

VOLVULO RECIDIVANTE DEL INTESTINO DELGADO

Dr. Armando M. Loubejac

En el año 1933, con el profesor Nario, quien tuvo la amabilidad de asociarme a un trabajo cuyo mérito a él le corresponde por entero, presentamos a esta Sociedad una observación con el mismo título que encabeza la presente comunicación.

Se trataba de una señora de 34 años de edad, operada 4 años antes de un embarazo ectópico por una incisión sub-umbilical, paramediana izquierda, que en la convalecencia de una fiebre tifoidea hizo un cuadro agudo de vientre, con dolores colicoides intermitentes, vómitos, ausencia de emisión de gases y de materias, ansa intestinal visible, sin reptación, en la pared abdominal, y nivel líquido a la radioscopia. En la operación se comprobó una brida que unía la cicatriz operatoria anterior al borde libre de un ansa ileal, sin provocar acodamiento ni presión alguna. Después de seccionada la brida, la masa de ansas distendidas permaneció indiferente, por lo que se pensó en un vólvulo del delgado. Sin viscerar la masa intestinal, se introdujo la mano en el vientre, siguiendo la cara derecha del mesenterio, notándose que pasaba al lado izquierdo sin alcanzar la fosa iliaca derecha. La exploración de la parte superior del mesenterio mostró una gran infiltración de su base y un duodeno muy dilatado en sus 2ª y 3ª porciones. La primera ansa yeyunal se dirigía hacia la derecha, pasando por encima del pedículo mesentérico, y realizaba una verdadera oclusión duodenal por acodadura del ángulo duodeno-yeyunal. El vólvulo del intestino era total, realizándose de izquierda a derecha, en sentido contrario a las agujas de un reloj. La destorsión se hizo con facilidad, completándose la intervención con una enterostomía a la Witzel.

El *post-operatorio* fué un poco accidentado por el mal estado general de la enferma, que convalescía — como dijimos — de un tífus.

Cuando todo parecía entrar en orden, a los 22 días de operada, la enferma acusó un violento dolor en el epigastrio, dibujándose en el flanco izquierdo una gruesa ansa inmóvil, distendida y dirigida hacia el ombligo. Hacia el epigastrio había una tumefacción dolorosa, del tamaño de un huevo de gallina, palpándose al través de la pared abdominal, muy delgada. Se intervino de inmediato, por una incisión paramediana izquierda

supraumbilical. Caimos sobre un absceso del epiplón adherido a la pared, el que fué evacuado y tratado con éter. Las ansas intestinales estaban dilatadas y vinosas, comprobándose un vólvulo parcial de la primera ansa yeyunal, producido *en el sentido de las agujas de un reloj*.

Destorsión fácil. Cierre de la pared por planos. Flemón de la pared. *Atta*, curada, al mes de la segunda intervención.

En resumen, los dos accidentes de volvulación se produjeron con un intervalo de 22 días y por mecanismo distinto. El 1º, *vólvulo total* del intestino delgado, *con intervención aparente de una brida* que, sin comprimir el intestino, iba de la cicatriz operatoria al borde libre de un ansa ileal. El 2º, *vólvulo parcial* del yeyuno, aparentemente primitivo.

Con motivo de esta observación destacábamos la creencia de estar frente a un capítulo nuevo en materia de vólvulo y de recidiva de vólvulo, sobre todo, porque los dos accidentes de volvulación se produjeron por mecanismos distintos. Si en el primero podía involucrarse la participación de una brida, en el segundo el vólvulo se reprodujo sin intervención de obstáculo o cuerpo extraño alguno que obrara como "pivot" del movimiento rotatorio. Por otra parte, la circunstancia de recordar la poca frecuencia con que se observa el vólvulo frente a lo que clásicamente se considera como coadyuvantes o pretextos para la volvulación, como son las bridas, las hernias y las anastomosis intestinales, hacía pensar al Prof. Nario que una *diátesis volvulante* podría estar en la base de esta recidiva y, por consiguiente, ser el agente provocador de las torsiones primitivas cuando no se puede involucrar en la génesis de las mismas, la longitud del asa común, la longitud del meso, la brevedad de su inserción parietal, la falta de coalescencia, etc., que, en general, están ausentes en los vólvulos que operamos.

