

VOLVULOS DEL CIEGO-COLON ASCENDENTE (\*)

(A propósito de tres observaciones personales)

• P. Larghero Ybarz (1)

El vólvulo del ciego (en realidad del ciego-colon ascendente y en algunos casos íleo ceco cólico) es una afección grave, poco frecuente y que tiene como base una malformación congénita del colon proximal (ausencia de coalescencia del colon proximal y su meso).

*Gravedad.* — No depende ni de la altura de la oclusión, con sus consecuencias de deshidratación aguda, porque es una oclusión baja de delgado, ni de la rapidez de las lesiones necróticas parietales, porque en general el estrangulamiento es poco apretado. *El vólvulo del ciego es grave únicamente porque el diagnóstico es, en general, retardado.* La culpa del retardo diagnóstico la tiene, a veces, la sintomatología poco neta; otras veces el enfermo que no la refiere (sujetos viejos); pero casi siempre el retardo se debe a una falta de diagnóstico de oclusión por parte del médico. Cuando frente a un vientre agudo no es posible hacer un diagnóstico preciso, la frase de Zacha y Cope constituye una norma que es lo mínimo y lo máximo que puede esperar el enfermo del médico: "Puede ser expresada una regla general y es que la mayoría de los dolores abdominales agudos que sobrevienen en un enfermo que estaba previamente bien y que duran más de seis horas, son causados por afecciones pasibles de tratamiento quirúrgico".

La mortalidad en casi todas las estadísticas globales excede del 50 %. Basta una cita: (Chalfant, S. A., American Journal Obstetric and Gynecology, 1921, 2: 597-600) 96 casos operados, 59 muertes; 23 casos no operados, 23 muertes.

---

(\*) Comunicación leída en la sesión del 7 de abril de 1948.

(1) Clínica Quirúrgica F. Hospital Pasteur. - Montevideo.

El diagnóstico es fácil y la operación salvadora si se tienen en cuenta 7 elementos; Tres resultan de la anamnesis:

1) Síndrome doloroso abdominal agudo de tipo oclusivo; o subagudo y persistente;

2) Balonamiento precoz del vientre;

3) Antecedente frecuente de crisis semejantes, aunque menos intensas; a veces el antecedente data de muchos años.

Tres elementos del examen físico:

1) Abdomen distendido, casi siempre asimétrico;

2) Fosa iliaca derecha vacía y no dolorosa;

3) No tener en cuenta ni fascias, ni pulso, ni temperatura, ni atenuaciones del sufrimiento.

El 7º elemento es patognomónico: el examen radiológico con un hallazgo constante: globo gaseoso grande, único, a contorno policíclico, con niveles en gradas y situado en general a izquierda y alto, aunque puede estar en hipocondrio derecho, en epigastrio y en flanco izquierdo. El examen a rayos X proporciona tres aspectos complementarios: o el resto del vientre es opaco, turbio en su parte inferior, por la presencia de líquido peritoneal; o se observan asas ileales dilatadas con niveles líquidos con topografía dislocada, según la expresión de Del Campo; y a estos aspectos puede agregarse la presencia de un neumoperitoneo por perforación del colon.

*Frecuencia.* — Es mucho menos frecuente que el vólvulo del sigmoide, pero quirúrgicamente más importante que él (Homans).

Wolfler, Beaton y Anson han reunido algo más de 300 casos, de toda la literatura hasta 1942. A sus referencias bibliográficas hemos agregado algunas citas. En total, no llegan a 350 casos.

Personalmente hemos tratado 3 en algo más de 100 casos de oclusión intestinal. La literatura nacional contiene las observaciones de J. C. del Campo, Prat, V. Grille Cendan y E. Vigil Sónora, que constan en la página bibliográfica.

*Causa del vólvulo.* — La noción es clásica de que el vólvulo del colon derecho tiene como causa una movilidad anormal del ciego y colon ascendente. La causa es, pues, congénita; la consecuencia de torsión, adquirida. De los tres procesos que llevan al ciego durante el desarrollo embrionario a la fosa iliaca derecha:

rotación, descenso y fijación, la falta de cumplimiento de la fijación colo meso cólica, o de ella y el descenso, deja un colon derecho móvil a meso largo implantado en la línea media o su vecindad. A veces el mesenterio del íleon terminal tampoco se fija y resulta un meso en forma de abanico, cuya convexidad corresponde al íleo terminal, al ciego y colon ascendente. La parte estrecha del abanico corresponde a la fijación del meso colon transverso y mesenterio común, desde la arteria mesentérica superior y siguiendo la dirección de la cólica derecha hasta el ángulo hepático del colon.

Frecuentemente se encuentra (en nuestras observaciones 1 y 3 existía) una hiperfijación de la parte derecha del colon transverso, del ángulo y del sector inmediato del colon ascendente. (Verdadera escuadra fija del ángulo hepático, cuyo vértice está inmovilizado por un ligamento reno cólico derecho muy fuerte).

La combinación del mesenterio y meso colon largos y flácidos con el pedículo corto y fijo, constituye una disposición favorable para la torsión. Ocurre aquí lo mismo que para el meso sigmoide largo y en omega, y aumenta la similitud la consecuencia obligada de la ausencia de fijación: esta consecuencia es el alargamiento y aumento de diámetro del intestino.

En nuestras dos observaciones 1 y 3 (y las figuras lo muestran) la acodadura y la torsión del colon derecho se ha hecho a nivel del pasaje del intestino móvil con el fijo. Allí está la bisagra del movimiento y ambas figuras muestran también la diferencia de calibre entre el colon derecho y el móvil. Debemos hacer notar que esta diferencia no es producida solamente por la dilatación provocada por el accidente, sino que es anterior a él, congénita, puesto que el asa ceco cólica dilatada tiene sus paredes gruesas y musculosas.

