

VOLVULO DE CIEGO, COLON ASCENDENTE Y ULTIMA ASA ILEAL

Dres. A. M. Fernández Chapela, J. C. Pradines y R. Rubio

Presentamos 8 casos de vólvulo de ciego recopilados en la Clínica Quirúrgica del Prof. Larghero. Los tres primeros casos ya fueron publicados por el Dr. Larghero Ibarz (1). En nuestro medio existen publicaciones sobre este tema de los profesores Pratt, Del Campo, Piquinela y Vigil.

Tixier, en 1937, en una reunión de la Sociedad de Cirugía de Lyon, presenta el primer documento radiológico de vólvulo de ciego, que corresponde a un enfermo del Dr. Larghero Ibarz.

Se emplea la denominación de vólvulo de ciego por costumbre, cuando en realidad la patología y la anatomía patológica enseñan que se trata de un vólvulo en el que participan el ciego, colon ascendente y la última asa ileal, todo lo cual es posible por existir un déficit en el acolamiento cecocolónico.

Frecuencia. — En general se le considera como una afección rara y para Sweet se presenta en el 1% de las oclusiones intestinales.

Entre los vólvulos de intestino ocupa el tercer lugar, siendo el más frecuente el de delgado y luego el de sigmoide.

Sin embargo, por rara coincidencia, en el plazo de tres años hemos visto 5 casos.

Edad y sexo. — En la serie estudiada se presenta como una afección más frecuente en personas de edad: 5 casos en personas de más de 50 años (63%). Presentados por décadas tenemos:

de 30 a 40 años	1
" 41 a 50	2
" 51 a 60	4
" 81 a 90	1

De esta serie, 5 son hombres y 3 mujeres.

Diagnóstico. — El vólvulo de ciego es una afección grave debido a que a menudo su diagnóstico se hace con retardo. Esto

(1) Comunicación a la Sociedad de Cirugía: 7.IV.48.

se debe, unas veces, a que la sintomatología es poco neta, otras, a que el enfermo por su edad no refiere bien la anamnesis y finalmente a que no se hace diagnóstico de oclusión intestinal. Hemos visto enfermos con buen aspecto general, buen pulso, apiréticos, con tránsito intestinal conservado y que, sin embargo, en el acto operatorio presentaban ya lesiones necróticas del asa volutada.

Como dato orientador, entre los antecedentes, es a destacar la frecuencia con que se presentaron las crisis abdominales dolorosas, de tipo sub-oclusivo; en los pacientes de esta serie: en 7 de los 8 casos, existía este hecho.

El episodio agudo por el que consultaron, permitía en general identificar un síndrome oclusivo, en algunos casos, muy claro, en tanto que en otros, se presentaba frustrado o enmascarado por signos de irritación peritoneal. Del examen físico el hecho más saliente fué la comprobación de un vientre distendido, asimétrico y en algún caso, la existencia de una fosa iliaca derecha, vacía.

El hecho que más dificultó el diagnóstico positivo de nuestros enfermos fué que en la gran mayoría de los casos la enfermedad ya había evolucionado durante 4 o más días, con un máximo de 8. En el 87 % de los casos la evolución pasaba del cuarto día.

