

## SINDROME OCLUSIVO DEL DELGADO POR NEOPLASMA DEL SIGMOIDES (\*)

Dres. Eugenio R. Zerboni y Alberto Ardco

Traemos a consideración de esta Sociedad un caso de cáncer del sigmoide que se presentó bajo una forma clínica y radiológica poco común. Consideramos de interés la presentación del mismo dado que alguna vez esta afección se manifiesta al clínico y al radiólogo como un proceso oclusivo o suboclusivo del intestino delgado. Nos proponemos con este trabajo insistir en la existencia de esta forma clínico-radiológica del cáncer sigmoideo esbozando una posible interpretación patogénica del síndrome.

**Historia clínica.** — I. G., 67 años. Or. Div. Jubilado. 10 - I - 55.

Comienza hace 15 días, en buen estado de salud, a raíz de un exceso alimenticio con vómitos que se repiten varias veces en el día y deposiciones diarreicas de materias líquidas sin sangre, mucus, ni pus; en número de 4 ó 5 en el día, sin pujos ni tenesmo. Conjuntamente con esto el enfermo comienza a padecer un dolor hipogástrico de tipo cólico con sensación de distensión y reptación, que se extiende desde F.I.I. e hipocondrio hacia la F.I.D., que cede con la aparición de ruidos hidroaéreos. El cuadro diarreico cede en pocos días hasta desaparecer completamente con el tratamiento médico persistiendo solamente el cuadro de lucha intestinal con los caracteres descritos. Etilista moderado. Castración subalbugínea hace 2 años con diagnóstico de neoplasma de la próstata. Operado de hernia inguinal izquierda hace 10 meses. Examen clínico: lúcido, apirético, buen estado de nutrición, lengua limpia y húmeda. Palidez de conjuntivas y de uñas; pulso regular de 80 por minuto. P.A.: 13 ½ y. Abdomen, discretamente distendido, timpánico, con hipocondrios, flancos y fosas lumbares libres. A nivel del hipogastrio y en forma intermitente se aprecia una tumoración alargada de dirección casi transversal que aumenta de tensión y consistencia progresivamente, acompañada de dolor a tipo cólico, hasta que llega un momento en que desaparece acompañado de ruidos hidroaéricos y con alivio del dolor. El cuadro físico es de lucha de una asa intestinal. Cicatriz sobre región inguinal izquierda; orquidectomía

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 25 de mayo de 1955.



FIG. 1. — 17/1/55. Radiografía simple de abdomen en posición de pie. Se observa asas delgadas distendidas con pequeños niveles líquidos que se proyectan en el epigastrio y flanco izquierdo. Por arriba de esta imagen se visualiza la cámara de aire gástrica. No se observan gases en los segmentos cólicos.



FIG. 2. 20/1/55. Examen efectuado cinco días después del examen anterior. Se inyectó medio de contraste y esta radiografía es tomada a la hora de la ingestión, comprobándose marcada dilatación de las asas yeyunales con pliegues engrosados y de aspecto edematoso.



FIG. 3. — 20/1/55. Radiografías a las 5 horas de la ingestión persiste la dilatación de las asas del intestino delgado. Bajo la pantalla se controla que la tumoración alargada en el hipogastri• corresponde a una asa delgada dilatada.



FIG. 4. — 24/1/55. Examen de intestino por enema. El estudio de intestino por enema deja ver una marcada estenosis recto-sigmoidea con bordes deflecados e irregulares, existiendo moderada dilatación del colon tanto por debajo como por encima de la estenosis. Puede verse también en el examen que existen asas delgadas moderadamente dilatadas.



FIG. 5. — 24/1/55. Mismo examen que el anterior pero después de evacuación persiste la estenosis al nivel del sigmoides habiéndose evacuado el cabo distal, persistiendo bastante lleno el colon por encima de la zona estenosada.



FIG. 6. — Estudio de intestino por enema después de la intervención. Existe un colon pelviano sumamente corto y muestra un discreto espasmo a ese nivel. El estudio con enema baritado se ha hecho a muy débil presión.

bilateral. Tacto rectal: se aprecia una próstata aumentada de tamaño, firme, con un alerón izquierdo más engrosado que el derecho. Resto del examen: s/p.

