

VÓLVULO DEL CIEGO

Su expresión radiológica

Juan C. del Campo

En la mayor parte de los capítulos de oclusión intestinal existe ya una documentación radiológica suficientemente grande.

En otros, quizás por la rareza de casos, mismo en los medios en que se practica el examen radiológico sistemático, dicha documentación es difícil de conseguir.

Tal es el caso del vólvulo del ciego.

Es por estas consideraciones que me permito presentar a Uds. dos casos (¹), haciéndoles partícipes de mi experiencia y buscando en la ajena el complemento indispensable para el mejor conocimiento del asunto.

Diré en primer lugar que me refiero al vólvulo agudo del ciego 1) comprendiendo anatómicamente ya sea el ciego solo o el asa íleo-cecal y 2) realizado alrededor del eje vertical - vólvulo verdadero del ciego.

Pocos casos hemos visto con tanta riqueza de expresión como éstos vólvulos del ciego, en forma tal, que el examen extemporáneo permite fácilmente afirmar un diagnóstico, allí donde la clínica lo hace con dificultades.

Examinando las placas que paso a proyectar se puede ver que:

1) Existe una sola asa cólica dilatada (en ambos casos con nivel líquido), lo que permite individualizarla como ciego o ciego y colon ascendente, habiendo, como corresponde a una oclusión mecánica, una ausencia o disminución de gases por debajo (ausencia de gases en el ángulo cólico izquierdo, sigmoide).

2) El ciego no ocupa su sitio normal, encontrándose en el

(¹) Vistos y operados por mi en el Servicio de Guardia del Hospital Pasteur.



Fig. 1. — Observación 1. Placa en posición de pie. S. A. Hospital Pasteur. 12 - VI - 1937.

hipocondrio derecho (caso 1), ⁽²⁾ en el epigastrio, hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo (caso 2).

3) Hay (caso 1 y 2) asas delgadas con niveles hidroaéreos, es decir una oclusión del íleon. Señalemos que en los dos casos

⁽²⁾ Este caso fué citado y la placa reproducida en nuestro relato al III Congreso Chileno y Americano de Cirugía. Año 1941.

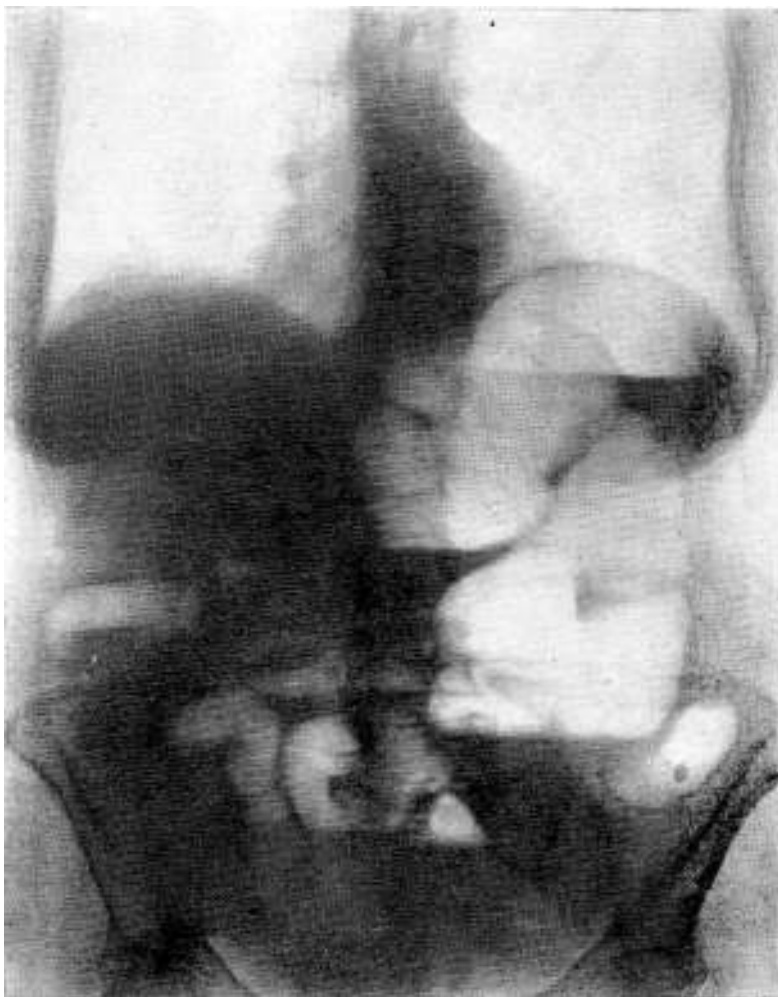


Fig. 2. — Observación 2. Placa en posición de pie. C. D. Hospital Pasteur. 1 - 12 - 1942. Obsérvese, además de los datos consignados en el texto, el nivel líquido peritoneal pelviano. Es intraperitoneal y no intestinal ya que corta tres asas al mismo nivel y las asas siguen visualizándose por debajo del derrame aunque con menos intensidad que por arriba.

que presentamos esa distensión del delgado es bastante más proporcionada a la distensión del colon que lo que es habitual en las oclusiones del colon con válvula ileocecal permeable. En estas últimas la distensión del delgado es enormemente inferior a la del colon o en otros términos está en retardo en relación a esta última.



