

Ileo colónico postcesárea

Perforación cecal sin obstrucción mecánica

Dres. Luis A. Cazabán, Jorge W. Baldizán,
Nelson H. Flores y Luis A. Carriquiry *

Se presentan 2 casos de sobredistensión cecal por ileo postcesárea sin obstrucción mecánica, uno con perforación cecal, y otro en inminencia de ella. Existen dificultades en el diagnóstico. Se subraya la importancia de una laparotomía precoz con cecostomía como forma de disminuir la mortalidad de la ruptura cecal.

Palabras clave (Mots clés, Key words) MEDLARS: Intestinal obstruction / complications, etiology cesarean section / complications.

La perforación diastática de ciego como complicación de un ileo funcional es sumamente rara, pero no por ello menos grave. La sobredistensión cecal como causante de esta complicación se observa en ileos severos. La distensión intestinal es una entidad frecuente luego del parto por cesárea, y es justamente en estas circunstancias en que se produjeron los 2 casos que presentamos a continuación. La rareza de esta entidad, la dificultad en realizar su diagnóstico, el escaso número de publicaciones al respecto, y el deseo de alertar al obstetra y al cirujano ante esta posibilidad, son los argumentos que nos inducen a realizar nuestra presentación.

CASUÍSTICA

OBSERVACIÓN Nº 1.— M. E. de F. CASMU. Nº Registro 261.089.

Paciente de 34 años, primigesta, nulípara, que ingresa el 20/XII/73 cursando gravidez de término. El día del ingreso se realiza cesárea segmentaria baja por sufrimiento fetal. A 24 horas de intervenida comienza con vómitos abundantes, dolor y distensión abdominal progresiva. Se indica Prostigmine, 1 ampolla intramuscular, sonda rectal y sonda Cantor, por la cual se aspira líquido porráceo abundante. A las 36 horas de la operación, como la paciente no mejora, es vista por nosotros que comprobamos dolor intenso en hipocondrio y flanco derecho, permanente, carácter cólico, con palpación de tumefacción tendida en la misma localización. Se plantea diagnóstico clínico de vólvulo colónico o colecistitis aguda. Se solicita radiografía simple de abdomen en la cual se observa distensión intestinal generalizada, más mar-

Clinica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. Jorge C. Pradines). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

cada en el ciego. Se indica reposición hidroelectrolítica y antibióticos. Al día siguiente como la paciente continúa sin mejorar se decide realizar laparotomía exploradora, que evidencia neumoperitoneo a tensión y peritonitis fecaloidea, con ciego no volvulado con numerosos y amplios focos de esfacelo y 2 perforaciones puntiformes, apéndice y vesícula normales y útero en involución. No existen evidencias de oclusión mecánica de colon izquierdo o derecho. Se realiza hemicolectomía derecha con ileotransversostomía terminolateral, lavado peritoneal y drenajes de la cavidad peritoneal con tubos de goma. *Evolución:* buen postoperatorio inmediato; continúa con mejoría progresiva, siendo dada de alta el 2/I/74.

OBSERVACIÓN Nº 2.— T. C. de D. Hospital de Clínicas. Nº Reg. 164.031.

Paciente de 24 años, primigesta, nulípara, que ingresa cursando un embarazo normal de término. El 24/IV/74 se le realiza una cesárea segmentaria baja por parto detenido con feto en podálica en sufrimiento. La cesárea se realiza sin complicaciones extrayéndose un feto cubierto de meconio espeso con doble circular de cordón. 24 horas después la paciente comienza con dolor intenso en hemivientre derecho e importante distensión abdominal. Se pide consulta con cirujano de guardia que indica sonda nasogástrica, reposición hidroelectrolítica y analgésicos, solicitando rayos X simple de abdomen. Esta muestra distensión generalizada de asas intestinales con exudado escaso entre las asas. 10 horas después la paciente presenta drenaje abundante de líquido porráceo por la sonda nasogástrica y continúa con distensión abdominal progresiva. Al examen presenta dolor difuso a predominio en cuadrante inferior derecho, donde hay reacción peritoneal. No se auscultan ruidos hidroaéreos. Con diagnóstico de peritonitis aguda postcesárea, se decide realizar laparotomía exploradora. La exploración demuestra discreta cantidad de exudado purulento a topografía pelviana, con enorme distensión de todo el intestino delgado y colon y ciego muy distendido con manchas equimóticas oscuras de sufrimiento isquémico en su borde antemesentérico. No se encuentran evidencias de oclusión mecánica que expliquen el cuadro. Útero agrandado en involución, parcialmente fuera de la pelvis. Sutura uterina continente.