La torsión se ha producido en nuestras observaciones 1 y 3 por un doble movimiento:

- 1) Angulación que ha llevado el ciego al hipocondrio izquierdo;
- 2) Rotación en sentido inverso a las agujas del reloj. Este último movimiento lleva a las asas delgadas a caer a la derecha por delante de la porción fija del colon ascendente en el ángulo constituido por esta porción y el asa volvulada. La rotación en

la observación 2 se hizo en el sentido de las agujas del reloj. Si bien la falta de fijación es la causa más común del vólvulo del ciego también ella puede tener como causa la falta de descenso o aún de rotación.

La frecuencia de la falta de evolución completa del ciego colon derecho hasta su definitiva ubicación y fijación en la fosa ilíaca derecha ha sido establecida por Wolfler en un estudio anatómico de 125 casos. Son solamente los casos de ausencia completa de fijación del ciego colon ascendente o casi completa, los que predisponen al vólvulo y esta condición se presenta en el 11 % de los cadáveres examinados. .

La rareza del vólvulo, pese a que en 11 % de los casos la causa predisponente anatómica congénita está presente, puede explicarse o porque procesos secundarios lo fijan (membrana de Jackson, banda de Lane y otras membranas peri cólicas), o porque la causa predisponente no ha encontrado el factor determinante ocasional y la malformación puede no ser acusada durante todo el curso de la vida, o dar origen a trastornos no referidos a su verdadera causa.

Ocurre lo que para las oclusiones agudas del delgado por brida o adherencias: la formación de éstas se inicia con el proceso inflamatorio o traumático que agredió la serosa. Puede ser bien tolerada durante meses o años. En la mayoría de los casos de oclusión aguda del delgado por brida no se encuentra explicación al hecho de que existiendo la brida desde tiempo variable, ella no ha ocasionado accidentes, ni se encuentra tampoco la causa determinante definida que ha convertido una brida en factor de oclusión.

Las perturbaciones de la dinámica intestinal sea en el sentido de un hiper peristaltismo o de espasmos localizados o de una diskinesia o asincronismo de las ondas de contracción intestinal, debe desempeñar una función capital; y en el desencadenamiento de esta perturbación dinámica, la sobrecarga del contenido que llega al tubo intestinal o la modificación de su calidad (gases abundantes), es uno de los factores que a veces puede ser incriminado.

*Mecanismo de la oclusión y evolución del vólvulo del ciego.*— El comienzo es siempre súbito, con signos de estrangulamiento

intestinal y síntomas funcionales de oclusión de delgado (vómitos precoces y a veces abundantes). Dice Del Campo que en el vólvulo del ciego hay una estrangulación de un segmento cólico, mientras que la obstrucción es del delgado. La expresión es bien gráfica si con ella se quiere expresar que el vólvulo del ciego da una sintomatología funcional de oclusión del delgado. Y da esta sintomatología porque el estrangulamiento está en el colon ascendente, pero sobre todo porque el mesenterio común correspondiente al último tramo del íleo y al ciego colon ascendente queda involucrado en la torsión. La frecuente atenuación consecutiva de los vómitos cuando el vólvulo evoluciona desde 3 ó 4 días apoya la importancia del fenómeno reflejo en el mecanismo de los vómitos.

No hay estrangulamiento a nivel del delgado en el vólvulo del ciego o íleo ceco cólico. La dilatación de las asas delgadas continúa la del ciego y no tiene límite superior bien demarcado.

En realidad, el vólvulo del ciego colon es el único entre todos los vólvulos del intestino que tiene un solo surco de estrangulamiento. En la torsión del eje longitudinal el ciego colon se comporta como el soldado que hace eje cuando su fila va a doblar una esquina. Las asas ileales recorren el arco de círculo que en general no es mayor de  $180^{\circ}$  y se comportan como los soldados de la extrema fila de la compañía.

La participación contingente del delgado y la ausencia de estrangulación del mismo, explica las atenuaciones secundarias de la sintomatología y los casos de evolución subaguda después de un comienzo súbito.

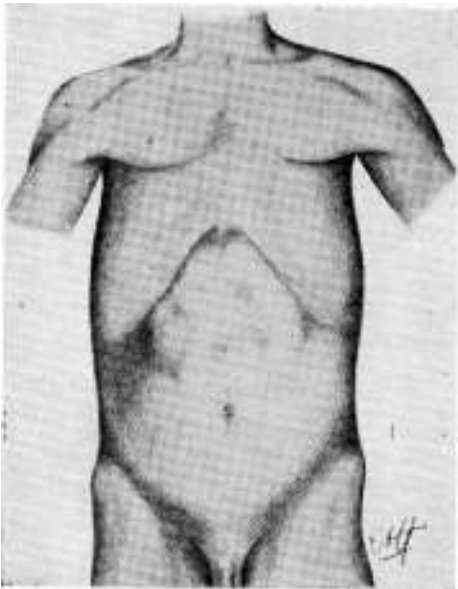
*Edad.* — Nuestras tres observaciones corresponden a sujetos de más de 40 años (48, 65, 66). El hecho carece de valor, porque todas las estadísticas de conjunto atribuyen la máxima frecuencia por debajo de los 40 años de edad.

### Comentario sobre tres observaciones

En la sesión del 23 de enero de 1937, presentamos a la Sociedad de Cirugía de Lyon, dos observaciones personales de vólvulo de ciego colon ascendente y del íleo ciego colon ascendente. La comunicación fué relatada por el Prof. L. Tixier y publicada

en el Lyon Chirurgical (Tomo 34, año 1937, pág. 370). En el primer caso el diagnóstico fué preciso; en el segundo se dudó entre vólvulo del ciego o invaginación intestinal.