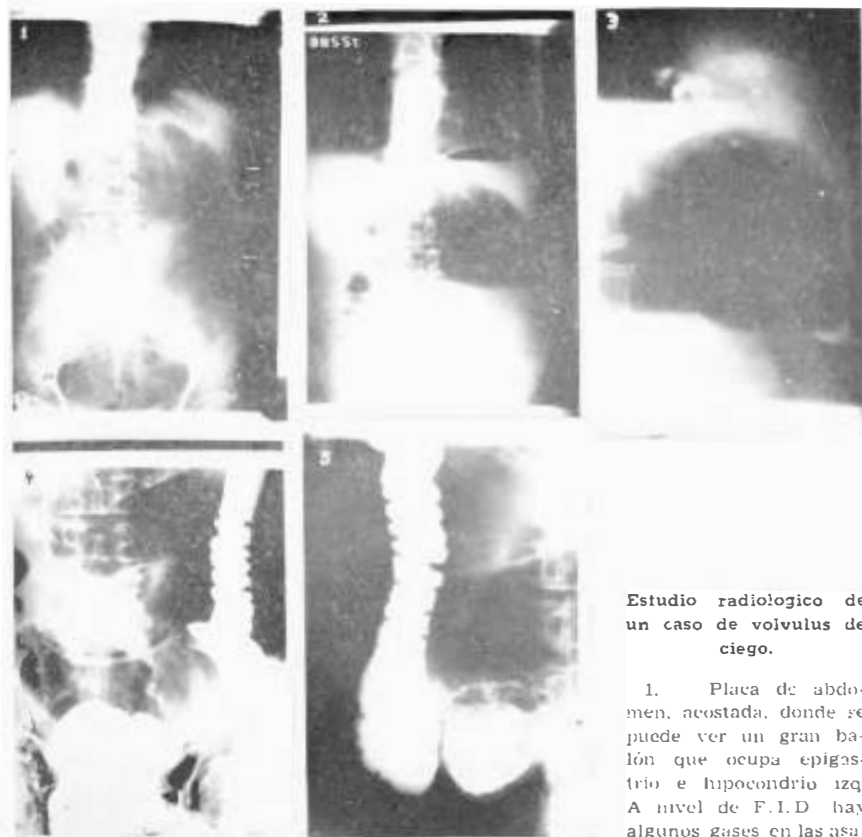
La radiología fué el auxiliar fundamental en el diagnóstico de la afección, habiéndose efectuado en la totalidad de los pacientes, placa simple de abdomen —acostado y de pie— y luego, un estudio del colon por enema baritado. En la placa simple, ya se puede señalar el enorme balón ceco-cólico a topografía variada, situado en epigastrio, en uno de los hipocondrios o más raramente en la fosa iliaca derecha. El enema baritado permite topografiar el pie de la torsión, situado a menudo a nivel de la línea media, más raramente por la izquierda de ella, y con frecuencia a derecha de la misma. El saber dónde está el pie del asa, facilita al cirujano en la elección de la incisión a realizar.

La clínica puede hacer sospechar la causa de la oclusión, pero es la radiología la que afirma y precisa el diagnóstico.

Tratamiento. — En el pre operatorio se intubaron todos los enfermos con sonda de Cantor, maniobra fundamental, ya que la oclusión es doble, por un lado, estrangulación en asa cerrada del

sector volvulado, sobre el que la sonda no actúa, y por otro, oclusión del intestino delgado con retención hidroaérea, sobre la que actúa la sonda. El estado general de los enfermos no fué alarmante en ningún caso, por lo que la terapéutica de reposición se concretó a sueroterapia intravenosa, gota a gota.

El régimen tensional de los pacientes permitió elegir la anestesia raquídea, a la que consideramos de elección para operar ocluidos, en 4 casos. Por razones de edad se recurrió a la anestesia general en 3 casos y a la local en 1.



Estudio radiológico de un caso de volvulus de ciego.

1. Placa de abdomen, acostada, donde se puede ver un gran balón que ocupa epigastrio e hipocondrio izq. A nivel de F.I.D. hay algunos gases en las asas delgadas.

2. — Paciente de pie, lo que permite ver el gran nivel izquierdo del balón cecal y por encima de él otro mas pequeño correspondiente a la cámara gástrica. A derecha pequeños niveles de delgado.

3. — Placa tomada de perfil luego de haberle dado dos cucharadas de bario al paciente. El estómago ha sido desplazado hacia adelante por el ciego distendido.

4 y 5. — Corresponden estas dos placas al colon por enema: en la primera se ve el comienzo de penetración del mismo y en la segunda el sitio donde se detiene, ligeramente a izquierda de la línea media.

Las incisiones efectuadas en nuestra serie fueron las siguientes:

Jalaguier	4 casos
Paramediana derecha	2
Mediana infraumbilical	1
Mac Burney ampliado	1

La incisión de elección es la de Jalaguier, siempre y cuando la topografía del balón cecal, visto a ravos, no nos indique otra.

Una vez abierta la cavidad peritoneal ya se puede tener una guía de las lesiones que se encontraran a nivel del asa volvulada por las características del líquido que se observa.