Se realiza desgravitación del ciego por punción bajo agua, cecostomía con sonda Pezzer y drenaje peritoneal.

Pr se ado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 4 de junio de 1975.

Prof. Adjunto de Cirugía, Médicos Auxiliares y Asistente de Clínica Quirúrgica.

Dirección: J. M. Montero 3035, Montevideo (Dr. Cazabán).

Evolución: en el postoperatorio inmediato, la paciente se distiende nuevamente, mejorando con lavados del tubo de cecostomía por el cual se eliminan gases en forma abundante. A partir de ese momento se consigue degradar el intestino. Alta el 6/V/74.

COMENTARIO

El término ruptura diastásica de ciego fue utilizado por primera vez por Heschl en 1880 (9). Se refería a la perforación del ciego por distensión debida a la obstrucción mecánica en un punto distal del colon. Desde ese momento y hasta 1958 se describieron gran número de casos en los que esta complicación se debía a la obstrucción mecánica del colon por carcinoma, colopatía diverticular y vólvulo de sigmoide como causas más frecuentes. En 1958, por primera vez, Robertson, Eddy y Vosseler, llaman la atención sobre un caso en que la perforación de ciego se debió a una distensión de colon y delgado *sin* obstrucción mecánica en una paciente que había sido sometida a una cesárea.

Se trataba de una paciente de 25 años, con antecedentes de una importante distensión abdominal luego de un parto por cesárea 3 años antes, que luego de un nuevo parto por cesá-

rea desarrolló un severo ileo, por lo cual requirió una laparotomía al tercer día, encontrándose una peritonitis fecaloidea y varias perforaciones cecales. No había evidencia de oclusión mecánica del colon distal. Se le realizó cecostomía y cierre de las perforaciones, evolucionando bien.

En el mismo año Eckmann y col. (7), publican el caso de una anciana alcoholista politraumatizada que fallece sin diagnóstico por una perforación del ciego que sobreviene a un severo ileo, no habiendo evidencias de obstrucción mecánica en la necropsia realizada.

Morton, Schwartz y Gramiak (15) presentan en 1960 un estudio de 8 casos de ileo severo en diferentes circunstancias patológicas: 3 luego de cuadros sépticos importantes, 2 luego de cesáreas, 1 por peritonitis biliar postoperatoria, 1 por intervención ginecológica pelviana y otro en un paciente con diverticulosis sigmoidea. De ellos, en 2 hubo una perforación cecal en pacientes con cuadro séptico y en otros dos hubo necesidad de realizar cecostomía por el riesgo inminente de perforación, mejorando los demás con intubación nasogástrica. De los 2 casos en pacientes cesareadas, ninguna tuvo perforación cecal, pero una de ellas requirió laparotomía con cecostomía,

CUADRO 1

PERFORACION CECAL POR ILEO COLONICO POST-CESAREA SIN OBSTRUCCION MECANICA. — CASOS PUBLICADOS

Autores	Edad	Causa cesárea	Día reint.	Hallazgos operat.	Procedimiento	Evolución
Robertson y col. 1958			3º	Peritonitis fecal. perforac. cecal	Cierre perfor. cecostomía	Buena
Millar y Ovlisen. 1966	24	Parto prolongado	7º	Peritonit. fecaloid. perforac. cecal	Cecostomía drenaje perit.	Buena accident.
Millar y Ovlisen. 1966	35	Parto prolongado sin dilatación	7º	Áreas de necrosis ciego y colon asc.	Cecostomía drenaje perit.	Muerte
Dumont y Dovy. 1967	23	Parto prolongado desprop. cef. pelv.	2c	Perforación cecal	Cecostomía	Buena
Charles y Stronge. 1972			9c	Peritonit. fecaloid. perforac. cecal		Muerte
Charles y Stronge. 1972			7º	Peritonit. fecaloid. perforac. cecal		Muerte
Kälund Jensen. 1972	28	Embarazo térm. no resp. induc.	6º	Peritonit. severa perforac. cecal	Cierre perfor. drenaje perit.	Buena accident
Masseto y col. 1973	42		11º	Neumoperit. tensión perforac. cecal	Cecostomía drenaje perit.	Buena
Nuestro caso	34	Sufrimiento fetal	3º	Perit. fecaloidea áreas necrosis cieg. perforac. cecal	Hemicolectom. D. drenaje perit.	Buena

