

OBSTRUCCION EN ASA CERRADA DEL COLON

(*Táctica operatoria*)

Juan C. del Campo

Desde el trabajo inicial de Anschütz en 1902, quedó incorporada a las formas anatomoclínicas de la obstrucción del colon aquella que va acompañada de continencia del esfínter ileocecal.

Se presenta así en práctica una condición fácil de reproducir en el estudio experimental de la oclusión intestinal, la obstrucción en asa cerrada, obstrucción bipolar de algunos autores.

Dicho tipo de oclusión presenta diferencias netas en su fisiopatología, sintomatología y tratamiento de aquella que se hace con esfínter ileocecal incontinente, obstrucción de colon abierta hacia arriba, que he propuesto denominar coloileal (1).

La hermeticidad del esfínter ileocecal condiciona las características anatómicas, fisiopatológicas y clínicas del cuadro, que resumimos a continuación:

- 1) Evolución aguda del cuadro clínico llegando a veces a estar totalmente constituido a las pocas horas de iniciado.
- 2) Distensión voluminosa (grande) y asimétrica del vientre, debido esto último a la mayor capacidad distensiva del ciego.
- 3) Ausencia o poca importancia de los vómitos, vomitando el sujeto sólo lo que ingiere o tolerando mismo algunas bebidas: agua, té, caldo, leche.
- 4) Conservación del estado general de acuerdo con la ausencia de las perturbaciones humorales que acompañan a la participación del intestino delgado.

1. Juan C. del Campo. — Oclusión del colon. Relato oficial al 3er. Congreso Chileno y Americano de Cirugía (1941).

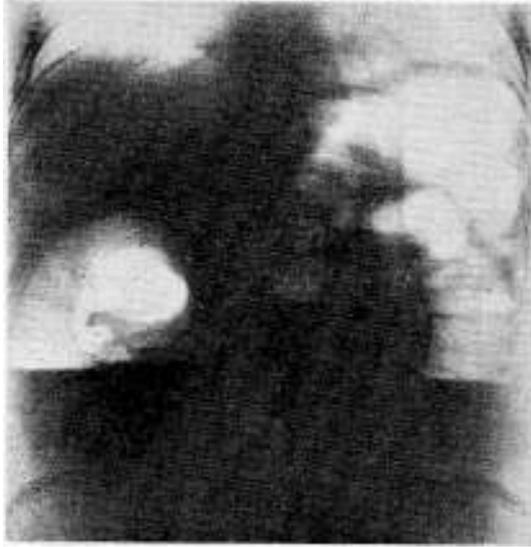


Fig. 1. Obstrucción cerrada del colon: esfínter ileocecal continente. Evolución de días. Cáncer estenosante sigmoideo. Placa en posición de pie. Sólo se ven imágenes hidroaéreas del colon. J. V. Part. V - 14 - 943.



Fig. 2. Obstrucción cerrada del colon (esfínter ileocecal continente), dándose de 8 horas. Cáncer del colon transverso, segmento izquierdo. Placa en posición de pie. Enema opaco previo. Imágenes hidroaéreas del colon. El enema ha penetrado en el colon izquierdo. (Se le vió llegar hasta el segmento izquierdo del transverso. — H. A. Hospital Maciel. V - 13 - 944.



Fig. 3. — Vólvulo del sigmoide. Enorme asa cólica dilatada cuyos dos pies vienen a juntarse sobre el cuerpo de la 5ª vértebra lumbar. Placa simple en posición de pie. — A. P. Hospital Pasteur.