Las comprobaciones hechas desde este punto de vista son:

líquido citrino	2 casos
" sero-hemático no fétido	3
" sero-hemático fétido	2
" purulento	1

La presencia de líquido citrino o sero-hemático no fétido va, casi seguramente asociada a lesiones intestinales reversibles. En esos casos se procedió a detorcer el asa y a fijarla al peritoneo posterior. En un caso en que el balón se presentaba muy edematoso y dilatado se procedió a efectuar una cecostomía.

Cuando el líquido peritoneal fué sero-hemático fétido o purulento se encontraron lesiones viscerales más avanzadas, tales como necrosis con o sin perforación ya constituida; se resolvió el problema en dos casos efectuando la resección del asa volvulada y en otro exteriorizándola; en este último la fistula cerró espontáneamente.

El decidir entre exteriorización simple o resección y abocamiento de los cabos hacia afuera surge del balance cuidadoso de las lesiones y del estado general del enfermo.

Teniendo en cuenta las características del líquido y las lesiones viscerales se efectuó además el drenaje del Douglas en 4 casos.

La gravedad de esta afección no solo surge del acto operatorio y del post-operatorio inmediato sino que también está presente en el post-operatorio más alejado. Dos de nuestros pacientes con fistula ileal externa presentaron un síndrome de deshidratación tardía con hipo-proteinemia, hiperazoemia y tóque parenquimatoso difuso que puso en peligro sus vidas. Uno de estos enfermos presentó convulsiones y espasticidad de los cuatro miembros que se yuguló con suero potásico y potasio por boca.

Resultados.

Pacientes operados	8
Fallecidos	2 (25%)

Causas de muerte:

gangrena gaseosa de pared	1 caso
peritonitis por necrosis ileal	1

El primero de los casos fué operado en el año 1933 y el segundo en 1954; este último continuó con una parálisis intestinal y en la autopsia se comprobó una peritonitis difusa por necrosis del segmento terminal del ileon próximo a la zona de sección del asa volvulada.

Anatomía Patológica. (ver Figs. N^o 1, 2, 3 y 4).

Desde ya debemos decir que nos concretamos a destacar los hechos más salientes comprobados en una pieza de resección de nuestra serie. (Fig. 1).

Las lesiones eran difusas comprometiendo la parte terminal del ileon, apéndice, ciego y parte inicial del colon ascendente. El sector digestivo volvulado se presentaba enormemente distendido y de un color gris-negro habiendo perdido sus serosas de revestimiento el brillo característico. Su aspecto era el del tejido necrosado por isquemia e infiltrado por sangre y por los líquidos contenidos en el gran balón ceco-cólico. Las paredes del órgano se presentaban finas, más finas que al estado normal, dominando las lesiones a nivel del fondo del ciego.

Su superficie interior dejaba ver una mucosa depulida, afinada y presumiblemente ausente en muchos sitios. También era posible reconocer sufusiones hemorrágicas que infiltraban todo el espesor de la pared.