Fig. 3. — Observación 2. Placa en decúbito dorsal. C. D. Hospital Pasteur. 1 - 12 - 1942.

4) Las asas delgadas distendidas ocupan (caso 2) un sitio que no les corresponden, hemiventre derecho, que ha quedado a su disposición y a donde han sido llevadas por traslado y distensión del ansa ileocecal.

5) Las asas delgadas distendidas no adoptan la disposición de abajo arriba y de derecha a izquierda que es habitual en las oclusiones bajas del delgado. (Modificación de la topografía del delgado por modificación de la topografía del ángulo ileocecal).

Hay una verdadera dislocación de las asas delgadas, de ma-

nera que no se podría decir por su topografía cuáles son las inferiores y cuáles las más altas.

Omito otros detalles, nivel líquido gástrico, diámetro de las asas, nivel líquido intraperitoneal (caso 2), etc., por su menor interés.

Señado que en el caso 1 se practicó un enema opaco que después de rellenar colon descendente y el colon transversal penetró en la ampolla cólica dilatada.

Tal es la parte descriptiva de nuestra comunicación.

No se puede afirmar que el aspecto radiológico de los vólvulos del ciego sea siempre exactamente igual a estos. Se podría mismo suponer la existencia de variantes en relación con la extensión del segmento intestinal tomado, ciego y última asa ileal, o ciego solamente, o en relación a la obstrucción mayor o menor de la luz intestinal que comporta el vólvulo, factor este último de máxima importancia en las acumulaciones gaseosas.

Pero hay una superposición tan exacta de las comprobaciones clínicas y operatorias clásicas a la imagen radiológica en nuestros casos, que se debe suponer que ésta es la expresión radiológica habitual.

Tan es así que, si uno desea emplear un esquema para ejemplificar la sintomatología y la anatomía patológica del vólvulo del ciego nada es superior a una de éstas placas.

Se ha señalado con toda razón que en los vólvulos existe: 1) una estrangulación en una asa intestinal, 2) una obstrucción por arriba del asa estrangulada.

Ahora bien, mientras que en el vólvulo del intestino delgado, la estrangulación y la obstrucción son ambas del delgado, y en el vólvulo del asa sigmoide la estrangulación y la obstrucción son ambas del intestino grueso, en el vólvulo del ciego, hay una estrangulación de un segmento cólico, mientras que la obstrucción es del delgado.

De allí la asociación de signos físicos que hacen pensar en oclusión de colon (gran tamaño del asa distendida) con signos funcionales que hacen pensar en oclusión del delgado (precocidad y frecuencia de los vómitos, llegando mismo hasta el vómito fecaloideo).

Y bien, se puede decir que todo esto aparece en la imagen radiológica.

El signo de Von Wahl, el balón cecal tenso, su situación, la vacuidad de la fosa ilíaca derecha, el derrame intraperitoneal de las estrangulaciones, el relleno del delgado condicionando la iniciación temprana y la frecuencia de los vómitos en estas oclusiones del colon, todo está objetivado en las placas.

Su valor para el diagnóstico positivo se acrecienta aun más si uno lo relaciona a las circunstancias clínicas.

Dos tipos de oclusión podrían ser discutidos clínicamente, en presencia de una asa dilatada con las características habituales de tamaño y situación de estos vólvulos.

Se podría pensar en un vólvulo de sigmoide; los signos radiológicos son completamente diferentes dado que a la distensión del ansa volvulada se agrega la distensión del marco cólico; el enema baritado suprimiría por otra parte todas las dudas.

Se podría pensar también en una oclusión cerrada de colon; en las lesiones sigmoideas, pese a poder haber una asimetría por distensión exagerada del ciego, éste conserva su sitio y el marco cólico también, lo que permite individualizar fácilmente el caso.

Pero podría preguntarse si una oclusión asentando en el colon ascendente hasta el ángulo derecho, es decir comprometiéndolo el mismo sector intestinal que está comprometido en el vólvulo del ciego, no podría dar lugar a aspectos parecidos, excepto el traslado del ciego, el cual por otra parte no es el mismo en todos los casos del vólvulo.

Yo no tengo documentos radiológicos de cáncer del ángulo cólico en oclusión aguda.