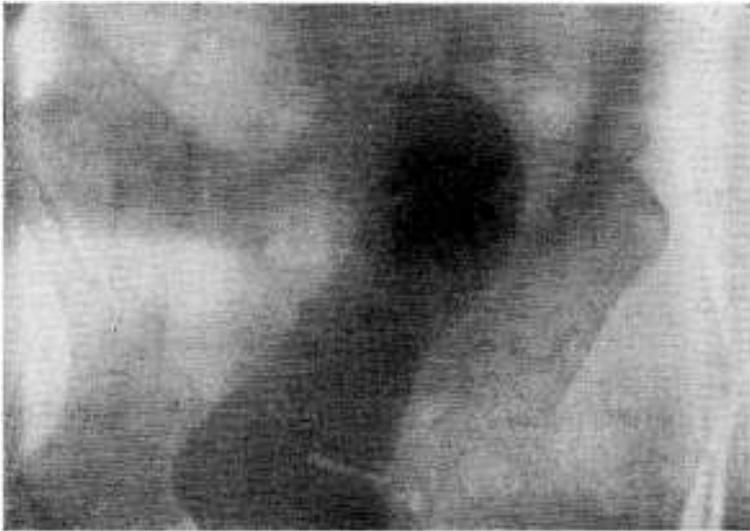


Fig. 4. — Vólvulo del sigmoide, caso de la fig. 3. — El enema ocano rellena el comienzo del sigmoide terminando en un extremo afilado frente a los pies del ansa volvulada. Placa en decúbito dorsal. — A. P. Hospital Pasteur.

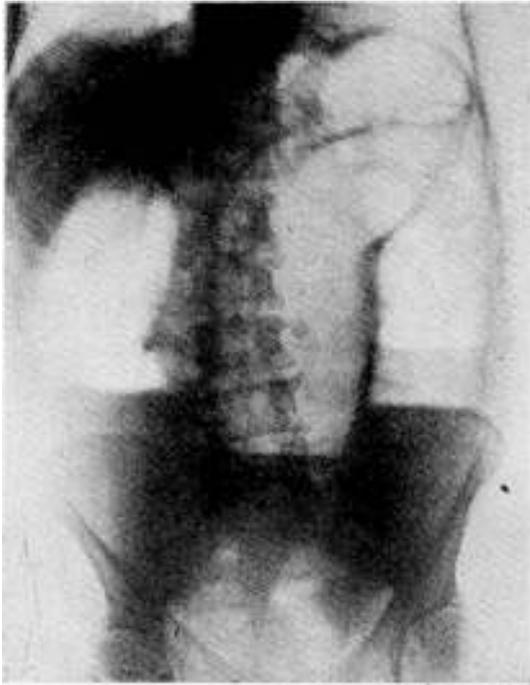


Fig. 5. Vólvulo del sigmoide. — U. S. Hosp. Maciel, XI-1941. — Placa en posición de pie. Ansas cólicas distendidas en niveles líquidos. En el centro del campo un ansa que no entra en el marco cólico.



Fig. 6. — E. P. Hospital Maciel, A. 7849, Sala C. B. — Vólvulo del sigmoide. Ansas cólicas con niveles líquidos. En el medio de la figura ansas cólicas que complican el cuadro cólico. Placa en posición de pie.

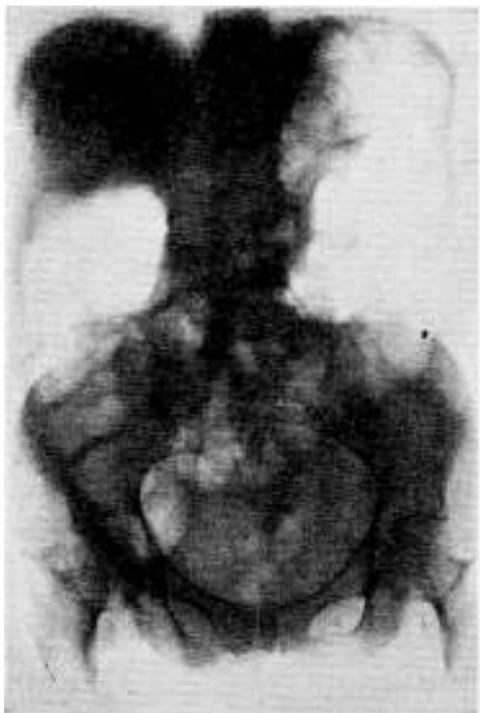


Fig. 7. — H. Maciel. X-5-1942. — M. de los S. — Ilcus reflejo del colon. Distensión gaseosa del colon. Placa en posición de pie.