El síndrome oclusivo y el signo físico capital; abdomen distendido y asimétrico y fosa ilíaca derecha vacía a la palpación, permitió el diagnóstico. En el primer caso la radiología fué concluyente; el documento fué publicado en el Libro de Ileo del Prof. D. Prat. En el segundo no se hizo examen a los rayos, pero existía un examen realizado un año antes a consecuencia de una crisis



Obs. J. P. B. (Lyon Chirurgical. 1937, pág. 370). — Balonamiento epigástrico y de ambas zonas vecinas de los hipocondrios. Hipogastrio y fosas ilíacas excavadas. Relieves de las abollonaduras intestinales, con movimientos de reptación muy lentos, a nivel del balonamiento. Este balonamiento era algo más extendido y de mayor relieve hacia el hipocondrio izq. y por momentos se extendía hacia la derecha llenando lentamente el hipocondrio derecho y descendiendo a la fosa ilíaca a la que volvía convexa.

semejante, que reveló una malformación del duodeno, caracterizada por la ausencia de tercera y cuarta porción; la segunda porción se continúa con el yeyuno (Dr. H. Mezzera). Esta malformación corresponde también a un defecto de la rotación y fijación del duodeno.

En este trabajo resumimos a modo de síntesis, los datos fundamentales de la historia, examen clínico y radiológico, y las comprobaciones operatorias de los dos primeros casos, con los documentos radiográficos y esquemas de la disposición de la lesión.

1ª Observación: J. P. B. 66 años, octubre de 1933.

Oclusión intestinal datando de 4 días. Comienzo por dolores violentos umbilicales, vómitos biliosos y balonamiento epigástrico precoz.

Antecedentes: desde 20 años, una o dos veces por año crisis semejantes a la actual, pero con resolución espontánea o con enema, en uno o dos días.

Examen físico: balonamiento epigástrico asimétrico, más extendido hacia el hipocondrio derecho; excavamiento infraumbilical. El balona-



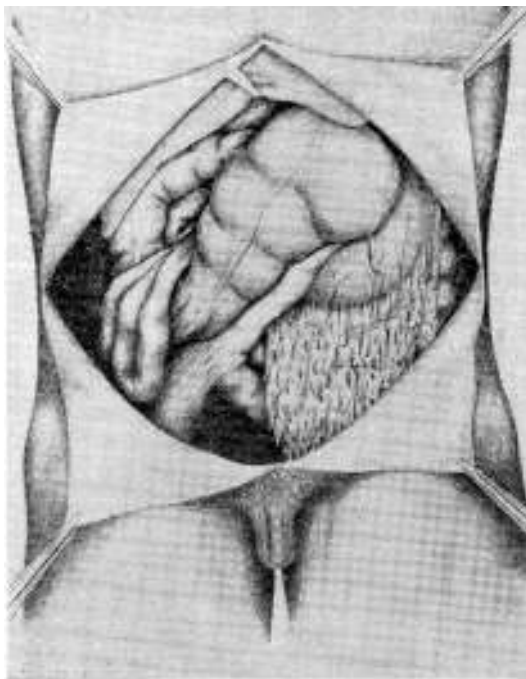
Obs. J. P. B. Radiografía de pie. — En el campo oscuro del abdomen, moteado por algunas manchas gaseosas de asas ileales, resalta el enorme globo gaseoso ovoideo, situado en hipocondrio izq. y región sub-frénica izq. Su contorno policíclico, sus niveles múltiples en gradas, su asimetría, la oblicuidad de su eje, su soledad y su topografía pueden considerarse como la imagen radiológica patognomónica de vólvulo del ciego.

miento presenta una reptación lenta en el lugar y un movimiento de deslizamiento o translación que por momentos lo lleva a distender la fosa ilíaca derecha.

Fosa ilíaca derecha vacía.

Radiografía: asa única, ovoidea, a niveles en gradas, situada alta y a izquierda. Resto del vientre opaco y fosa ilíaca derecha vacía.

Comprobaciones operatorias: torsión del ileo-ciego colon ascendente, de 180°; la última asa ileal fijada y acodada por una banda anacarada, avascular, al estrecho superior derecho. El enorme balón, cianótico, tiene un eje oblicuo desde la zona paraumbilical derecha hasta el diafragma izquierdo donde se aloja su polo cecal más distendido; el apéndice asoma su punta por debajo y detrás de este polo. La destorsión hace desaparecer la cianosis; el ciego colon derecho presenta paredes edematosas, depu-



●BS. J. P. E. — Aspecto de las lesiones. Acodadura del ciego colon y rotación. El tamaño del vólvulo era sensiblemente mayor que el que representa el dibujo. Está representada sólo la angulación, no la torsión. Gruesa banda de fijación de la última asa ileal.



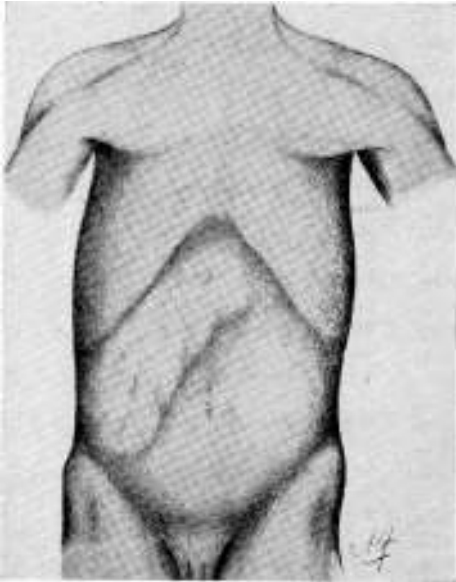
OBS. J. P. E. — La malformación colomesocólica derecha. - Ausencia de coalescencia del mesocolon, que se inserta en la línea media. El meso del colon proximal es alto y el colon absolutamente libre. La F.I.D. está vacía. Brida de Lane fijadora de la última asa ileal. Dolico colon. Se observa la escotadura producida por el acodamiento y torsión.

lidas; un estrechamiento anular, situado en la unión de los dos tercios inferiores con el tercio superior del colon ascendente, señala el lugar donde el colon se anguló y se torció.