CUADRO 2

PERFORACION COLONICA POR ILEO FUNCIONAL. — CASOS PUBLICADOS

Nº	Autor	Año	Edad	Enfermedad asoc.	Días evol.	Hallazgo operatorio	Tratamiento	Resultado
1.	Robertson y col.	1958	25	Cesárea	3	Perforac. cecal	Cecostomía	Bueno
2.	Eckman y col.	1958	75	Politraumatismo		Perforac. cecal (necropsia)	No se operó	Muerte
3.	Morton y col.	1960	39	Sepsis		Perforac. cecal	Cecostomía	Bueno
4.			74	Neumopa sepsis		Perforac. cecal	Cec. colost. trans.	Muerte
5.	Hirsch, 1961		41	Parto p/via vaginal		Perforac. cecal	Cierre perfor.	Bueno
6.	Millar y colab.	1966	24	Cesárea	7	Perforac. cecal	Cecostomía	Bueno
7.			35	Cesárea	7	Nec. ciego y col asc.	Cecostomía	Muerte
8.	Dumont y col.	1967	23	Cesárea	2	Perforac. cecal	Cecostomía	Bueno
9.	Yeo, 1967		73	Hernior. ng. izq.		Perforac. cecal	Cecostomía	Bueno
10.			64	Nefrectomía izq.		Perforac. cecal	Cecostomía	Bueno
11.	Cauelquilla y col.	1970	79	Hernior. izq.	4	Perforac. cecal	Cierre perf. apénd.	Bueno
12.			62	Fractura fémur	5	Varias perf. cecales	Exterioriz. cecal	Bueno
13.			62	TBC. pulm. hem. dig.	2	Perforac. cecal	Cecost. cutánea	Bueno
14.	Charles y col.	1972		Cesárea	9	Perforac. cecal		Muerte
15.				Cesárea	7	Perforac. cecal		Muerte
16.	Kalumo y col.	1972	28	Cesárea	6	Perforación cecal	Cierre	Bueno
17.	Maseto y col.	1973	42	Cesárea	11	Perf. cec. neumop. tensión	Cecostomía	Bueno
18.	Wojtalik y col.	1973	45	Sec. med. traum.	3	Nec. cecal. perf. cecal	Colon d. ileon transv.	Muerte
19.			67	Pancreatitis		Pancreat. nec. perf. cecal	Cecost. coledoct.	Muerte
20.			53	Cirug. cardiaca	8	Perforac. cec. colon trans.	Cecost. coled.	Muerte
21.			49	Fract. tibia-peroné	3	Áreas nec. y perf. cecal	Colost. transv.	Bueno
22.	Greuton y col.	1975	69	Ulc. duod perf.	5	Perforación cecal	Cecostomía	Muerte
23.			59	Abs. pul. dren. p/op. compl.	16	Perforación cecal	Cecostomía	Muerte
24.			76	Colopat. divert.	3	Perforación cecal	Colec. d. ileost.	Muerte
25.	Koiklalainen y co.	1975	32	Lob. int. pu'. izq.	8	Perf. colon transv.	Colost. transv.	Buena
26.			63	Neumonect. izq.	5	Perforación cecal	Cierre perf.	Buena
27.			64	Lób. sup. d. x cáncer	4	Perforación cecal	Cierre epiplop.	Buena
28.	Cazabán y col.	1975	34	Cesárea	3	Ext. áreas necrosis ciego 2 perforac.	Colectomía d. con ileotrans.	Buena

mientras que el otro se le dejó evolucionar con intubación a pesar de un severo ileo y el riesgo de perforación.

En 1966, Millar y Ovlisen (14) presentan 2 casos de perforación cecal luego de cesárea por parto prolongado en pacientes que evolucionaron largamente con importantes ileos, uno de los cuales evolucionó fatalmente. Las 2 pacientes fueron reintervenidas al 7º día realizándose cecostomía. En la fallecida había grandes áreas de necrosis en el ciego y una severa peritonitis fecaloidea.

Dumont y Dovy (6) en 1967 presentan un nuevo caso de perforación cecal luego de una cesárea por desproporción cefalopelviana y parto prolongado. Reintervenida 2 días después no se comprueban causas de oclusión mecánica y se realiza cecostomía.