Señalaré en cambio y como cuestión de hecho que en 3 casos de cáncer del colon ascendente, vecinos al ciego en oclusión aguda, el aspecto radiológico ha sido el de una oclusión baja del delgado no visualizándose la ampolla cecal; a esto último deben contribuir en esos casos el relleno exclusivamente líquido de la misma, la dificultad de distensión por las lesiones de vecindad determinadas por el neoplasma y la incontinencia de la válvula ileocecal haciendo sumamente breve la etapa cólica de obstrucción.

Pero esta pequeña experiencia no agota todas las posibilidades.

Agregaré una última nota.

El enema baritado penetró sin grandes dificultades en el asa cecal de la observación 1.

Esta observación ha sido hecha repetidas veces para otros vólvulos, para el del sigmoide por ejemplo.

Ella indica que la obstrucción de la luz intestinal, aun en los vólvulos agudos, puede no ser completa, en el sentido anatómico.

O por lo menos, que si el asa volvulada, no puede llegar a evacuar su contenido, ese obstáculo es a veces relativo y vencible en las condiciones mecánicas de un enema, condiciones diferentes y de mayor intensidad de presión que las que puede provocar una contracción intestinal.

Dr. Larghero. — En una de las observaciones enviadas por mí a la Société de Chirurgie de Lyon (Lyon Chirurgical, 1937, p. 370) se obtuvo un documento radiográfico de vólvula del ciego, cuya copia figura también en el Libro sobre Ileo, del Prof. Prat. Esta radiografía coincide en muchos puntos con los presentados por el Prof. del Campo. Se caracteriza por un enorme nivel cólico único, situado en el hipocondrio izquierdo y epigastrio, simulando un estómago dilatado. El correspondía al ciego-colon ascendente volvulado y caído en el vientre alto e izquierdo. El balonamiento epigástrico asimétrico y la vacuidad absoluta de la fosa ilíaca derecha (clínica y radiológicamene apreciable) constituía, con esta imagen, las cualidades más salientes de esta observación.

Dr. Vigil Sónora. — Yo quería traer una placa que reproduce exactamente lo que acaba de decir el Dr. Del Campo. El aspecto radiográfico y el hecho de que la fosa ilíaca derecha estaba deshabitada completamente y el hecho de que por encima no hubiera signos de aumento de gases en el colon, nos hizo sospechar el hecho de que se tratara de un vólvulo del ciego, lo que la operación confirmó. No era un vólvulo de muchas horas de evolución, y en este momento la enferma está en buenas condiciones.

Dr. Del Campo. — El Dr. Fossati preguntaba si eso era el ciego y no era el ángulo cólico izquierdo. En primer término, esa ampolla corresponde a un intestino en oclusión o en distensión, no a un intestino normal. En segundo lugar, no ocupa exactamente el lugar o el sitio del ángulo cólico izquierdo. Por ejemplo, un ángulo cólico izquierdo así distendido toma contacto con el diafragma, mientras que en nuestra observación está bastante separado. Además en los casos en que hay distensión del ángulo cólico izquierdo se debe contar con una distensión por detrás, correspondiendo al segmento inicial del colon. Es lo que pasa en neoplasmas del sigmoide. En ellos hay una distensión correspondiendo al colon izquierdo, pero hay también una distensión y que es en general muy grande correspondiendo al colon derecho, es decir, que se debe encontrar la ampolla cecal; una única asa dilatada cólica no puede ser otra que el asa cecal. Cualquier otra debe tener por detrás otro segmento cólico distendido. En cuanto

a la observación del Dr. Larghero la conozco tanto a través de la observación clínica publicada en "Lyon Chirurgical" como la observación radiológica reproducida en el libro del Dr. Prat. La reproducción no es tan brillante como para poder sacar conclusiones, pero se ve muy bien el asa cecal enormemente dilatada. Me parece que tenía no solo un nivel líquido, sino unos pequeños niveles, como nidos, en la pared, como correspondiendo a los pliegues del colon. Recuerdo perfectamente bien que en esa observación no existe otra dilatación de colon, no existe el ciego en la fosa ilíaca y que existen algunas ampollitas gaseosas diseminadas que en el libro del Dr. Prat no se pueden ver bien. En cuanto a la observación del Dr. Vigil es exactamente igual a la segunda mía. ¿Se podría esperar que el vólvulo del ciego pudiera dar modificaciones o cuadros diferentes? En los casos míos, se trataba de un vólvulo comprendiendo el ciego y el asa fleo-cecal, pero se puede suponer que en algún caso puede estar tomado sólo el ciego. Se podría encontrar quizás con una sola asa cólica dilatada y ninguna aeroflea. No conozco casos, pero está dentro de lo lógico que pudiera pasar, y si así sucediera desearía que fuera traído a la Sociedad para completar nuestra experiencia.