El colon proximal, incluida como es lógico la parte más derecha del transverso, son libres, con meso ancho a inserción mediana. El ciego colon derecho es además excesivamente largo; permanece distendido aún después de destorcido. Se le desinfla por punción con trocar y se le fija. El enfermo fallece tres días después de la operación por gangrena gaseosa de la pared.

La autopsia reveló que el peritoneo estaba limpio y libre. No se comprobaron otros defectos del acolamiento que los hallados en el acto operatorio.

2ª observación. — J. G., 65 años. Oclusión intestinal datando de 72 horas, a comienzo agudo, en forma de dolor epigástrico y umbilical, intenso, progresivamente acentuado y con neto carácter intermitente, con crisis de intensificación cada 20 ó 30 minutos. Vómitos de alimentos y bilis; recientemente porráceos.



Obs. J. G. Aspecto del vientre. — Balonamiento asimétrico ocupando el hemiventre izq. e hipogastrio y región umbilical. El hipocondrio der. es excavado, depresible, con relieves de asas delgadas. — La obs. M. G. que constituye nuestro tercer caso, tenía un aspecto semejante a éste.

**Antecedentes:** Hace un año, crisis semejante, pero de dos horas de duración. Un examen radiológico hecho a causa de esta crisis, reveló una malformación del duodeno, por falta de acolamiento.

El dibujo pone de relieve la topografía de la distensión abdominal. Debe agregarse el signo de la vacuidad completa de la fosa ilíaca derecha.

La operación, realizada por el Dr. Carlos Piquerez, confirma el diagnóstico de vólvulo del ileo-ceco-colon; la torsión se ha hecho en el sentido

de las agujas del reloj. El balón ceco cólico llega al contacto del hígado. La destorsión provoca una evacuación profusa.

Curación.

La tercera observación que aportamos con los Dres. P. Pérez Méndez y S. Marizcurrena, suma al interés de la poca frecuencia de esta condición, el hecho de tratarse de un vólvulo de cuatro días de evolución, con un aspecto general excelente del enfermo, pese a que tenía una peritonitis purulenta por perforación puntiforme del ciego, con neumo peritoneo radiológico. El drenaje múltiple, la exteriorización del ciego lesionado, la intubación gástrica primitiva antes de que se produjera el íleo del delgado y quizá la penicilina y el sulfatiazol a altas dosis, permitieron una curación inesperada.

Debemos decir que el diagnóstico clínico no fué reciso en esta tercera observación. Ibamos a intervenir con diagnóstico provisional, aunque no convincente, de apendicitis, cuando la rebeldía del enfermo (débil mental) nos llevó a hacer un examen radiológico.

Con las placas a la vista el diagnóstico de vólvulo del ciego y peritonitis por perforación era evidente.

**OBS. 3. — Vólvulo del ciego colon. Peritonitis.** — Obsev. M. G., 46 años. Ingres a al Sanatorio el jueves 6 de mayo de 1946, enviado por los Drs. Pérez Méndez y Marizcurrena. Enfermó el domingo (4 días antes) con dolores abdominales violentos de tipo retortijón y a localización en medio vientre con vómitos acuosos y biliosos. La intensidad de los dolores que sobrevienen por crisis, era muy acentuada y persistieron así el domingo y el lunes, sin desaparecer; el martes los dolores siempre por crisis eran tolerables, pero ayer y hoy recrudecieron, con arcadas, no habiendo vuelto a vomitar. **Constipación absoluta desde el comienzo.** No hay antecedente de gran comilona como factor provocador.

**Antecedentes.** — Tanto la historia como los antecedentes son difíciles de precisar, porque se trata de un enfermo con acentuado retardo mental, pero los familiares lo han visto acusar muchas veces dolores agudos de vientre durante las comidas, obligándolo a levantarse de la mesa. Tales dolores datan de mucho tiempo. Habitualmente tenía mucho apetito; no se sabe si era constipado.

**Examen.** — Llama la atención el buen estado general pese a los 4 días de evolución de su enfermedad. Facies rosado; no acusa dolores en el momento del examen. Lengua saburral, húmeda. Apirexia. Pulso 90. Abdomen balonado y asimétrico. El balonamiento es proeminente en la región umbilical, participando el hipogastrio y todo el hemiventre iz-



Radiografías de los Dres. Gorlero y Zerbóni. — Gran cámara gaseosa a contorno festonado y nivel líquido, en hipocóndrio izquierdo. Asas yeyunales dilatadas con líquido y gases.

