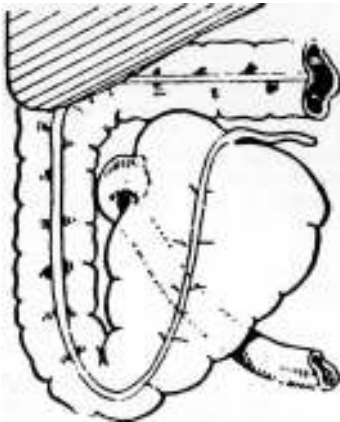


FIG. 13.— La misma, con inversión del ileon.

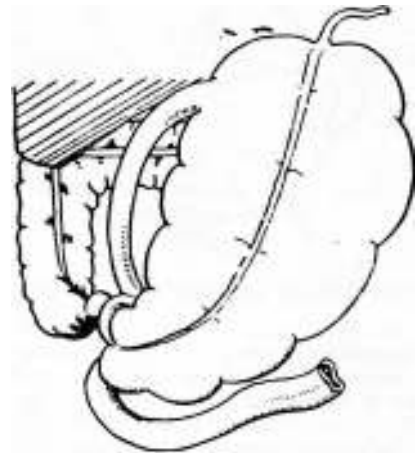


FIG. 14.— Vólvulo según el eje oblicuo, con participación del intestino delgado.

que se produce cuando la falta de coalescencia se extiende más allá del ángulo derecho, y toda el "asa umbilical primitiva" gira sobre el eje mesenteromesocolónico (Fig. 15). En este caso hay doble estrangulación, colónica e ileal.

4. — La variedad más rara es el vólvulo a eje longitudinal, cuya producción evige además, la existencia de una fijación inferior del ciego por lesiones en general adquiridas (bridas relacionadas con el apéndice o con los anexos en la mujer) (Fig. 16).

En cuanto al mecanismo del vólvulo, parecería que la continencia de la válvula ileocecal es elemento capital para que se produzca la distensión progresiva e irreversible del ciego, primer paso para su rotación. El brusco atrapamiento de una gran masa hidrogaseosa entre la válvula y un obstáculo o punto fijo, estando las condiciones predisponentes citadas, más una dinámica especial que solo puede darse en vida, completarían el mecanismo del vólvulo.

En nuestros casos, el primero corresponde a un vólvulo ileo-ceco-colónico o del asa umbilical primitiva, con rápida evolución a la necrosis. Cabe señalar que en ésta participa no solo el obstáculo vascular inicial sino la que se agrega por la distensión progresiva del sector comprometido.

Si bien no puede hablarse de diagnóstico precoz, pues se hizo recién a las 12 horas, el estado lesional obligó a una terapéutica de excéresis. Aunque algunos autores recomiendan aun para lesiones reversibles tal terapia, parece más generalizada la opinión de que en esos casos debe adoptarse una conducta más conservadora: devolvulación complementada con fijación del ciego (cecopexia) al peritoneo posterior, y mediante la cecostomía que permite además, degravitar el asa.

El segundo plantea evidentemente problemas distintos, sobre todo desde el punto de

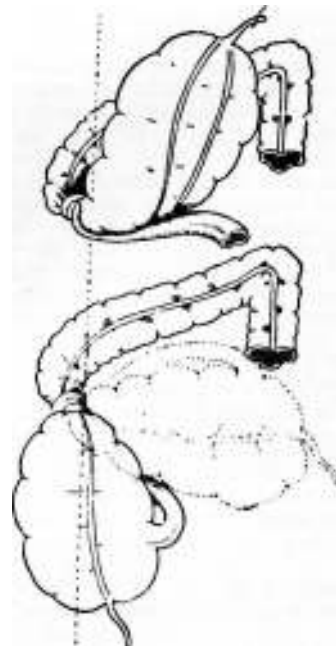


FIG. 15.— Vólvulo ileocecólico, que interesa también el ángulo derecho móvil. (Según Courty).

