

VOLVULO AGUDO DEL CIEGO

Comentarios a propósito de un caso

Dr. A. RAVENTOS MORAGAS

Cirujano Numerario del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona

Se trata de una variedad de íleo poco frecuente en nuestro país, como lo demuestra el escasísimo número de casos publicados, mientras que en otros, como los países nórdicos, son relativamente frecuentes, véase sino las estadísticas de los cirujanos escandinavos, de Finlandia, de Alemania, y en estos últimos años de Francia y Rumania. Ella nos mueve a publicar nuestro caso, por una parte para contribuir a su casuística española, y por otra algunas curiosas particularidades que presenta.

Historia Clínica. — Sr. J. Morera, de 69 años. Fabricante de tejidos.

Antecedentes personales. — No recuerda haber estado nunca enfermo, por lo menos desde la pubertad. Mide 1'65 mts., pesa 92 kgrs., tiene el aspecto de hombre obeso, de cuello corto.

Es un estreñido crónico, pero tomando laxantes ya de tipo de aceite de parafina o agar, o píldoras a base de aloes o fenoltaleína, evacuaba a diario.

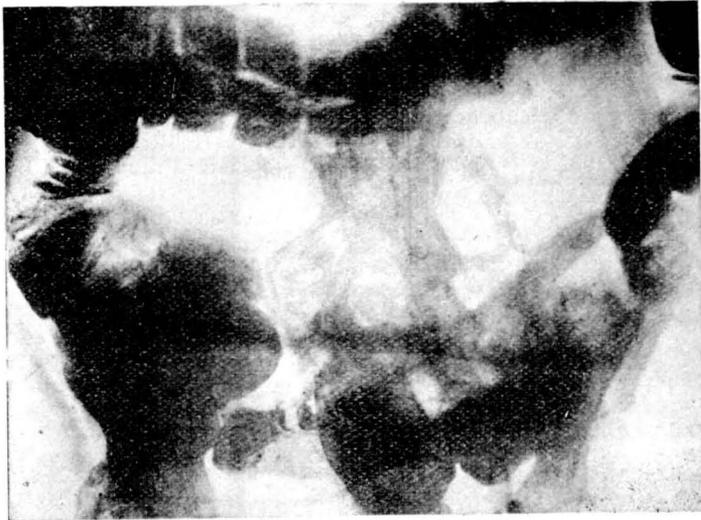


Fig 1 - Radiografía del colon y recto

Enfermedad actual. — El día 18 de diciembre de 1945, por la tarde, empieza a sufrir de un dolor abdominal difuso, no muy intenso, que después se localiza en región periumbical, y a ratos, irradiado en fosa ilíaca derecha. Por la mañana había tomado una píldora laxante con fenoltaleína y evacuó normalmente. Llega a su casa por la noche, y como que está molesto por su vientre lo atribuye a una indigestión banal y se acuesta sin cenar. A la mañana siguiente, a pesar de haber dormido a ratos, como se encuentra molesto, le administran un purgante de aceite de ricino que, afortunadamente, vomita. Sus intentos de evacuar el vientre resultan fallidos. Se queda en la cama y continúan los dolores, y por la tarde tiene un vómito verdoso. A última hora del día 19 parecen mejorar los dolores.

En la mañana del día 20 consigue hacer una ventosidad pero el dolor se hace más intenso y molesto y llama a su médico de cabecera, quien lo ve por la tarde.

Durante el día ha tomado alimentación líquida tolerándola.

Su médico, clínico muy experimentado, le encuentra con un meteorismo, dolor difuso y contractura de hemiabdomen derecho y solicita nuestra colaboración. Lo vemos a las 48 horas de haberse iniciado el cuadro.

Exploración. — Nos encontramos al enfermo con los labios algo cianóticos, cara con expresión de dolor, pero sin alteración de rasgos ni angustiosa. Respiración con tendencia al tipo torácico. Abdomen distendido, aunque el enfermo cuenta que él siempre ha tenido el vientre voluminoso.

No hay hiperestesia cutánea en ninguna zona. Contractura moderada de la pared, igual en zona supra que infraumbilical del hemiabdomen derecho.