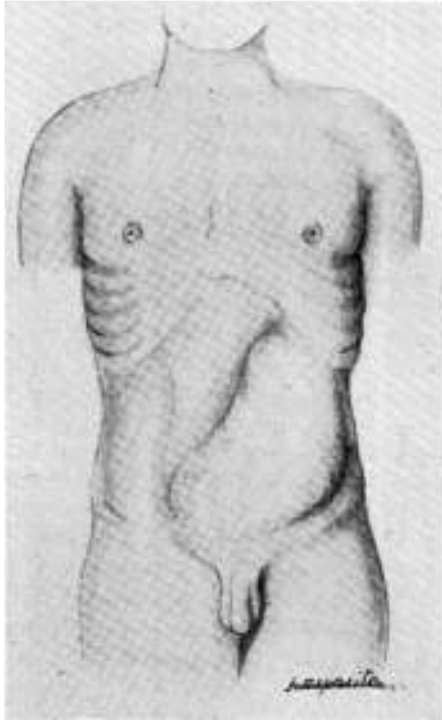


Aspecto radiológico en la placa tomada a pleno vientre. El nivel cecal está alto. Se observan: asas yeyunales ocluidas, opacidad y enturbiamiento del resto del vientre y ausencia de gases en colon derecho.



Perfil izquierdo. — Neumoperitoneo subfrénico izquierdo (I.) y derecho (D.). Gran nivel cecal. Asas yeyunales dilatadas, en posición superior y anterior. Vientre opaco y turbio en el resto.

quierdo. El hipocondrio derecho es chato. La F. I. D. parece vacía. La palpación provoca dolor y muestra una acentuada tensión y contractura moderada en región umbilical, hipogastrio y sobre todo hipocondrio izquierdo. Es a nivel del hipocondrio izquierdo que existe la mayor tensión y el máximo dolor, pero duele también la zona del ombligo. La palpación de la F. I. D. no provoca dolor y el signo de su vacuidad fué estimado sobre todo cuando se tuvo el diagnóstico con la radiografía. Hiper sono-



DES. M. G. — Topografía del balonamiento

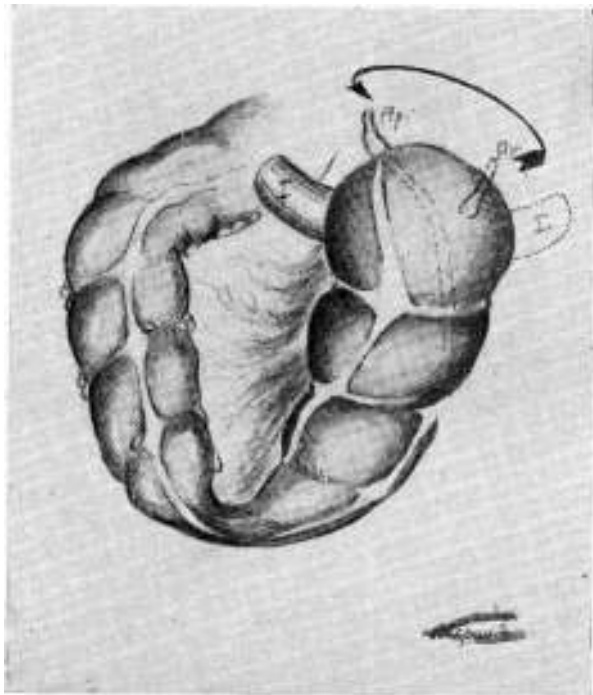
ridad a la percusión en la zona distendida. Tacto: Douglas libre no doloroso.

Con estos elementos el diagnóstico de apendicitis no era convincente. Se pensó en una posición retro mesentérica del apéndice, pero para tal hecho y con cuatro días de evolución, el Douglas libre y no doloroso no iba de acuerdo. Felizmente el enfermo se negó a ser operado y a fin de hallar un expediente para convencerlo se decidió hacer un examen radiológico. En tal examen el signo del gran nivel en hipocondrio izquierdo con contorno a grandes festones, hacía el diagnóstico matemático de vólvulo del ciego (máxime que el ciego no aparecía en la F. I. D.). Y la presencia de neumo peritoneo permitía afirmar que el intestino

estaba perforado, observándose además un aspecto turbio del bajo vientre, signo de derrame.

En suma: oclusión datando de cuatro días; oclusión baja; antecedentes de crisis dolorosas periódicas y efímeras. Ausencia de antecedentes operatorios. Signos funcionales y generales de relativa tolerancia. Vientre asimétrico y máxima distensión a izquierda y umbilical.

**Rayos X.** — Oclusión de delgado, exudado libre, neumo peritoneo; ausencia de ciego en su lugar; gran nivel en asagigante a contorno festoneado situado en hipocondrio izquierdo.

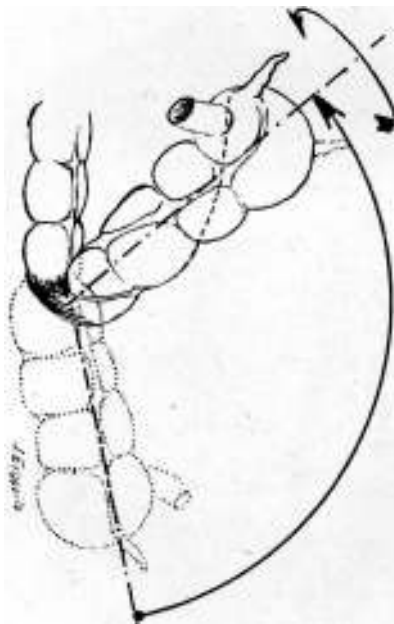


OBS. M. G. — El angulamiento y la rotación del ciego colon en su eje longitudinal

**Operación.** — Pentothal y ciclo propano (por la indocilidad del enfermo). Laparotomía paramediana derecha transrectal amplia. Pus sanguinolento libre y gases a tensión al abrir el vientre. La F.I.D. está ocupada por asas delgadas distendidas. El globo ceco cólico ascendente ocupa el hipocondrio izquierdo llegando hasta el diafragma y desplazando hacia atrás estómago, bazo y colon transverso. El enorme globo ovoideo se ha torcido 180° en sentido inverso de las agujas, y la última asa ileal baja hacia la derecha para pasar delante del colon derecho superior y caer en F.I.D. El colon ascendente un poco debajo del ángulo hepático

se presenta retorcido, edematoso, pero sin necrosis. El ciego colon enormemente dilatado presenta placas equimóticas y una perforación puntiforme en su cara anterior, por donde el gas sale provocando un silbido. Ausencia completa de acolamiento del mesocolon ascendente hasta el nivel de torsión. Tampoco está fijada la parte terminal del mesenterio.