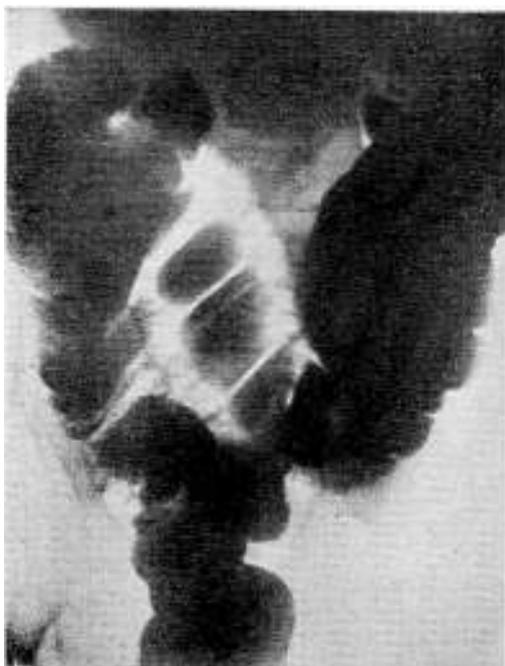


Fig. 8. Mismo caso que el de la figura 7. — La penetración del enema opaco elimina la oclusión mecánica al individualizar un colon normal

- 5) Establecimiento de trastornos vasculares locales, por distensión, llegando a la isquemia, y por intermedio de ésta a la necrosis, a la ulceración (Dehnungsgeschwüre) y a la perforación.
- 6) Muerte por peritonitis en la inmensa mayoría de los casos.

La adopción de una conducta terapéutica en estos casos está condicionada a dos factores:

- 1) Grado de certeza del diagnóstico.
 - 2) Período evolutivo de la obstrucción.
- a) Grado de certeza del diagnóstico.

La agudeza del cuadro y la asimetría de la distensión hacen que en estos casos se presente el diagnóstico diferencial con el vólvulo del sigmoide.

Aun cuando la diferenciación clínica pueda ser difícil, a veces mismo imposible, no creemos que deba adoptarse sin más trámite, ni la actitud fatalista de antiguos cirujanos (actitud que aún tiene adeptos) haciendo lo que se llama la cecostomía ciega, basándose en que nueve veces de diez se trataría de un neoplasma obstructivo, ni la actitud más científica del que laparotomiza, prefiriendo sacrificar en la serie neoplásica para no cometer el error siempre acerbamente comentado de dejar gangrenar un asa volvulada.

Nosotros creemos que el complemento radiológico reduce prácticamente a cero las probabilidades de error.

Aprovecho esta ocasión para presentar ante ustedes varias placas de obstrucción cerrada del colon (figs. 1 y 2) y vólvulo del sigmoide (figs. 3, 4, 5 y 6).

Ya en la placa simple es posible pensar en obstrucción simple o vólvulo.

En estos casos, en los que sólo están distendidas asas del intestino grueso, debe pensarse en vólvulo cada vez que la silueta del colon aparece trastornada por un asa que no podemos situar bien (figs. 5 y 6).

No pasa lo mismo en las obstrucciones simples.

El enema opaco contribuye eficazmente al diagnóstico ya sea mostrándonos la terminación afilada, en cabeza de serpiente, de la imagen baritada en el vólvulo (fig. 4) ya sea como en la fig. 3 la penetración del enema hasta el segmento izquierdo del

colon transverso (cáncer del colon transverso) eliminando de paso el vólculo del sigmoide.

El enema opaco además elimina el posible error de diagnóstico entre las obstrucciones y los ileos reflejos del colon (ver figuras 7 y 8).

Partiendo pues de un diagnóstico firme de obstrucción del colon en asa cerrada es posible para las necesidades operatorias dividir su evolución en tres períodos:

1er. período. — El ciego ha conservado su vitalidad.