En vista del cuadro clínico subobstructivo, se coloca sonda de Kantor en el intestino, mejorando rápidamente el cuadro drenando abundantemente la sonda y desapareciendo los dolores y la distensión.

Se practican análisis, los que muestran una anemia que se fué acen- tuando y que llegó hasta los 2.910.000 con 58 % de hemoglobina. El



FIG. 7. — Estudio del tránsito del intestino delgado después de la intervención; radiografía tomada a las 3 horas de la ingestión de bario. La cabeza de la comida opaca ya ha llenado el colon ascendente. Existe moderada hipotonicidad de las asas ileales, pero existe evidentemente una marcada diferencia en la imagen del intestino delgado con el estudio efectuado pre-operatorio.

resto de los análisis fueron prácticamente normales. Examen rectosigmoideoscópico: discretas hemorroides internas y a 15 cms. de la margen del ano un proceso ulcerado y recubierto de falsas membranas, no pudiéndose realizar biopsia. Evolución apirética.

Se prepara al enfermo del punto de vista general humoral y local con adecuado régimen alimenticio, evacuación intestinal y medicación antibiótica y se opera, intubado con sonda de Kantor.

**Operación (9 - II - 55).** Dr. A. R. Ardao. Dr. J. C. De Chiara. Doctor R. Delger, Instr. Sta. Gagnone. Anestesia general con gases: Pte. Manzini.

Incisión mediana infraumbilical. Se explora y se comprueba: neoplasma

del sigmoide; no se comprueban metástasis ganglionares regionales evidentes, ni viscerales (hepáticas, etc.). No hay ascitis. Ligera adherencia del neoplasma al mesenterio terminal que se libera fácilmente a dedo. Se realiza sigmoidectomía amplia extirpando el mesosigmoide y los ganglios regionales hasta la raíz de la arteria mesentérica inferior. Anastomosis



FIG. 8. — Macrofotografía de la pieza operatoria.

término - terminal del sigmoide. Peritonización correcta. Cierre de la pared por planos. Hilo en la piel.

La evolución fué muy buena, haciendo solamente dos quintos de temperatura al 3er. día. Actualmente el enfermo se halla en perfecto estado de salud, ha aumentado de peso, no presenta anemia y trabaja en forma liviana por su edad.

### Consideraciones.

La clínica y la radiología del caso que presentamos nos muestra un enfermo que presenta un neoplasma del sigmoide manifestado por un estado oclusivo del delgado. No se trata de un neoplasma sigmoideo en oclusión cólica o colo - ileal, sino en oclusión de delgado como si existiera, clínica y radiológicamente, un obstáculo en la parte baja del íleon. Al no tratarse de una oclusión colo - ileal, pensamos que el neoplasma, por progresión y exteriorización, invadió el íleon terminal provocando la oclusión o, menos probablemente, existía otra lesión obstructiva concomitante en éste. El acto quirúrgico no mostró ni una cosa ni la otra y sí un común neoplasma sigmoideo con muy ligera adherencia al mesenterio terminal que se liberó con entera facilidad con los dedos.

Estamos pues, frente a una forma no común de neoplasma sigmoideo, forma clínico - radiológica oclusiva de intestino delgado, sin que exista a nivel de éste una causa orgánica que la explique. Pensamos que la causa del cuadro radica en un estado funcional anormal del esfínter íleo - cecal en la existencia de un intenso espasmo, reflejo del mismo, desencadenado por el neoplasma. El cuadro oclusivo desapareció con la extirpación del cáncer, como lo confirma la radiología post - operatoria.

**Dr. Piquinela.** — Yo no había visto las últimas placas; son placas posteriores a la intervención.

**Dr. Zerboni.** — Diez días después de la intervención.

**Dr. Piquinela.** — Cuando el Dr. Ardao me consultó acerca de este caso le insistí mucho sobre esa adherencia que se menciona en el protocolo operatorio, cuál era su importancia, su extensión y su magnitud y en qué medida fijaba, acodaba o comprometía la luz del delgado por entender que si no había ningún elemento de juicio que hiciera pensar en la diseminación cancerosa en el peritoneo, la adherencia podía ser la causa de la oclusión del delgado. Es esa la experiencia de otros cirujanos por lo que acabamos de oír al Dr. del Campo y una de las razones, quizás la más frecuente, en virtud de la cual un cáncer de colon puede originar una oclusión de delgado. Le señalé también al Dr. Ardao que para la interpretación de este caso debía tenerse presente además, las diarreas profusas que tenía el enfermo cuando las primeras placas.