En suma: el ciego colon ascendente se ha torcido sobre su eje longitudinal a favor de la ausencia de coalescencia del mesocolon derecho. En esta torsión la implantación de la última asa ileal pasó adelante y a derecha y el apéndice hacia arriba y adelante. Al mismo tiempo el ciego colon se ha angulado en V. Se exterioriza el ciego colon destorciéndolo. En la zona del cuello de la torsión hay edema, pero no equimosis

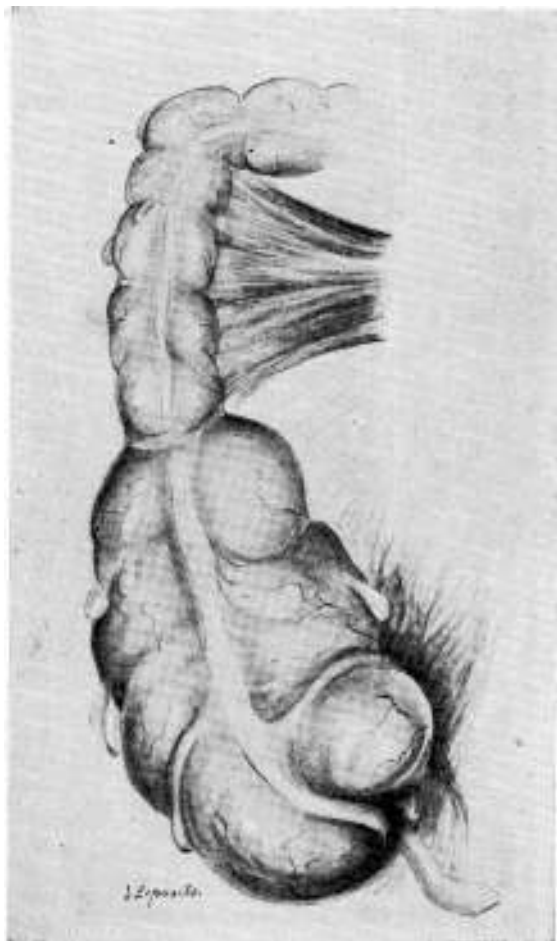


OBS. M. G. — Angulamiento y sentido de la rotación

ni zonas de necrosis de la pared intestinal. El edema de la mucosa debe ser importante, porque el colon está engrosado en ese cuello y es difícil hacer franquear los gases que distienden el ciego colon pese a no haber obstáculo en el esfínter anal, puesto que se ha colocado una gruesa sonda rectal. Una vez destorcida el asa, el apéndice y la última asa ileal vuelven a ocupar su lugar. Se hace un surjet con hilo de algodón hundiéndolo en la perforación de cara anterior, y otro surjet cubriendo un desgarramiento seroso de la cara posterior. Se exterioriza el ciego y apéndice cerrando el resto de la incisión en un plano músculo aponeurótico peritoneal y dejando la piel abierta. Drenaje suprapúbico del Douglas. Drenaje de la fosa frénica;

drenaje de la fosa subhepática. Por los tres tubos sale pus sanguinolento espeso. Duración de la operación 40 minutos.

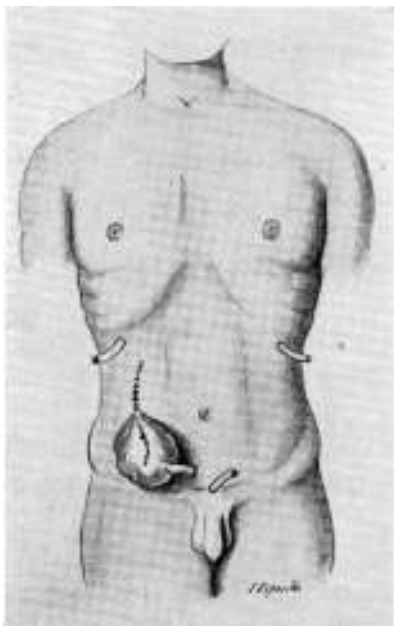
**Indicaciones.** — Suero glucosado intravenoso gota a gota. Penicilina 100:000 unidades intravenosa y 20.000 cada 4 horas. Sulfatiazol 1 gr. 25



OBS. M. G. — Aspecto del colon derecho una vez repuesto en su sitio

intravenoso cada 4 horas. Sonda gástrica fina por vía nasal. Postoperatorio: drenaje bilioso por la sonda gástrica. A las 36 horas de la operación, evacuación profusa de gases y materias fecales por vías naturales. Pese a ello el globo cecal permanece distendido comprobándose que el cuello de la incisión parietal no lo estrangula. Se remueven los tubos; sólo el del Douglas da pus hemático.

**Junio 9.** — A las 72 horas se suprimen los tres tubos de drenaje, ya que el problema peritoneal parece terminado y no drenan. El vientre sigue aún distendido; el ciego se ha perforado (perforación puntiforme) y se desinfla por presión manual suave. La sonda gástrica da pequeña cantidad de líquido bilioso. Se continúa con el tratamiento: penicilina 20.000 unidades cada 4 horas; escatin 5 c.c. cada 8 horas; cloruro de



OBS. M. G. — Triple drenaje del peritoneo y exteriorización del ciego colon.

sodio 10 c.c. al 20 % cada 8 horas. Suero fisiológico subcutáneo; líquidos por boca, supresión de la intubación.