Clínicamente predominan el dolor espontáneo, la constipación y el balonamiento.

No hay dolor acentuado a la palpación ni defensa en el hemiventre derecho.

El estado general está conservado. El cuadro radiológico es el señalado anteriormente.

Este cuadro en general se le encuentra dentro de los dos o tres primeros días.

En estos casos está indicada la colostomía, a la cual ya no le cabe la designación de ciega porque está basada en un diagnóstico preciso.

Dentro de diferentes posibilidades la elección recae habitualmente en una cecostomía.

No es la conducta que nosotros aconsejamos. Tiene a menudo dificultades grandes de manejo. La distensión del ciego no permite plegarlo. La punción con trocar y evacuación del contenido in situ, es una maniobra séptica en la que no siempre se evita la contaminación del ambiente peritoneal y parietoabdominal.

Por otra parte el adelgazamiento de las paredes cecales hace que los puntos serosos sean frecuentemente transfixiantes y por lo tanto contaminantes.

La colostomía transversa derecha es una excelente operación de derivación y puede hacerse con espolón en la parte inicial del asa móvil, en su segmento derecho.

Se llega fácilmente al segmento derecho del colon transverso por medio de una incisión transrectal derecha cuyo extremo inferior se sitúa al nivel de la línea transversa umbilical. El meso del colon, corto a su nivel no permite al colon alejarse del sitio de inserción de aquél.

La altura del meso es sin embargo suficiente como para cer un ano con espolón, lo que permite en el futuro establecer derivación completa, ventaja indiscutible, si se ha de hacer a resección ulteriormente.

Esta ventaja se transforma en inconveniente si la causa de obstrucción no es neoplásica sino inflamatoria.

Diremos que consideramos la colostomía transversa una mejor solución que la cecostomía aun cuando la exteriorización total del asa cólica pueda necesitar o un ensanche de la incisión o una decompresión parcial en situ.

Pero pese a todas estas ventajas creemos que la apendicostomía ofrece aun mayores.

Tiene indudablemente y en un grado algo mayor, las desventajas de la cecostomía en el sentido: 1º) de que la derivación no es total; 2º) en que hay a veces un segmento muy largo a desinfectar entre ella y la lesión obstructiva.

Pero tiene por una parte todas las ventajas de la cecostomía: 1) derivación total de los gases, derivación suficiente de materias; 2) cierre espontáneo una vez terminada la utilidad de su misión; es decir una vez restablecido (con o sin resección) el tránsito intestinal normal.

Y tiene sobre todo una ventaja sobre la cecostomía en sí y es la facilidad de ejecución.

El apéndice no se distiende; se maneja como se maneja un apéndice normal y después de ligado al meso puede exteriorizarse fácilmente.

Una vez hecho esto se fija el peritoneo por puntos separados a la base del apéndice o a las tres bandeletas, puntos que tienen un fuerte apoyo y no son transfixiantes.

La exteriorización permite colocar un clamp en su base, cortar el apéndice a dos o tres cent. de ella y a través de la luz apendicular (previa supresión del clamp) introducir una sonda Nelatón permitiendo así una decompresión del ciego.

Obtenida ésta, se retira la sonda de Nelatón, se recorta el apéndice a 1 cent. de la base, se dilata la base con una pinza, lo suficiente como para introducir una sonda de Pezzer en el ciego, sonda que se deja en él.

Cuando, por otros motivos, se ha hecho una laparatomía exploradora, la liberación del apéndice, ligadura y sección del meso

pueden hacerse a través de ésta; el resto de la intervención puede hacerse a través de una minúscula contra-abertura en la fosa ilíaca, por disociación, no mayor a veces de 1 ½ cent. de largo.

Una pinza va a la búsqueda del apéndice que es extraído por ella.

Cuando la apendicostomía se hace deliberadamente, debe recordarse que el ciego distendido sobre todo en su cara anterior y externa, recubre el apéndice retenido en la profundidad por el mesenterio.