Leventhal, Evans y Levin (11) presentan en 1971, 2 observaciones de distensión aguda del ciego por ileo postcesárea, uno de los cuales requirió cecostomía. D. Charles y J. Stronje (3) en un estudio publicado en 1972 en el que se estudiaron 59 muertes maternas por sepsis puerperal citan 2 casos en los que la misma se produjo por perforación de ciego postcesárea, no evidenciando las laparotomías realizadas a los 7 y 9 días, ninguna causa de oclusión mecánica de colon.

H. Kalund Jensen (8) publica en 1972 un nuevo caso de perforación cecal espontánea postcesárea. La paciente fue reintervenida al 6º día, presentando ya una severa peritonitis fecaloidea con múltiples abscesos. Como único procedimiento se le realizó un cierre de la perforación en 2 planos y drenaje peritoneal. La evolución fue muy accidentada requiriendo 2 nuevas reintervenciones siendo dada de alta a los 2 meses de la cesárea.

El último caso que hemos podido registrar en la bibliografía a la fecha es el publicado por Massette y col. (13) en 1973. La paciente comenzó con distensión abdominal progresiva al tercer día de su cesárea siendo reintervenida al 11º día, luego de una R. X de abdomen que demostró un neumoperitoneo gigante. En la laparotomía se encontró una importante peritonitis fecaloidea provocada por la perforación cecal, sin que se encontraran evidencias de oclusión mecánica de colon. Se realizó cecostomía. La paciente evolucionó bien, siendo dada de alta a los 22 días de la reintervención.

Aparte de los casos mencionados han sido descritas rupturas de ciego por ileo sin obstrucción mecánica en diversas situaciones: parto por vía vaginal (10); herniorrafia y nefrectomía (24); fractura de fémur y hemorragia digestiva alta (2); sección medular traumática, pancreatitis, postoperatorio de cirugía cardíaca y fractura de tibia y peroné (23).

Por qué se produce la perforación del ciego? Por su mayor diámetro el ciego es más sensible a los aumentos de presión intraluminal. Van Beuren (20) demostró que la progresiva distensión del intestino producía una disminución del calibre de los vasos, más marcada en el borde antemesentérico, hasta su oclusión, lo que precipita la necrosis de la

pared y su posterior perforación. Otros estudios experimentales (19) demostraron la importancia de la prolongación en el tiempo de estos cambios fisiopatológicos como causante de la perforación, y de allí la importancia del tratamiento precoz. La competencia de la válvula ileo-cecal es otro factor de importancia aunque no definitivo. Es lógico pensar que una válvula incompetente, permita pasar parte de su contenido hacia el delgado, y por ello evitar la perforación. Sin embargo, Rack (17) y Dennis (4) citan varios casos de perforación con intestino delgado distendido.

Es evidente que varios de los mecanismos antes citados actúan en el ileo colónico sin obstrucción mecánica. En nuestro medio, Larghero y col. (21,22), demostraron la existencia de peristaltismo en el intestino delgado en el llamado ileo paralítico. En esta situación, el colon actúa como una obstrucción al flujo intestinal, y el pasaje del contenido del delgado a su luz determina un progresivo aumento de la presión intraluminal y de su calibre. Esto explicaría la distensión colónica en presencia de ruidos intestinales.

¿Por qué se produce la distensión colónica persistente? Ogilvie (16) y otros autores (5) estudiaron casos de ileo colónico en pacientes con carcinoma en los que había infiltración del sistema simpático. La frecuencia del ileo colónico en el puerperio de partos prolongados, parece sugerir una disfunción del sistema nervioso autónomo. Nada de esto ha sido demostrado.

Cannell y Tovee (1) estudiaron varios casos en los cuales el útero en involución encareado en la pelvis, era la causa de la obstrucción del sigmoides, y describieron una maniobra de reducción, mediante tacto rectal con la paciente en posición genupectoral. En ninguno de los casos que son objeto de nuestra presentación, había una causa evidente de obstrucción mecánica en la exploración operatoria.

El diagnóstico de inminencia de perforación es tal vez el problema más difícil en esta situación. La rareza de esta complicación, hace que generalmente no se piense en ella. Ninguno de los casos presentados se intervino con el diagnóstico de perforación cecal. La distensión intestinal es un hecho frecuente luego de la cesárea. Se trata además de pacientes con sus paredes abdominales hipotónicas, en las que no es fácil reconocer una distensión intestinal, ni una peritonitis. Al mismo tiempo, la distensión se tolera más.