**Junio 11.** — Se sueltan los puntos de fijación del ciego a la pared; se suelta el punto inferior de la sutura de pared y se comprime el ciego con la curación para reducirlo. Pese a haber supuración alrededor, no hubo ninguna complicación.

En los días siguientes el ciego colon se fué reintegrando espontáneamente ayudado por una suave compresión en tres sesiones de curaciones. Fué dado de alta el 8 de julio con la herida en vías de cicatrización. El 1° de agosto la cicatrización es completa.

### Conclusiones

Podemos resumir, a manera de síntesis, los datos fundamentales de la historia, del examen clínico y radiológico, del diagnóstico y las comprobaciones operatorias en los dos primeros casos.

1) Enfermos de edad avanzada, con antecedentes de crisis semejantes.

2) Evolución subaguda en la Observación N° 1, aguda en la Observación N° 2 (participación del íleo en el vólvulo de este último caso).

3) Constipación actual absoluta, pero ausencia de constipación en los antecedentes.

4) Dolor epigástrico y umbilical, de ritmo intermitente.

5) Balonamiento epigástrico en la observación N° 1, umbilical y paraumbilical en la observación N° 2.

6) Reptación lenta en los dos casos, con alargamiento y acortamientos sucesivos del balón en el caso N° 1 (movimientos de acordeón).

7) Variación de la tensión del balón coincidiendo con las variaciones del dolor.

8) Fosa ilíaca derecha deprimida a la inspección y *vacía a la palpación* en los dos casos. *Signo clínico capital.*

9) Signos radiológicos: gran asa dilatada a localización epigástrica y en hipocondrio izquierdo, multilocular, con varios niveles líquidos en gradas y convexidad marcada hacia arriba y a derecha.

Radioscopia de perfil: imagen gaseosa circular subhepática y tangente a la pared abdominal anterior, con varios anillos opacos concéntricos y niveles líquidos superpuestos, ocupando el segmento inferior del círculo. (Conjunto de signos radiológicos que indican que se trata de un asa cecal o cólica en a Obs. N° 1).

Malformación duodenal con ausencia de la tercera y cuarta porción en la observación N° 2.

10) Comprobaciones operatorias.

Asa volvulada constituida por el ciego y el colon derecho; angulación de abajo a arriba y de derecha a izquierda, y torsión sobre el eje longitudinal. Ausencia de coalescencia del meso colon ascendente; situación pregástrica y subhepatofrénica del fondo del ciego en la observación N° 1.

Asa íleo-ceco-cólica en la observación N° 2.

Mega-ceco-colon con lesión parietal discreta del tipo de trastornos vasculares sin alteración nutritiva, en los dos casos.

Destorsión fácil en los dos casos.

La observación número 3, que completa esta pequeña serie, se superpone por la evolución de 4 días, por el tipo de lesión y por la malformación que le dió origen, a la observación número 1. Como los dos anteriores, el signo capital de la fosa ilíaca derecha vacía estaba presente. El balonamiento asimétrico del vientre predominaba en la parte izquierda del abdomen, llegando hasta el reborde costal. La imagen radiológica es absolutamente característica. Esta imagen radiológica difiere de la del primer caso, en que en éste la dilatación del ciego era solitaria, en tanto que en el tercer caso había participación del delgado en la oclusión. Esta oclusión del delgado asentaba por encima de la torsión, confirmando lo que dice Del Campo de que existe en el vólvulo del ciego una estrangulación cólica con una oclusión de delgado.

En este tercer caso, el estrangulamiento del ciego colon dió origen a lesiones parietales con perforación y peritonitis y esta complicación fué exitosamente tratada con el drenaje peritoneal múltiple, la exteriorización del ciego lesionado y los antibióticos.

El estudio radiológico dos meses después de la operación y la reoperación para tratar la eventración, mostró que el ciego y el colon ascendente ocupaban un lugar permanente en el hemivientre derecho, en posición normal.

### Sumario

Se presentan tres observaciones de vólvulo del ciego colon ascendente, en sujetos de 48, 65 y 66 años. En las tres observaciones la malformación por defecto de coalescencia del colon proximal y de la parte terminal del mesenterio, fué la causa favorecedora de la torsión, en cuyo defecto esta complicación no puede existir.

Se hace especial hincapié en el balonamiento asimétrico del vientre y en el signo de la fosa ilíaca derecha vacía, como síntomas físicos que permiten orientar el diagnóstico.

Se presentan los documentos radiográficos de dos casos, en uno de los cuales la única asa distendida era el ciego colon, mientras que en el otro acompaña a la distensión del ciego colon una oclusión del intestino delgado.

El tratamiento de estos casos debe consistir en la destorsión que es fácil, y en la fijación del colon proximal al plano peritoneal posterior del abdomen.