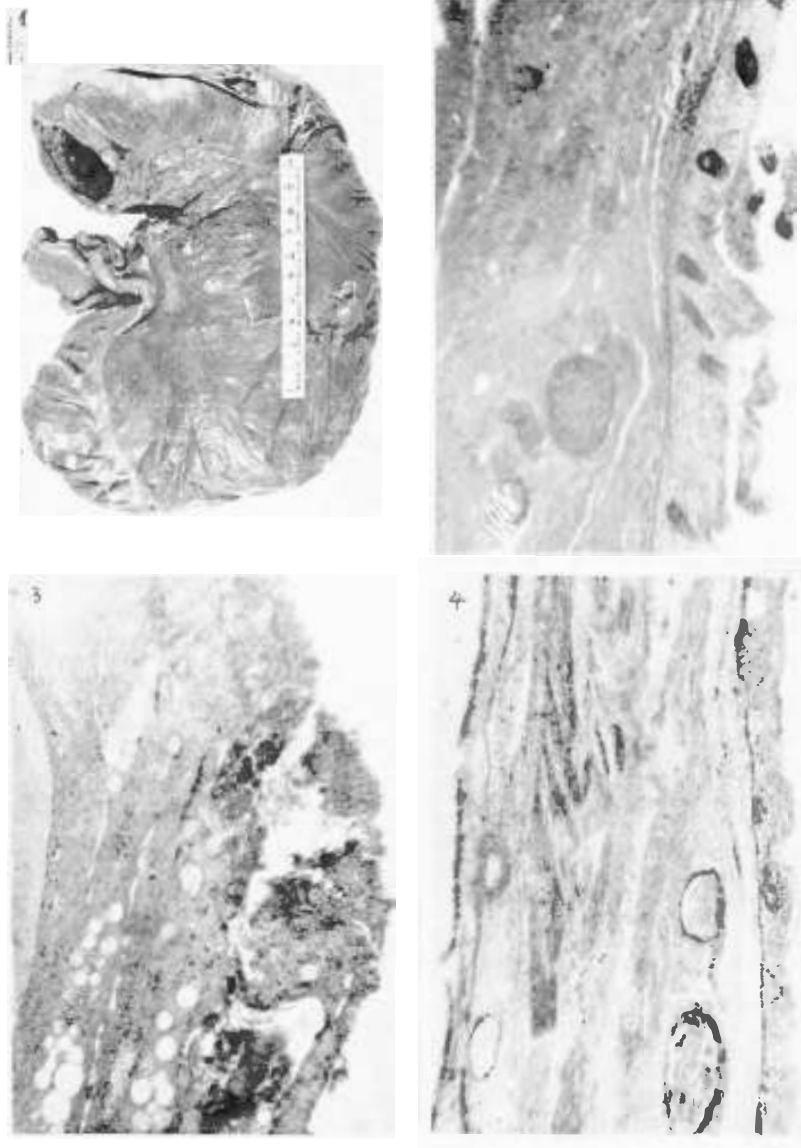
El meso de la última asa ileal, del ciego y colon ascendente — existente por la ausencia de acolamientos — estaba engrosado por el doble mecanismo de la hemorragia y la infiltración edematosa.

De ese material se tomaron varios fragmentos de los que mostramos uno correspondiente al ileon y dos al ciego.

En el ileon (Fig. 2) se pueden observar lesiones parietales difusas que dominan en la mucosa la que ha perdido casi por completo su epitelio el que sólo se reconoce en los fondos de saco glandu-

lares. Edema de la sub-mucosa e infiltración hemorrágica con necrosis de la musculosa. Dos vasos con su luz trombosada.

En el ciego (Figs. 3 y 4) se observan lesiones similares en la mucosa y musculosa y en la Fig. 3 ya se ve una zona de destrucción de la mucosa en vías de desprenderse.



Figuras 1 - 2 - 3 - 4.

SUMARIO

Se analizan 8 casos de vólvulo de ciego. Es una afección de mayor frecuencia en personas de edad (63 % de los casos en personas de más de 50 años). Son todos enfermos graves, y el diagnóstico en general no es precoz.

El estudio radiológico, simple y contrastado es el pilar fundamental del diagnóstico.

Señalamos algunos aspectos anátomo-patológicos de interés.

OCCLUSION INTESITAL POR DIVERTICULO DE MECKEL

Dr Juan Alberto Folle

INTRODUCCION

El divertículo de Meckel (D.M.), en sus distintos aspectos morfológicos, puede ser responsable directo de cuadros abdominales de variada expresión clínica: diverticulitis simple o con participación peritoneal, hemorragia digestiva por úlcera meckeliana, invaginación diverticular e íleo-ileal, y oclusión intestinal, que sería el hecho patológico más frecuente, producido por variados mecanismos patogénicos.

La finalidad de la presente comunicación es la presentación de una pequeña serie de seis casos de oclusión aguda de intestino delgado provocadas por el D.M. actuando según distintas modalidades como agente oclusivo. Los seis casos, pertenecientes a distintos cirujanos (como se detalla más adelante), fueron estudiados de acuerdo con las directivas clínico-radiológicas actuales, intervenidos en el momento oportuno y seguidos según las normas modernas del pre y post-operatorio de los cuadros oclusivos. Todos los casos evolucionaron hacia la curación sin incidentes de importancia, lo que contrasta con las cifras de mortalidad que se registran en publicaciones relativamente recientes. La conducta fué ecléctica, ajustada al balance lesional y excepto en un caso (Observación VI) no fué necesario practicar resecciones de intestino ni operaciones de derivación.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica C. de la Facultad de Medicina Profesor Dr. Pedro Larghero Ybarz. Hospital Pasteur, Larravide s/n. Montevideo, Uruguay.