Estas y otras consideraciones que omitimos para no caer en repeticiones, y que pueden leerse en el trabajo publicado en el N° 2, Año IV, 1933, de los Boletines de la Sociedad, me llevan a pensar en la realidad de esa *diátesis volvulante*, cuya base habría que buscarla en una disposición especial de la arquitectura de las tunicas intestinales, "de suerte que cuando una contracción o una distensión intestinal se realicen en esos casos, el efecto será a tendencia volvulante o totalmente volvulante, sin intervención de otros factores cuando estos no existen, como sucede en los vólvulos primitivos".

A la obervación "prínceps" de 1933 agrego en esta comunicación un caso en el que el primer accidente fué un *vólvulo primitivo* parcial yeyuno-ileal y el segundo un *vólvulo* de un ansa ileal, secundario a una brida.

La historia clínica es la siguiente:

1er. accidente. — Noviembre 4 de 1942. — Vólvulo primitivo parcial yeyuno-ileal.

A. R., uruguayo, de 46 años. Ingresa a las 7 de la mañana y se levanta la siguiente historia: Hace 5 horas, a las 2 de la mañana, en pleno sueño normal, fué despertado por uno violento dolor abdominal a tipo cólico intermitente, con un dolor difuso permanente, muy intenso, que lo hace quejarse continuamente. A las 2 horas tuvo vómitos provocados por la ingestión de una taza de té, que luego continuaron hasta el ingreso, algo oscuros. No ha emitido gases ni materias. Le dieron un lavaje que expulsó limpio. Ha sido operado de hernia inguinal bilateral. No ha comido orejones ni es hepático. No hay otros antecedentes de importancia. Hace 4 días tuvo un estado gripal.

Examen: Enfermo lúcido, que responde muy bien a las preguntas. Está muy pálido, con enfriamiento periférico. Sufre intensamente y, de vez en cuando, se retuerce por sus dolores abdominales. Lengua húmeda, un poco saburral. Pulso 70, regular. Temperatura axilar 36°. Rectal 36 7/10. Presión arterial: Mx. 11. Mn. 7 ½. **Abdomen:** móvil con los movimientos respiratorios, que le provocan dolor difuso. Aplanado en su mitad superior está un poco distendido en el hipogastrio. A la palpación, se deja deprimir a la presión suave pero se defiende, sobre todo, en el hipogastrio. Dolor generalizado a la decompresión. No se observa reptación intestinal. **Tacto rectal:** Douglas no ocupado, muy doloroso. **Cardio vascular:** signos de bronquitis crónica. **Radioscopia de abdomen:** numerosos niveles líquidos de delgado, con ausencia de gas en el colon.

Previo repunte del estado general con morfina, suero fisiológico y estimulantes, se opera.

Operación. Dr. Loubejac. Raquianestesia con 0 gr.10 de novocaína. Buena anestesia. Incisión mediana infra-umbilical, ligeramente lateralizada a la derecha. Líquido citrino en el vientre, en bastante cantidad. En la brecha operatoria se ven ansas delgadas distendidas, de color rojovinoso claro. Se introduce la mano para explorar: hay un vólvulo del intestino delgado hacia la parte media de su porción yeyuno-ileal, con ansas aplanadas por encima y por debajo del grupo de ansas distendidas. Se palpa la gruesa cuerda que forma el mesenterio retorcido. El ciego está casi aplanado en la F.I.D. La torsión es casi total, de 360 grados. Se eviscera con facilidad la masa volvulada, bien protegida con compresas húmedas y tibias, y se comprueba que la rotación *se hace en el sentido de las agujas de un reloj*. Destorsión. Hay gruesos ganglios en la raíz del mesenterio, con el aspecto de ganglios viejos. Reintegración de las ansas al