El dolor muchas veces está ausente, y en general el dolor permanente en el cuadrante inferior derecho del abdomen, ya es síntoma de inminencia de ruptura. Los vómitos, en general son tardíos, cuando aparecen. Por ello la distensión abdominal progresiva es el parámetro clínico de mayor valor.

La radiología es un elemento auxiliar imprescindible en el diagnóstico. Lowman y Davis (12) determinaron que cuando el diámetro del ciego es mayor de 9 cms. se está ante la inminencia de una ruptura de ciego y de allí, el valor de esta medida para evitar una com-

plicación tan temida y grave. Cuando no se puede excluir la obstrucción orgánica, se debe pedir un colon por enema a baja tensión.

Cuando el cirujano se encuentra ante un ileo postcesárea debe comenzar por instituir un tratamiento médico, que consiste en intubación gástrica y reposición hidroelectrolítica, y debe vigilar estrechamente a la paciente desde el punto de vista clínico y radiológico. Si el cuadro no cede con las primeras medidas, se plantea la laparotomía, que se impone en todo ileo que no cede en 48 a 60 horas de evolución. La decompresión con trocar seguido por la cecostomía, han demostrado ser los procedimientos más efectivos, para asegurar la buena evolución de los pacientes. Si la ruptura ya se ha producido, la cecostomía se emplazará en el lugar de la perforación. En una de nuestros pacientes, hubo necesidad de realizar una hemicolectomía derecha debido a que el ciego estaba cubierto de grandes áreas de necrosis.

La perforación del ciego está gravada con una alta mortalidad. De los 10 casos conocidos de perforación por ileo postcesárea, 3 fallecieron, a pesar de la reintervención. Se trata de un alto porcentaje de letalidad, y más aún, cuando se considera que se trata de pacientes jóvenes sin taras orgánicas importantes. Las 3 pacientes fallecidas llevaban entre 7 y 9 días de evolución cuando fueron reintervenidas. Estos son los argumentos más valiosos para esforzarse en un diagnóstico y tratamiento precoz.

RESUME

Ileus du colon apres césarienne. Perforation caecale sans obstruction mécanique.

Présentation de 2 cas de surdistension caecale due à un iléus après césarienne, sans obstruction mécanique, l'un avec perforation caecale, l'autre avec imminence de perforation. Révision bibliographique de ce genre de cas. Il faut souligner les difficultés diagnostiques et l'importance d'une laparotomie précoce, avec caecostomie afin de réduire les risques de mortalité due à la rupture caecale.

SUMMARY

Colonic ileus following cesarean section.

Two cases of important cecal distension due to colonic ileus following cesarean section are reported. One of them with diastatic perforation of the cecum; the other one, with pre-perforative lesions of its wall. The authors analyze the available bibliography on this subject. The diagnostic problems are remarked and particular emphasis is placed on the fact that only an early laparotomy with a decompressive cecostomy can decrease the high mortality of this condition.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CANNELL DE, TOVEE EB. Postpartum obstruction of the large bowel. *Postgrad Med*, 21: 231, 1957.
2. CARRASQUILLA C, ARBULU A, FROMM S, LUCAS L. Cecal perforation due to adynamic ileus. *Dis Colon Rectum*, 13: 252, 1970.