Mis trabajos experimentales a los que se refieren los comunicantes han sido publicados en el país hace algunos años y presentados oportunamente en la Sociedad de Cirugía. Estamos convencidos, después de un

amplio estudio experimental y de una continuada observación en el hombre, que la funcionalidad del esfínter ileo-cecal está perturbada cuando existe una lesión de colon, sea neoplásica o inflamatoria y que esa alteración se hace en el sentido de un cierre más hermético del esfínter tanto en lo que se refiere a su resistencia al reflujo colo-ileal que es lo que ha centrado nuestra atención porque es lo que más interesa del punto de vista de la oclusión de colon como en lo que se relaciona con la resistencia al pasaje ileo-cecal, aspecto este último más vinculado al caso que se nos presenta.

La experimentación muestra que toda excitación de colon en el animal, en una zona vecina o alejada de la unión ileo-cecal — lo hemos visto constantemente excitando el colon distal — determina una contracción esfinteriana extraordinariamente firme que multiplica a veces por cuatro o por cinco, la resistencia del esfínter en el sentido colo-ileal; no hemos observado ninguna excepción. Por otra parte, una cuidadosa revisión experimental de la inervación esfinteriana le ha mostrado a Hinrichsen e Ivy en 1931, que la función ileo-cecal es extraordinariamente sensible a muchas excitaciones vecinas o alejadas que actúan sobre ella a través del mecanismo nervioso extrínseco (esplácnico y vagal) o intrínseco; este último juega papel importante en el control esfinteriano. La distensión de estómago, duodeno, ileon y colon, provoca contracción esfinteriana. Cambios patológicos en ileon y colon, estados anormales del sistema nervioso, irritación de porciones del tractus digestivo, pueden provocar perturbaciones motrices a nivel del esfínter.

Cabe señalar además que los estudios anatómicos y experimentales, las observaciones del esfínter en el hombre y las investigaciones radiológicas llevan a pensar que el ileon terminal tiene una anatomía, una fisiología y una patología que en cierto sentido le pertenecen en propiedad. Bosquet ha llamado la atención sobre el hecho de que los últimos 10 cms. del ileon tienen una musculatura particularmente desarrollada que llama "aparato ileal prevalvular" que segmenta el contenido ileal y lo propulsa hacia el ciego. El esfínter resiste a las primeras ondas que llegan y permite que el contenido ileal sea sometido a un verdadero braceado en el sector terminal antes de verterse en el ciego. La abertura esfinteriana es un fenómeno esencialmente activo en el que intervienen: un enderezamiento del ileon terminal que corrige momentáneamente la angulación con que aborda el colon; un aumento de la invaginación normal que aparece como fase terminal de ondas de contracción nacidas en lo que Bosquet llama "antro prevalvular" y que traen a su vez la contracción de las fibras longitudinales término-ileales del segmento ileal preesfinteriano que son las que exageran la invaginación normal; accesoriamente se agregaría un relajamiento de las fibras circulares del esfínter.

Todo esto, sumarisimamente recordado, muestra la complejidad del mecanismo esfinteriano a nivel de la unión ileo-cecal y la multiplicidad de factores cercanos o alejados que a través de la inervación intrínseca o

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

del mecanismo nervioso extrínseco pueden actuar sobre él. Las investigaciones experimentales proyectan una luz sobre muchos hechos observados en el hombre y ayudan a explicar múltiples matices señalados en la oclusión intestinal. Pero en el caso particular que se nos presenta yo no podría ir más lejos y aceptar que la sola perturbación funcional explique el cuadro, ya que este enfermo ha sido operado anteriormente de un neoplasma de próstata, tiene cuando el cuadro agudo, un cáncer de sigmoide y un estado diarreico pocos días antes y se comprueba en la operación una zona de adherencias del tumor sigmoideo al delgado, bien que este último factor dado los detalles de la intervención parecería contar poco en el desencadenamiento de la oclusión de delgado en este caso.