vientre. Se busca el ciego y se explora el intestino delgado a partir de allí, para despistar un cuerpo extraño. A 50 cms. del ciego se encuentra un grueso divertículo de Meckel, macroscópicamente sano, con un ancho mesovascular. No se encuentra más que un espesamiento del intestino en la parte que suponemos corresponde al límite superior de la torsión. No se encuentran bridas. Cierre de la pared por planos: catgut 1 en peritoneo y hoja posterior de la vaina del recto, 2 en hoja anterior. Lino en la piel.

Post-operatorio. — Con enema salado moviliza su intestino a las 4 horas de la operación. A las 20 horas se instala un estado febril con cuadro físico de atelectasia de la base derecha, que cede progresivamente en 6 días.

Alta, curado, el 16 de Noviembre.

2º accidente. — Un año más tarde reingresa con un nuevo accidente oclusivo. Había pasado muy bien hasta el 16 de setiembre de 1943. Esa tarde, a las 16 horas, bruscamente, comienza a sentir dolores colicoides, intermitentes, en hipocondrio izquierdo, epigastrio y flanco izquierdo, con estado nauseoso y vómitos. Ingresa a las 2 horas de la madrugada del día 17.

Examen: Buen estado general. Lengua húmeda, no saburral. Pulso bien golpeado, de 60 por minuto. Temperatura axilar 36 ½. Rectal 37. No hay balonamiento del abdomen. Vientre blando y depresible, un poco doloroso en epigastrio y en hipocondrio izquierdo. En este momento el enfermo no acusa dolores colicoides ni se aprecia reptación intestinal. Pulmón y corazón s/p.

Douglas libre, indoloro. Radiografía de abdomen A 17750 I (Instituto de Radiología del Hospital Maciel); en posición de pie, informa: Presencia de gas en el colon, 2 ó 3 burbujas de intestino delgado, sin nivel convincente. Cámara gástrica. Angulo izquierdo del colon netamente visible. Imagen dudosa en F. I. D.

Vista la acalmia del cuadro doloroso y la ausencia radiológica de signos francos de oclusión del delgado, se decide esperar 4 horas.

Examen de la hora 7. — Enfermo muy dolorido, con dolores intermitentes de retorcijón intestinal, muy repetidos. Abdomen más balonado, dibujándose por momentos un ansa en F. I. I. Vómitos acuosos. **Radiografía de abdomen de pie:** Ausencia total de gas en el colon, permaneciendo invariable la imagen dudosa de F. I. D. Cuatro niveles francos de delgado. Aumento de la cámara gástrica. **Radiografía de abdomen en posición decúbito ventral.** Las ansas delgadas se explayan en un grupo a la izquierda de la columna vertebral.

Se opera a las 15 horas del comienzo de la enfermedad.

Operación. Dr. Loubéjac. 1 amp. subcutánea de anestesia crepuscular. Raquianestesia con 0 gr. 10 de novocaína. Buena anestesia. Incisión mediana infraumbilical, lateralizada a la izquierda, sin reseca la cicatriz anterior. Líquido citrino en el vientre. Ansas dilatadas. Adherencia del

borde libre del epiplón mayor a toda la extensión de la cicatriz peritoneal. Resección del epiplón adherido. De él parten 3 bridas que ocluyen el intestino: una a la raíz del mesenterio y otra, doble, al borde libre del yeyuno y a la raíz del mesenterio. Un ansa ileal está totalmente volvulada sobre la brida al mesenterio, en el sentido de las agujas de un reloj. Sección de las bridas. Exteriorización y destorsión fácil del ansa volvulada. El ciego se llena de gas. Ansa delgadas de buen aspecto. Numerosos ganglios en el mesenterio, con aspecto de ganglios viejos. Cierre de la pared por planos, empleando en todos hilo de algodón: N° 30 para ligadura de vasos y surget peritoneal; N° 10 para ligaduras de epiplón; N° 3 para puntos aponeuróticos y de la piel. Se indican 50 c.c. de suero clorurado al 20 % y 3 litros de suero fisiológico subcutáneos en el día. En la tarde se administran 30 grs. de aceite castor.