3. CHARLES D, STRONGE J. Special problems with colon and rectum in the obstetrical practice. *Clin Obstet Gynecol*, 15: 522, 1972.
4. DENNIS C. Treatment of large bowel obstruction. *Surgery*, 15: 713, 1944.
5. DUNLOP JA. Ogilvie's syndrome of false colonic obstruction. A case with postmortem findings. *Br Med J*, 1: 890, 1949.
6. DUMONT M, DOVY D. Perforation spontanée du caecum après césarienne. *Rev Fr Gynecol Obstet*, 62: 10, 1967.
7. ECKMANN WG, WENZKE F, ABRAMSON W. Perforation of the caecum complicating adynamic ileus. *Am J Surg*, 96: 718, 1958.
8. KALUND JENSEN H. Spontaneous perforation of the caecum following caesarean section. Report of a case and review of the literature. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 51: 381, 1972.
9. HÄSCHL L. Mechanik der diastatische Darmperforationen. *Wien Med Wochenschr*, 30: 1, 1880.
10. HIRSCH R. Spontaneous rupture of the caecum. Report of a case. *Centr Afr J Med*, 7: 49, 1961.
11. LEVENTHAL M, EVANS R, LEVIN B. Acute segmental dilatation of the caecum without mechanical obstruction following caesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 110: 538, 1971.
12. LOWMAN R, DAVIS L. An evaluation of cecal size in impending perforation of the caecum. *Surg Gynecol Obstet*, 103: 711, 1956.
13. MASSETO O, CASSONE E, GASSOL A. Neumoperitoneo gigante por perforación espontánea de ciego postcesárea. *Prensa Méd Argent*, 60: 1089, 1973.
14. MILLAR D, ØVLISEN B. Two cases of spontaneous perforation of the caecum following caesarean section. *Acta Obst Gynecol Scand*, 45: 254, 1966.
15. MORTON JH, SCHEWARTZ SL, GRAMIAK R. Ileus of the colon. *Arch Surg*, 80: 425, 1960.
16. OGILVIE H. Large intestine colic due to sympathetic deprivation. A new clinical syndrome. *Br Med J*, 2: 671, 1948.
17. RACK FJ. Obstructive perforation of the caecum. *Am J Surg*, 84: 527, 1952.
18. ROBERTSON JA, EDDY WA, VOSSELER AJ. Spontaneous perforation of the cecum without mechanical obstruction. *Am J Surg*, 96: 448, 1958.
19. SPERLING L. Mechanics of simple obstruction; experimental study. *Arch Surg*, 36: 778, 1938.
20. VAN BEUREN FJ. The mechanism of intestinal perforation due to distention. *Ann Surg*, 83: 69, 1926.
21. VENTURINO W, RIOS BRUNO G, SILVA C, ITURNO C, CAZABAN A, MACHADO, DA LUZ R. Serie de contribuciones al relato de Karlen, M. al Congreso Uruguayo de Cirugía, 149, 2: 112, 1963.
22. VENTURINO W, SILVA C. El concepto de ileo paralítico post-operatorio, debe ser desterrado por falaz y peligroso. *Dia Méd Urug*, 410: 1380, 1967.
23. WOJTALIK R, LINDENAUER S, KAHN S. Perforation of the colon associated with adynamic ileus. *Am J Surg*, 125: 601, 1973.
24. YEO R. Spontaneous perforation of the caecum: case report and a review of the literature. *Postgrad Med J*, 43: 65, 1967.

DISCUSION

DR. CELSO SILVA. — El trabajo del doctor Cazabán y colaboradores tiene un interés muy especial no sólo por el orden casuístico sino fundamentalmente porque agrega elementos que hacen meditar muy bien cuando se hace el diagnóstico de un trastorno oclusivo de tipo dinámico. Esta observación y la revisión que han hecho en la casuística revelan que aún con el diagnóstico de disfunción intestinal no se excluye la posibilidad de tener que intervenir al enfermo. Porque dejado evolucionar llega a una etapa que es quirúrgica, con una elevada mortalidad. Quizás el hecho radique en que cuando es muy grande la distensión y esto ocurre en la zona de mayor diámetro por la ley de Laplace ya conocida, que fue destacada por los autores, ocurre allí una interferencia circulatoria. Esta para la pared intestinal es tan estrangulación como en una estrangulación mesial vascular.

Si se me permite, voy a mostrar dos o tres diapositivos que tengo, que traje a propósito porque muestran lo que acabo de decir. Los dos factores fundamentales que influyen en la llamada perforación diastásica, son: el hecho de que la circulación sea fundamentalmente terminal y el contenido que tiene séptico el intestino.

Mucho antes de que haya una perforación macroscópica existe, como he podido demostrar experimentalmente —esto se encuentra publicado—, un pasaje de bacterias. (Slide)... éste es sacado de Reiner, fíjense ustedes la disposición de los vasos en la pared colónica, en reposo; la próxima (slide) es con el intestino distendido. Es muy fácil suponer que si la distensión progresa en el sector que aparece en el medio del preparado, ésta es una microangiografía, allí se produce una supresión total de la circulación. De manera que la palabra diastásico debe ser sustituida por isquémico y por necrótico.

El próximo (slide)... fíjense en la cantidad de gérmenes, ésta es una técnica de Mc Callum hecha sobre un tejido de biopsia hecha por nosotros en el curso de estrangulación intestinal, donde sólo bloqueábamos la circulación venosa. Es decir que había permanencia de la circulación arterial tanto diastólica como sistólica, sin embargo vemos una mucosa donde ningún patólogo puede decir que esté necrosada y vemos todo el espesor de la mucosa hasta la profundidad de la misma. Todas estas bacterias que ustedes ven son *perfringens*. Esto ocurre a las 6 horas de iniciada la obstrucción venosa.