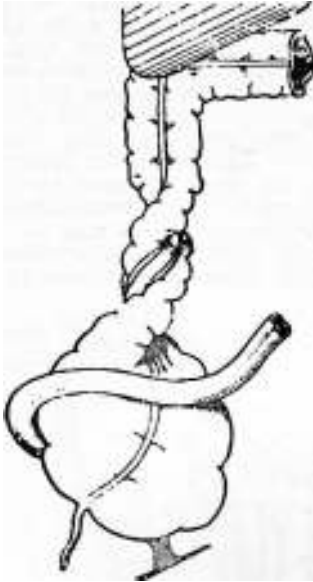


FIG. 16.—Vólvulo siguiendo el eje longitudinal.

vista diagnóstico, pues la topografía del dolor en una enferma con antecedentes de sufrimiento biliar y una litiasis demostrada, indujeron a error cuyas consecuencias desfavorables se vieron incrementadas por una aparente mejoría, la que a su vez, se vió desvirtuada al surgir complicaciones tan graves. Ello, en una enferma con taras generales previas, condicionó una terapéutica similar en cuanto a la excéresis, pero con distintas solución para la restitución del tránsito. Solución ésta discutible, pero impuesta por las condiciones locales y generales. Como quedó dicho, luego de un accedentado postoperatorio, la paciente evolucionó bien, y ha llegado a adaptarse a la ileostomía que funciona bien, por lo que se considera definitiva en ella.

El tercer caso es tal vez, el más demostrativo de las características que hemos señalado: a) reúne todos los caracteres clínicos, destacando un muy evidente signo de von Wahl; b) un precioso estudio radiológico ampliamente confirmatorio de la impresión clínica y c) hallazgos operatorios que refrendan el enunciado inicial, la alta gravedad del cuadro.

También en este caso, como es norma general en cirugía de urgencia, la técnica debió adaptarse a las condiciones generales y a los hallazgos operatorios, complicados por el cuadro lesional previo y su parcial solución terapéutica.

RESUMEN

Se presentan 3 casos de vólvulo de colon derecho en base a los cuales se analizan los principales elementos clínicos, resaltando la importancia del diagnóstico precoz y destacando la enorme importancia del estudio radiológico.

Se describen los distintos tipos de vólvulo de colon derecho para clasificar cada uno de los casos y se hacen breves consideraciones terapéuticas.

RÉSUMÉ

Présentation de 3 cas de volvulus du côlon droit qui permirent d'analyser les principaux éléments cliniques, d'où ressort l'importance du diagnostic précoce et la plus grande importance encore de l'étude radiologique.

Description des divers types de volvulus du côlon droit qui permet de classer chacun des cas présentés et brèves considérations thérapeutiques.

SUMMARY

In describing a series of three cases of right colonic volvulus, authors outlines main clinical elements with stress of early diagnosis and on the enormous importance of ray studies.

The varios types of right colonic volvulus are described and classified with description of therapy for such cases.

BIBLIOGRAFIA

1. COSCO MONTALDO, H. Vólvulo de ciego. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 25: 7, 1954.
2. DEL CAMPO, J. C. Vólvulo de ciego. Su expresión radiológica. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 14: 480, 1943.
3. LARGHERO IBARZ, P. Vólvulo de ceco-colon ascendente. *Arch. Urug. de Med. Cir. y Espec.*, 14: 480, 1949.
4. MONDOR, H., PORCHER, P. and OLIVER, C. Radio-diagnostics urgents. Pág. 230. *Masson*, Paris 1943.
5. MONDOR, H. *Diagnostics urgents. Masson*. Paris, 1390.
6. MICHANS, J. R. y Col. *Patología Quirúrgica*. Tomo III, pág. 987. Buenos Aires, 1962.
7. PATEL, J. *Pathologie chirurgicale. Masson*. Paris, 1953.
8. PIQUINELA, J. A. Vólvulo de ciego. Los vólvulos de colon derecho. *An. F. de Med.*, Vol. 37. Nos. 1 y 2, 1952.
9. SUIFFET, W. Vólvulo de ciego. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 25: 147, 1954.
10. TROSTCHANSKY, J. Vólvulo de ciego. A propósito de un caso. *Rev. Cir. Urug.* Vol. 37, Nº 3-4, 1967.