Debe pues ir a buscarse el apéndice con una incisión algo interna y de relativa amplitud para poder hacer las maniobras de liberación. Utilizamos un MacBurney interno.

En resumen en las obstrucciones cerradas del colon cuando el tiempo transcurrido y la ausencia de signos de irritación peritoneal hacen pensar que no hay trastornos circulatorios al nivel del ciego de las tres intervenciones aconsejables: cecostomía, colostomía transversa derecha, apendicostomía, preferimos esta última que hacemos de manera deliberada.

2º Período. — Cuando el tiempo transcurrido, el dolor y la defensa en el hipocondrio derecho, hagan suponer lógicamente la presencia de lesiones parietales del ciego, el cirujano está expuesto a dos clases de errores de consecuencias desagradables:

1º Si practica una colostomía sin exploración puede dejar in situ una zona de necrosis cuya eliminación puede hacerse a pesar de la decompresión.

2º Si practica una laparotomía puede verse expuesto a ver estallar el ciego en las zonas de necrosis, ya que éstas respaldadas por la pared abdominal pueden resistir la presión intraluminal, pero no por sí solas, una vez abierto el vientre.

Tanto de uno como de otros casos hay ejemplos en la literatura.

Es debido a esto que nosotros creemos que debe primero practicarse la decompresión del intestino para poder después explorar el ciego y colon ascendente sin el peligro de la inundación del campo operatorio.

La apendicostomía no tiene ya las indicaciones del caso anterior porque no evita el manejo del ciego tenso, llevando directamente a la zona peligrosa.

Iguales inconvenientes tiene la cecostomía.

Es debido a esto que creemos que en estos casos está indicada la colostomía transversa, pudiendo la operación conducirse en esta forma.

1º Incisión transrectal derecha paraumbilical.

2º Decompresión del colon y establecimiento del ano con o sin espolón.

3º Una vez ejecutadas esas maniobras, prolongación de la incisión hacia abajo.

4º Exploración del ciego decomprimido y tratamiento adecuado de las zonas necrosadas.

Es con este plan que intervenimos en el único caso de este tipo que vimos en los últimos años.

Una falta sin embargo en la conducción de los diferentes tiempos operatorios nos había de puntualizar a la vez de las ventajas del plan primitivo, los inconvenientes de cualquier otro que lleve directamente al ciego y colon ascendente.

Al liberar el colon transverso se encontró con que éste protegía una parte de la pared cólica esfacelada y cuya perforación se estableció en el momento operatorio.

He aquí el caso:

J. V. — Cuadro agudo de vientre datando de 6 días. Desde ese entonces acusa fuertes dolores abdominales, que han persistido hasta el día de hoy.

Constipación absoluta tanto de materias como de gases. Gran distensión abdominal, sobrepasando en este momento el reborde costal, simétrica - timpánica.

Ha vomitado sólo una o dos veces desde que se inició el cuadro. Apirético, con un puiso de 99, ha conservado sus fuerzas y su estado general, hasta el día de hoy tanto es así que ayer ha estado levantado.

Examen físico. — Corazón y pulmón: nada anormal.

Vientre enormemente distendido, siendo imposible deprimirlo.

Hay además dolor a la palpación y defensa algo difusas, pero bien acentuada en hemivientre derecho.

Tacto rectal. — Douglas tenso, e indoloro. Se palpa en el fondo de saco de Douglas un tumor con caracteres de epiteloma, localizándolo en la parte inferior de sigmoide.

Antecedentes. — Desde hace 2 ó 3 meses, crisis abdominales dolorosas y adelgazamiento.

Examen radiológico. — Oclusión cerrada de colon. Enorme distensión de todo el colon — sin participación del delgado — con varios niveles líquidos, en el grueso. (Fig. 1).

Enema baritado: el enema se detiene en el comienzo del sigmoideo; pero en la placa no sale bien la imagen por haber sido expulsada parte de la barita.

Diagnóstico clínico. — Obstrucción cerrada del colon con esfínter ileocecal continente con posibilidad de lesiones gangrenosas del ciego y ascendente (por dolor y defensa en el hemiventre derecho). Se decide hacer un ano transverso.