El próximo (slide)... muestra la gran riqueza bacteriana que inunda todo el campo mucoso, submucoso y que a las 8 o 10 horas ya está en la subserosa. De manera que hay una perforación biológicamente hablando mucho antes de producirse una perforación macroscópica o anatómica. Esto reafirma el concepto de que lo de dinámico puede ser lo del mecanismo, pero que la estrangulación de la pared se produce y eso es lo que nos interesa: las consecuencias.

DR. PABLO MATEUCCI. — Hemos operado una joven de 22 años, cesariada unos días antes, la cual, cuando se nos consultó estaba ya en anuria en el CTI; cuando la intervenimos comprobamos que esta enferma tenía una necrosis del sector distal del íleon y gran parte de su colon. A esta enferma le hicimos una resección completa de la parte necrosada del íleon y una colostomía que le resecamos hasta cerca de la unión del descendente con el sigmoides. Falleció pocas horas después. En ningún lado, del estudio de la pieza, se comprobó que tuviera una lesión por perforación, pero presentaba las lesiones descritas como colitis necrotizante aguda, alternando zonas de necrosis con otras zonas edematosas, la misma lesión se veía en el íleon, y otras zonas donde el intestino era casi normal.

Con poco tiempo de diferencia hemos operado otros dos enfermas similares, postcesárea, que nos llevó a estudiar las colitis necrotizantes agudas trabajo que tenemos ya inscripto en esta Sociedad para presentar.

En el caso de nuestra enferma postcesárea nosotros pensamos que la caída del gasto que tuvo durante la intervención, en la cual tuvo un colapso muy serio que le llevó a hacer un paro cardíaco del que se recuperó luego, determinó, como se ha dicho ya acá el pasaje masivo de gérmenes, especialmente los *clostridiums* a la luz, desde la luz del colon a espesor de su pared, motivando una serie de trastornos, de

necrosis que provocaron posteriormente la gran necrosis en el colon de esta paciente.

DR. ROBERTO PERDOMO. — Agradecemos al Dr. Cazaban que haya traído este tema a la Sociedad de Cirugía porque para mí tiene una enseñanza y creo que es necesario recalcarla. Hemos enfrentado muchas veces el problema de la distensión por íleo paralítico en distintas circunstancias, que tal vez tengan alguna relación etiológica afín a éstas que ellos presentan ahora como complicación postcesárea. Ha sido nuestra idea de que diagnosticar ese íleon, a veces expresado radiológicamente como una gran distensión del colon, era equivalente a no actuar, y a quedarse tranquilo, seguros de que no iba a pasar nada. Esta observación que trae el Dr. Cazaban es muy ilustrativa en el sentido de que esa tranquilidad no debe existir en situaciones similares y que cada vez que encontremos un íleon adinámico de causa variada y exista dolor en la F.I.D. y en la radiología un ciego muy distendido, estamos en inminencia de una complicación posible. Esto que no lo teníamos previsto, es motivo de enseñanza en el trabajo de los colegas.

Otro aspecto de interés es que la comunicación lleva a meditar sobre el mecanismo fisiopatológico que determina tal situación con independencia de su relación con la cesárea o con el mecanismo del parto en sí. Uno se pregunta a qué se debe esto porque es una situación que se repite. Cada vez que un enfermo tiene un problema de agresión traumática u operatoria, o que pasa por una retención urinaria, suele complicarse con íleo que en algunos casos llega a ser alarmante. Hay dos sectores que se distienden con predilección: uno es el estómago y otro es el ceco ascendente y el transverso.