- BARBILIAN, N. — Un cas de volvulus du caecum. *Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chirurgie*, pág. 824. 1934 (citado por Wolfler).
- BAYLEY-HAMILTON. — *Emergency Surgery*. 2nd. edition, p. 207, 1936.
- BROGLIO. — Volvulus du caecum, ses causes et son traitement. *Giornale Med. dell'Alto Adige*, XI, vol. V, fasc. 6, p. 452-460, 1933 (In *Journal de Chirurgie* XLIII, pág. 276, 1934).
- CHALFANT, S. A. — *American Journal Obst. and Gynec.*, 2: 597-600, 1921. (citado por Wolfler, Beaton, Anson).
- DEL CAMPO, J. C. — Dos casos de vólvulos del ciego. *Radiología. Boletín Soc. Cirug. del Uruguay*, Tº 14, p. 478. 1943.
- DEL CAMPO, J. C. — 3er. Congreso Chileno y Americano de Cirugía, 1941.
- DILLENSEGER, R. — Volvulus du caecum, étude radiologique. *Journal de Rad. et Electrologie*. XVII, p. 77-82. 1933 (In *Journal Chirurgie*, XLIII, p. 766. 1934).
- GRILLE CENDAN, V. — Un caso de vólvulo del ciego. — *Rev. Soc. Méd. Quirúrgica*, Litoral Nº 3, Editorial Galien. Montevideo.
- INGELFINGER, F. J. — Intermittent volvulus of the mobile caecum. *Arch. of Surg.* 2, p. 156. 1942.
- LADD, W. E. and GROSS, R. E. *Abdominal Surgery of Infancy and Childhood* p. 62-69, W. B. Saunders, Phila. P. A.
- LARGHERO YBARZ, P. — Volvulus du caecum-colon, et volvulus de l'ileo caecum-colon ascendant. *Lyon Chirurgical*, Tº 34, p. 370. 1937. Relato: L. Tixier.
- LECENE, P. — Contribution a l'étude des volvulus du gross intestin. *Revue de Chirurgie*, 1, 21, 1910.
- MONDOR, H. — Diagnostics urgents. Abdomen. Masson et Cie., 1930, p. 516.
- MONDOR, PORCHER, OLIVIER. — Radiodiagnosics urgents. Abdomen Masson et Cie. 1943.
- PRAT D. — Ileo. Palacio del Libro, Montevideo y Buenos Aires, p. 209, 1931.
- RIVER and REED. — Vólvulo del ciego. 4 casos. *Anales de Cirugia*. Vol. 1. (Nº 4 al 7), pág. 1171. 1942.
- SAUVÉ y LEJEUNE. — Deux cas de volvulus aigus du caecum. *Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chirurgie*, pág. 879. 1934.
- TIXIER L. — Volvulus du caecum-colon et de l'ileo caecum-colon ascendant. *Lyon Chirurgical*, Tº 34, pág. 370. 1937.
- VIGIL SÓÑORA E. — Un caso de vólvulo del ciego. *Radiología. Boletín Soc. Cir. del Uruguay*. Tº 14, pág. 486. 1934.
- WANGENSTEEN, O. — Intestinal obstruction. 2nd. edition, p. 385. 1942.
- WOLFLER, J. A.; BEATON, L. E.; ANSON, B. J. — Volvulus of the caecum; anatomical factors in its etiology; Report of a Case. *Surg. Gynecology and Obstetrics*, Vol. 74, pág. 882, 1942.
- LYAL, A. — Volvulus of the caecum; report of a case. *British. J. of Surg.* 1946, Vol. XXXIII, January, p. 295.

**Prof. D. Prat.** — Quería señor presidente, destacar la importancia fundamental, cosa ya perfectamente aceptada y comprobada por todos los cirujanos, de la importancia que tiene la radiología en el diagnóstico del íleo. Ya sabemos que la radiología es la que hace más seguramente el diagnóstico del íleo sobre todo en su comienzo o iniciación, y a veces puede determinar el tipo de oclusión que es, como en el caso particular de la torsión del ciego, como lo ha puesto muy de manifiesto las observaciones del Profesor Larghero. Vemos por lo tanto, la importancia fundamental que tiene este examen, al punto que, un caso que iba a ser operado de apendicitis, se pudo hacer el diagnóstico efectivo, exacto y comprobar la complicación que existía al encontrar el neumo peritoneo.

De manera que todo esto tiene una importancia capital y viene a afirmar una vez más que, aunque no se obtengan esas hermosas radiografías que nos ha presentado el Profesor Larghero, por lo menos los clínicos y los profesionales deben hacer un examen radioscópico, o que los especialistas en radiología la practiquen para investigar este diagnóstico y esa será una práctica que no se puede dejar de realizar en todos los casos sospechados de oclusión y en el vientre agudo.

En estos días he visto un caso de oclusión, mejor dicho un caso de íleo, que venía con un meteorismo y balonamiento extraordinario, de 5 a 6 días de evolución; se hizo el examen radiológico correspondiente, después de haber establecido clínicamente el diagnóstico de íleo y se comprobó radiológicamente una oclusión del delgado, sin ninguna manifestación del intestino grueso, de manera que con ese diagnóstico se operó en seguida y se comprobó un ciego y colon ascendente enormemente distendidos con evolución de 5 días de un proceso infeccioso. Se trataba de una apendicitis con una brida que iba desde el ciego a la región parietal umbilical derecha. Alrededor de esta brida giró la terminación del íleon y mesenterio, provocando un vólvulo del delgado. Diagnosticamos el íleo pero no el tipo preciso de la oclusión.

Trataré que uno de los asistentes del Instituto, presente a esta Sociedad el estudio radiológico de este caso que es muy interesante, porque precisamente uno de los asistentes, después de presentado el paciente me decía si el examen del intestino grueso, por enema baritado no podría aclarar más el diagnóstico. Es evidente que este examen es muy importante cuando se puede realizar, pero como yo suponía, la presión intra-abdominal era en este caso tan grande, existía un balonamiento tan extraordinario, que representaba dos veces el volumen del vientre del enfermo y el enema en este caso, no se podía realizar por la enorme presión del intestino en ese abdomen, y efectivamente, entró la barita sólo hasta la ampolla y un poco del intestino izquierdo, pero sirvió para orientar el diagnóstico y comprobarán ustedes en las radiografías que se presentarán, lo que puede dar la radiografía en estos casos.