Intervención. — Dr. del Campo. M. Magdalena. Anestesia local: Novocaína. Incisión paramediana transrectal supraumbilical que después se ensancha hasta por debajo de la línea umbilical.

Se aborda al transverso distendido, con paredes con buena vitalidad. Al separarlo en su cara inferior para exteriorizarlo un poco, aparece el balon cecal, tenso, globuloso, de color grisáceo y con partes esfaceladas (color hoja muerta) una de las cuales se perfora en ese momento. El segmento de color transverso que recubría o paredaba el ciego está también de color grisáceo; pareciendo esto simplemente efecto de vecindad.

Aspiración con aspirador del contenido cólico; protección con gasas de la cavidad peritoneal; una gasa en el espacio mesentérico cólico, y otra en el espacio parieto-cólico.

Se coloca una sonda Pezzer en el colon, fijándola con una ligadura con hilo de lino.

Se cambian las mechas de protección por otras limpias.

Espolvoreo con sulfatiazol. Cierre parcial del plano peritoneo-parietal con hilos de crin, dejando la piel sin suturar.

Evolución: A pesar de la amplitud de la brecha y de la infección de la herida operatoria se obtiene finalmente la situación de una cecostomía aunque de difícil control.

VIII - 27 - 943. — 2ª intervención. — Dr. del Campo, Magdalena, Vigil.

Anestesia raquídea: Novocaína 0 gr. 10.

Incisión transrectal izquierda infraumbilical.

Tumor sigmoideo bajo, adherente al peritoneo del fondo de saco de Douglas en el lado derecho.

No se palpan nódulos hepáticos. El intestino grueso está en estado de oclusión, enormemente distendido.

Dado esto último y el hecho de que el tumor es resecable sin posibilidad de restablecimiento de la continuidad se resuelve hacer ano terminal sigmoideo con separación absoluta de los dos cabos.

Hemostasis del meso.

Exteriorización en ambos extremos de la incisión, suturando todos los planos, entre ambos cabos.

Post-operatorio. — VIII - 20. El segmento intestinal exteriorizado se ha gangrenado. Se reseca dicho segmento y se coloca en el superior un tubo.

Evoluciona bien.

3ª intervención. — X - 1º - 943. Eter. Incisión paramediana izquierda. Extirpación abdomino perineal de sigmoide y recto.

Evoluciona bien.

3er. período. — En el caso 3, cuando la perforación ya está establecida ésta se diagnostica por la presencia de un neumoperitoneo; fuera de esto no hay ningún otro dato que permita hacerlo.

La responsabilidad operatoria del cirujano está enormemente disminuída; la decompresión previa tiene sin embargo su indicación para no ampliar el territorio contaminado, haciéndola de acuerdo con esto un poco más baja para no tocar el territorio supraumbilical. No tenemos casos.

Dr. Stajano. — Para no salir del preciso tema que trata el Dr. Del Campo y que es la oclusión cerrada del colon, dado que para ello es menester una buena documentación radiográfica, única forma de poder afirmarla porque clínicamente aunque puede sospecharse, el control radiográfico permite la rectificación. Sería menester que uno pudiera aportar casos similares con la prueba radiográfica, ya que es la única forma de poder afirmarla. Creo que sería lógico que tuviéramos que aportar esa prueba porque en muchas oclusiones de colon que uno ha operado uno no puede decir si es una oclusión cerrada o no, dado que con otros gruesos elementos indispensables, uno ha solucionado quirúrgicamente el caso sin poder ser categórico en lo que respecta a la válvula ileocecal. Estos días se operó en el servicio una enferma a la que se le había hecho una gastrectomía por neoplasma seguido de un post-operatorio muy bueno. Entró a la sala al mes y medio con una oclusión cólica, pero que no era del tipo de oclusión cerrada; era una oclusión al nivel del transverso, con un conglomerado inflamatorio alrededor de la neoboca. Se trató de contemporizar porque el estado era malo; se intentó hacer un drenaje con sonda de Miller Abbot y no se consiguió y se operó. La táctica operatoria se concretó a hacer la apeudicostomía de drenaje decompresiva que funciona completamente bien, táctica y operación aconsejada por el Dr. Del Campo en estos casos.