A la palpación, dolor en fosa iliaca derecha y periumbilical. Por encima del ombligo, a unos 8 ctms., se nota una asa distendida, dolorosa a la presión, colocada en sentido transversal y con acusada sensibilidad en sus dos extremos donde empezaba y donde dejaba de notarse la distensión del asa. No se aprecia peristaltismo visible en ninguna zona, ni el asa distendida se endurece contrayéndose por la palpación. La maniobra de BLUMBERG es ligeramente positiva en fosa iliaca derecha. Por tacto rectal, Douglas algo doloroso, no empastado, y la maniobra anoparietal de SAN MARTIN positiva para fosa iliaca derecha.

La percusión lumbar es dolorosa en el lado derecho. La maniobra del psoas es dudosa en cuanto a su interpretación, pero a nuestro juicio es negativa.

La temperatura axilar es de 38'4° y la rectal 39'2°. La percusión sobre el asa da un sonido timpánico, la de los flancos buscando un derrame es negativa.

Tiene 96 pulsaciones por minuto.

Le practican un conteje y fórmula leucocitaria que dan los siguientes resultados :

Leucocitos	...	...	...	...	...	17.400	por mm.c.
Polinucleares	neutrófilos	...	...	...	...	78	%
Polinucleares	eosinófilos	...	...	...	...	1	%
Polinucleares	basófilos	...	...	...	...	0	%
Mononucleares	...	...	...	...	...	5	%
Linfocitos	...	...	...	...	...	16	%

En vista de este síndrome clínico y hemático, nosotros hicimos un diagnóstico de ileus por probable apendicitis aguda.

Intervención. — Día-20-XII-45, a las 23'45 horas. (Dr. RAVENTÓS MORAGAS). Anestesia raquídea entre XII D. y I L. con 9 cgrs. de novocaína.

Incisión de Mac Burney. Abundante pániculo adiposo. Abierta la cavidad abdominal aparecen asas de intestino delgado que difícilmente se logran rechazar. Se busca en ciego y apéndice en su localización normal, y no se encuentran, fallando asimismo la maniobra de deslizar la mano por la pared hacia el raquis; siempre se encuentra intestino delgado y mesenterio. Se prolonga la incisión y levantando la pared con valva encontramos una asa intestinal distendidísima, como una morcilla muy grande, azulada, y que por las cintas y el terminar en ella el íleon que aparece como arrollado por encima, aunque poco distendido, reconocemos como el ciego. Está colocado transversalmente unos cuatro dedos por encima del ombligo y con el fondo dirigido hacia el hipocondrio izquierdo. Se hace el diagnóstico de vólvulus cecal sobre su eje oblicuo, y con sumo cuidado se procede a su derrotación, por el peligro de que estalle como ha sucedido en varios casos publicados. La maniobra resulta fácil y una vez conseguida y ya el ciego en posición normal, se produce un paso súbito de su contenido gaseoso y líquido hacia el colon y movimientos peristálticos visibles que ocasionan una «debacle» diarréica abundantísima en la mesa de operaciones. El ciego presenta en su cara anterior, por encima de la inserción del apéndice, una zona deslustrada del tamaño de unos dos centímetros de diámetro. Se sutura el peritoneo parietal alrededor de dicha zona en forma de un círculo, dejando una gasa en contacto con él (por si tuviera que procederse a una cecostomía secundaria) y se cierra parcialmente

la herida. Al terminar la intervención el enfermo se siente muy mejorado. El curso es normal, al día siguiente ha desaparecido la temperatura, el pulso tiene un ritmo de 86 por minuto.