Port-operatorio inmediato: Excelente. Exoneración intestinal y emisión de gases a las 10 horas de

Post-operatorio alejado. Bronquitis difusa con expectoración mucopurulenta. Nebulización con Prontosil.

Alta a los 14 días, curado. Se le indica una serie de *vacuna Oleovac* para su bronquiectasia.

Resumen. — Complementando la observación “príncipeps” de 1933, se presenta un nuevo caso de vólvulo recidivante de intestino delgado, correspondiendo el primer accidente a un vólvulo primitivo y el segundo, producido 10 meses después, a un vólvulo secundario a una brida. Para explicar la repetición del hecho por un mecanismo distinto, se piensa en la intervención de una *diátesis volvulante* que permitiría comprender la producción de los vólvulos primitivos en ausencias de anomalías congénitas.

Profesor Nario. — Yo me siento un poco solidario de esta presentación tan interesante del Dr. Loubejac. Con él tuvimos oportunidad de operar un caso hace unos diez años de un vólvulo recidivante y en aquella época hacíamos en un trabajo algunas consideraciones referentes a la volvulación y a sus recidivas que nosotros habíamos visto en esa oportunidad. En aquella época nosotros pensábamos que también sería preferible estudiar el problema colocándole bajo una modalidad un poco diferente de los casos típicos que se había estudiado hasta entonces. Esa misma situación se establece ahora. El primer accidente fué un vólvulo primitivo, mientras que el segundo accidente fué un vólvulo secundario y tuvo pretexto para producirse la existencia de una brida. A pesar de haberse invertido los términos el problema queda establecido en el sentido siguiente: **Que frente a la frecuencia con que pueden haber pretextos para la volvulación recidivante, ésta es una verdadera rareza.** Probablemente hay en la arquitectura del intestino de algunos individuos

una tendencia a la volvulación, como la hay en algunos animales, en el caballo. p. ej., en donde la oclusión más frecuente, la más habitual es la volvulación. Quiero, pues, felicitar al Dr. Loubejac por su comunicación y sobre todo por los datos precisos y categóricos que enriquecen la casuística sobre el tema.

Doctor Loubejac. — Quiero en primer término agradecer las amables palabras del Profesor Nario y del Profesor Prat' y expresar que con la designación de diatesis volvulante quiero insinuar nada más que una tendencia del intestino a volverse porque sí y que esa tendencia reside en cierta disposición de la arquitectura de las fibras musculares del intestino. No tiene otro sentido. Puede chocar un poco pero nos ha parecido que es la expresión que indica mejor esa tendencia especial orgánica de producir un hecho determinado que se repite en este caso.

En cuanto al segundo comentario de por qué no empleamos la sonda duodenal en el primer accidente, le diré que no la empleamos porque no teníamos diagnóstico de oclusión. El enfermo comenzó a las 2 de la mañana su cuadro agudo; lo vimos a las siete de la mañana y se había calmado completamente. No había ningún síntoma que nos hiciera pensar en oclusión. Si a eso agregamos que le sacamos una placa a las 5 horas de iniciación del cuadro y no había signos de íleus mecánico, como lo muestra la presencia de gases en el colon, encontrará entonces el Profesor Prat la explicación de por qué no utilizamos la sonda. Como el cuadro había sido muy intenso hicimos una espera breve de 4 horas. A las cuatro horas estaba el cuadro de íleus instalado y fué cuando le sacamos las radiografías que he mostrado.