

## OCCLUSION NEOPLASICA DE COLON Y ESTRANGULACION EN ORIFICIO CONGENITO MESENTERICO (\*)

Dr. Raúl C. Praderi

### HISTORIA CLINICA: R. C. 62 años

Llega a la guardia del Hospital Maciel el día 29 - 1 - 61. El motivo de su ingreso es la detención total del tránsito de materias y gases desde hace 5 días. Se acompaña de distensión abdominal y algunos dolores cólicos: no ha tenido vómitos.

### ANTECEDENTES

Multipara, constipada crónica; 2 meses antes del ingreso inicia un cuadro caracterizado por crisis esporádicas de diarrea acompañada de dolores abdominales. Posteriormente se instala un síndrome rectal con pujos, tenesmo y expulsión de gleras sanguinolentas. Además, adelgazamiento de varios kilos, anorexia y astenia importante.

### EXAMEN CLINICO

Enferma anémica, delgada, deshidratada.

**Abdomen:** Distendido difusamente; sonoro, se aprecian movimientos peristálticos; en flanco derecho es mate. Se palpa un hígado grande con dos gruesos nódulos neoplásicos secundarios. La radiografía simple de abdomen muestra enorme distensión de asas cólicas superpuestas sobre todo del lado izquierdo con niveles líquidos, pero que no reproducen la imagen típica de la oclusión cerrada de colon izquierdo. Se practica un enema baritado, observando un stop sigmoideo a derecha. Con el diagnóstico de oclusión neoplásica de colon, se resuelve intervenir aunque sin explicarnos el curioso aspecto radiológico que atribuimos a la existencia de una carcinomatosis peritoneal.

---

(\*) Trabajo presentado en la  $\frac{1}{2}$  hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 9 de agosto de 1961.

**OPERACION:** 29 - 1 - 6-, Dr. Raúl Praderi, Pte. Gil, Pte. Bellido. Anestesia Local.

Incisión transversa de hipocondrio derecho. Abierto el vientre se encuentra el intestino grueso enormemente dilatado que por no tener epiplón confundimos primero con sigmoides. Al devanarlo confirmamos la ausencia de acolamientos mesocólicos (mesenterio común), con enorme distensión del ciego por materias líquidas. Luego de anestesiar fácilmente la raíz del mesocolon, se exterioriza todo el intestino grueso. Al hacerlo observamos que existe un gran orificio en el mesocolon izquierdo de aspecto congénito con un rodete peritoneal, avascular, cuyo vértice se encuentra a nivel del ángulo duodeno-yeyunal. Casi todo el intestino delgado ha pasado a través de ese orificio que constituye una importante hernia interna. Se reduce y se cierra el orificio mesocólico con puntos separados de lino hasta el ángulo duodeno-yeyunal.

Se exterioriza el enorme ciego lleno de materias a tensión, que se abre evacuando más de 2 litros de materias líquidas.

Cierre parcial de la incisión, dejando el ciego exteriorizado y abierto. La exploración operatoria confirmó también la existencia de dos gruesos nódulos neoplásicos en el hígado.

La intervención fue bien tolerada por la paciente, el ano funciona bien en el post-operatorio pudiendo alimentarse por vía oral.

La distensión abdominal desapareció en los días siguientes pero la carcinomatosis hepática aceleró en evolución, falleciendo 14 días después de ser operada.

#### COMENTARIO

Nos ha parecido interesante traer estas radiografías por la rara asociación de lesiones, pues la existencia de un orificio congénito del mesocolon izquierdo es excepcional (1, 2 y 3). También es rara la existencia de un mesenterio común en el adulto y mucho más rara desde luego la asociación a estas lesiones de una oclusión cerrada de colon por neoplasma.

- 1) CHIZZOLA M., LARRE BORGES U. — Hernia interna a través de un orificio preformado del mesenterio. Bol. Soc. Cir. Urug. 31:243-1960.
- 2) MERNIES G. — Oclusión intestinal. 5º Congreso Uruguayo de Cirugía. Tomo 1º Pág. 271.
- 3) SHEPHERD J. — Surgery of the acute abdomen. Livingstone Edimb. & London — 1960.

Dr. Bermúdez. — Como ha dicho muy bien el Dr. Praderi lo que tiene de interesante esta comunicación es la asociación lesional de una

entidad patológica corriente como es la oclusión del colon por neoplasma con una oclusión del intestino delgado a nivel de una brecha congénita rara en un mesocolon descendente, en una falta de acolamiento de los mesocolones. Yo pienso que probablemente la situación de oclusión del colon es la que haya motivado el pasaje a través de esa brecha, por cambios de posición del intestino delgado a ese nivel. La situación de oclusión ha motivado el pasaje de las asas intestinales a través de una brecha que ya existía desde el nacimiento. Yo he tenido un caso semejante pero sin oclusión del colon, con una brecha también muy rara, porque estaba en el mesocolon transversal, del lado izquierdo. Tenía un gran orificio congénito a través del cual se habían insinuado una cantidad de asas delgadas en la logia esplénica. No hizo un cuadro de estrangulación pero sí hizo un cuadro de sufrimiento, de oclusiones intermitentes cuya causa no se pudo establecer clínica ni radiológicamente, y que en la exploración operatoria mostró que era una hernia interna a través de un orificio congénito del mesocolon transversal izquierdo.

**Dr. Raúl Praderi.** — Yo conocía, porque él me lo había relatado, el caso del Dr. Bermúdez. La impresión que nos da es que al ponerse erecto o distenderse el intestino grueso por la oclusión de colon, este se vino hacia adelante y permitió el pasaje de las asas hacia atrás del orificio. La estrangulación de las asas herniadas es posible que existiera en parte, porque se ven algunos niveles de delgado. El otro hecho de interés, es que hemos buscado en la bibliografía, aunque con las dificultades que existen actualmente, pero no hemos encontrado referencias a orificios congénitos en el mesocolon izquierdo. En el trabajo que presentaron los Dres. Chizzola y Larre Borges a esta Sociedad en el que se refirieron a otro tipo de orificios, no relatan ningún ejemplo de foramen meso sigmoideo. En el relato de oclusión intestinal del Dr. Mernies, presentado en un Congreso de Cirugía, cuando analiza las hernias por orificios congénitos se refiere a hernias en el mesocolon izquierdo y anota "inexistentes". En otros libros de oclusión intestinal que hemos buscado, Wangenstein, Kantor, etc., no hemos encontrado referencias. Ni en el libro reciente de Abdomen agudo de Shepherd que trae un capítulo muy completo de hernias internas.