En algunos trabajos se señala el hecho de que en el ángulo cólico izquierdo, probablemente por un mecanismo secundario de alteración de ese ángulo se produciría un fenómeno de dificultad de pasaje cuando hay un íleon paralítico. Puede concebirse esto en relación a la mayor capacidad del ascendente y del transverso para retener material fecal y gases lo que repercutiría sobre el área fija del ángulo y crearía aquella dificultad y una mayor retención por detrás. Hemos revisado algún trabajo que hablaba de seudo obstrucción, por íleo paralítico del colon fundamentalmente y señalaba ese hecho. Todas las observaciones demostraban que del ángulo izquierdo hacia atrás el colon cambiaba radicalmente de calibre, pero a un volumen tal que la ley que establece la diferencia en relación a los diámetros respectivos no lo explica claramente. Es posible que el ángulo izquierdo tenga algo que ver en esto, actuando como factor de obstrucción por un mecanismo de torsión; en un momento dado el íleon adinámico puede transformarse en un íleon dinámico a nivel del ángulo izquierdo y ello condicionar la hipertensión con gangrena cecal. Me gustaría que los autores analizaran en los enfermos que han tenido cómo era la situación respecto a este punto. Por otra parte, sería interesante que aclararan si estos enfermos han recibido opiáceos en el preoperatorio, porque hemos observado varias veces que la administración de opiáceos produce distensión y esa distensión luego puede coadyuvar a la producción del problema.

DR. OSCAR BERMÚDEZ. — Creo que lo más importante en este tipo de distensión postoperatoria aguda, que se instala en pocas horas tomando intestino

delgado y colon y por razones conocidas predominando en los sectores derechos de éste, es aclarar su mecanismo de producción para tratar de evitarlo. Indudablemente se trata de un aporte masivo de gas deglutido determinada por una sumación de factores de orden psíquico, farmacológico y anestesiológico que se unen a la descompresión rápida del abdomen provocada por la extracción del feto. Ello propiciaría la insuficiencia del esfínter superior del esófago facilitando la entrada de grandes cantidades de gas del sector digestivo. Hemos visto grandes distensiones por aporte externo en respiraciones apoyadas por el anestésista realizadas antes de la intubación, lo cual se explica por insuficiencia del mecanismo esfinteriano faringo-esofágico.

De acuerdo, en que la gran distensión sin obstáculo mecánico, actúa en realidad mecánicamente sobre la nutrición parietal, con las graves consecuencias que señaló el Dr. C. Silva y en que debe realizarse la descompresión por procedimientos quirúrgicos antes que se produzcan lesiones irreversibles; pero insisto en que la profilaxis de este problema radica en evitar el aporte masivo de gas proveniente del exterior que se produce en las primeras horas de postoperatorio en pacientes con determinadas condiciones para que ello suceda.

DR. LUIS A. CAZABÁN. (Cierra la discusión). — Los distinguidos colegas que han comentado el trabajo han destacado los aspectos fundamentales. En primer lugar el Dr. Silva destacando el aspecto patológico, señala que la distensión intestinal constituye en su evolución una verdadera oclusión del tipo de la estrangulación desde el punto de vista vascular, parietal intestinal.

El problema de la colitis necrotizante vinculada a estos cuadros es que en algunas observaciones que hemos leído, estos cuadros aparecen después de sepsis y

después de estados de hipovolemia a consecuencia de los partos pero son otras situaciones patológicas. En ninguna de las observaciones que nosotros hemos traído hubo un estado de hipovolemia previa ni de sepsis que se haya desencadenado.

De tal manera que nos parece que si bien en la sepsis o en cualquier cuadro de hipovolemia se producen lesiones difusas gastrointestinales que generalmente se manifiestan en estómago y después ulceraciones también del colon que podrían explicar esos cuadros de colitis necrotizante con perforación.

En cuanto a lo que el Dr. Perdomo nos preguntó, todas estas enfermas evidentemente reciben opiáceos preoperatorios, porque vemos que en nuestro medio se usa el Demerol sistemáticamente.

Con respecto al ángulo izquierdo del colon, si bien puede constituir un obstáculo mecánico y que lo hemos observado múltiples veces, en estos casos no podemos establecer ni afirmar ni descartar que haya sido ahí el colon izquierdo estaba distendido, pero había evidentemente, una desproporción evidente entre el colon izquierdo y el colon derecho.

Para terminar y agradeciendo al Dr. Bermúdez su intervención, es evidente que casi todas las observaciones, como una de las nuestras, tienen un parto prolongado y sumamente doloroso. Eso sabemos perfectamente que determina un ingreso de aire masivo a las vías digestivas. Por eso, encarar la profilaxis es fundamental. Se podría proponer en algunos casos una gastrostomía, pero nosotros no sabemos qué enfermos nos van a hacer esta complicación. Es evidente que en todas las enfermas y como los 10 casos que se analizaron de la literatura todas tienen un parto prolongado, con un ingreso masivo de aire.

Muchas gracias a los que comentaron el trabajo y a los que tuvieron la gentileza de escucharlo.