Dr. Del Campo. — Yo agradezco al Dr. Stajano los comentarios al caso que he presentado y lo hago doblemente: primero, por la atención que ha prestado a la comunicación y luego, porque me da pie para insistir sobre algunos puntos.

Le diría primero que el diagnóstico de oclusión cerrada en colon

puede sospecharse *clínicamente* por alguno de los síntomas que he señalado en la comunicación. En las oclusiones abiertas de colon no hay nunca la distensión que se observa en las oclusiones cerradas. Puesto un sujeto en decúbito dorsal uno ve la pared abdominal sobrepasar el plano del reborde costal.

En segundo lugar el sujeto tolera algunos alimentos, cosa que no pasa en las otras y además de eso, conserva el estado general en una forma que engaña y lo conserva porque no hay precisamente todos esos trastornos funcionales de que ya había hablado; no hay hipocloremia, trastornos del metabolismo y sin embargo se va haciendo en una forma silenciosa, sin traducción clínica evidente, la lesión que lo va a llevar a la muerte.

Por ejemplo, en una estadística hecha desde el punto de vista anatómopatológico por Jhonston, de 19 casos, 15 habían muerto de peritonitis. La muerte no se hace por oclusión pura y exclusivamente, sino por la falta de vitalidad de la pared del cólico y por la versión del contenido cólico en la cavidad peritoneal.

Ese diagnóstico puede hacerse además *operatoriamente* porque puede verse en el acto quirúrgico que el delgado no ha acompañado a la distensión del colon.

Dentro de lo que se llama la conducta clásica y que figura en algunos libros, quizás por el hecho de que no han desaparecido los cirujanos de la época que la preconizó se indica que en primer lugar, clínicamente nadie puede hacer un diagnóstico diferencial firme entre la obstrucción cólica cerrada y un vólvulo. Hay la misma distensión; hay a veces una distensión asimétrica. El estado general puede estar muy tomado en ella, pero nosotros hemos visto vólvulos con estado general perfectamente conservado. Debido a esto se toma la decisión de ir a la cecostomía ciega, basándose en una cuestión de porcentajes; o se hace una laparotomía por incisión mediana infraumbilical que tiene los inconvenientes de que he hablado. Hay quien ha visto estallar el colon en forma tal que hay una comunicación de principios de este siglo que indica que el cirujano resecó todo un ciego gangrenado y sólo en la autopsia vino a saber que ese ciego se había necrosado porque había un neoplasma obstructor del sigmoides.

Por eso he creído que es de interés regular la táctica operatoria en esos casos: se debe, primero, asegurar el diagnóstico por el examen radiográfico y segundo, diagnosticar el período en que se encuentra y si se encuentra en el período pre-perforativo ir a hacer una apendicectomía.

En lo que respecta a los otros casos, en que hay trastornos parietales no es la incisión mediana la mejor; lo mejor es hacer primero, la decompresión y luego manejar esa ansa que está en vía de necrosis.

Yo tengo casos de mi guardia operados por mí o por mis ayudantes que confirman lo que sostengo, entre los que recuerdo uno en el que se rompió el ciego y otro en que hizo una hemorragia por desgarró de la serosa, que continuó en el post operatorio y de la cual falleció. Y recuerdo también — pero en una forma un poco vaga, porque respondió al princi-

pio de la práctica, quizás el primer caso de oclusión intestinal que operé y que respondía a un cuadro de obstrucción cerrada de colon y en el que fui ingenuamente a hacer una cecostomía con la técnica clásica — los puntos perforaban la pared; si fuera hoy no lo hubiera hecho, en conocimiento de la táctica operatoria que a mi modo de ver es la más adecuada para abordar esos casos.