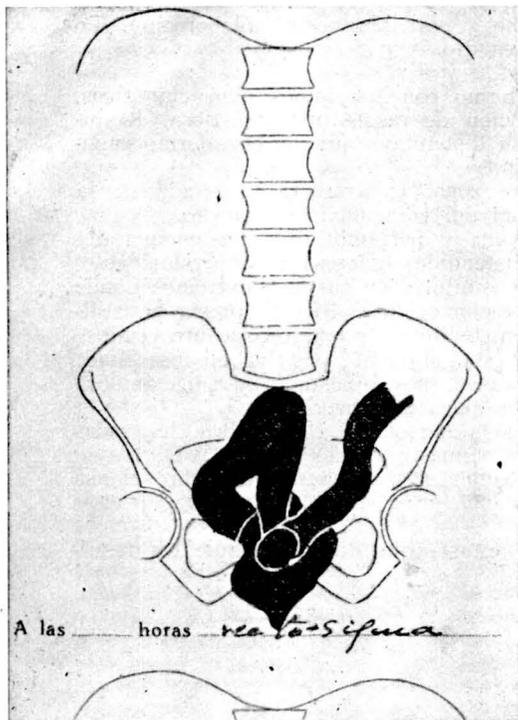


Fig. 2 - Imagen de la radioscopia segmento recto-sigma

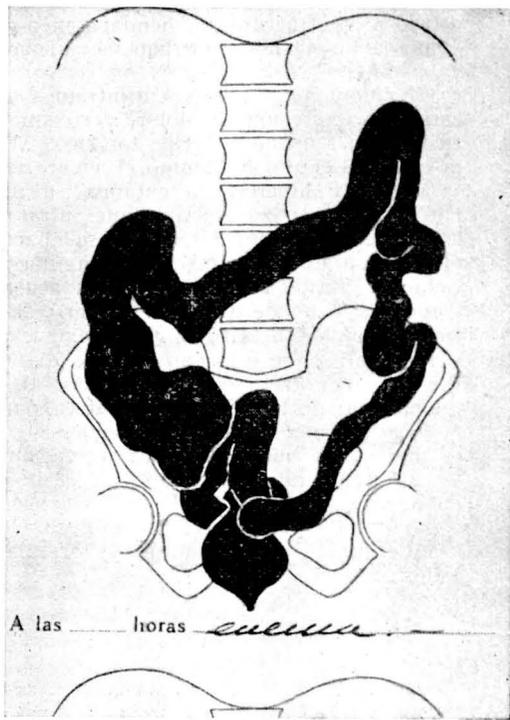


Fig. 3 - Imagen de la radioscopia de todo el colon (enema)

A las treinta y seis horas de operado, con un pequeño enema de suero hipertónico al 30 % (80 cms. c.) tibio se producen movimientos peristálticos del intestino y una deposición.

Desde entonces el tránsito intestinal queda regularizado. A los tres días se quitó la gasa que se había dejado en la herida en contacto con el peritoneo y como no exuda nada (se dejaron en ella ocho gramos de Triamida, o sea, sulfamidas) se acercan los bordes de la herida con esparadrapo, cerrándose casi como si cicatrizará por primera intención. Fué dado de alta a los catorce días.

Al darle de alta indicamos la conveniencia de que le practiquen un tránsito intestinal para observar el ciego y colon, ya que las anomalías de posición y fijación residen las más de las veces en varios segmentos.

El examen radiológico por indicación del médico de cabecera los practican los doctores FIGUERAS y FAIXAT dando el siguiente dictamen:

Por ingesta - Yeyuno ileon: No hay éstasis ileal.

Ciego: Dilatado y poco movable. Queda interferida su imagen por la del segmento sigmoideo elongado que evoluciona hacia la derecha.

Colon ascendente: Sinuoso.

Angulo derecho: Desplegable.

Colon transverso: Normal.

Angulo izquierdo: Abierto.

Colon descendente: Sinuoso. Plicaturas sin adherencias del segmento descendente y dolicosigma de evolución derecha. No hay ningún obstáculo al tránsito cólico que ha sido realizado hasta la ampolla rectal a las doce horas. (Fot. núm. 1).

Por enema: Se llena normalmente. Se confirma el dolicosigma en lazo cerrado situado en la región paracecal (véanse imágenes radioscópicas fots. núms. 2 y 3).

Comentarios. — No pretendemos hacer una descripción completa del vólculo de ciego. Ni el estudio de un caso abonaría tal pretensión, y, además, falta un elemento, el estudio radiológico preoperatorio, que sin la urgencia del caso y la hora intempestiva en que fué operado, seguramente hubiéramos realizado.

Nos ha inducido a publicarlo la escasa casuística en nuestro país, ya que aunque tenemos la convicción de que hemos visto publicado alguno en la literatura médica española, no nos ha sido posible encontrarlo. Rogamos de antemano perdón por la involuntaria omisión.

Etiopatogenia. — Es una afección relativamente rara. ROKITANSKY, en 1841, describió el primer caso; hasta 1926 PODLARHA (1) había encontrado 168 casos, y WOLFER (2) en 1942 cita haberse descrito unos 300 casos.

En ciertos países como Polonia y Rusia parecen más frecuentes, lo mismo que en Escandinavia (véase trabajo de JACOBSEN (3); en Finlandia (FALTIN), Alemania (estadística de BONE (4) y otros), y en la misma Francia, donde después de los trabajos de D'ALLAINES, THOMAS y LE PENNETIER (5), de GALLETTER y colaboradores (6), de DURAND y otros (7), últimamente JOYEUX y COURTY publican cinco casos de la Clínica de Massabuau de Montpellier (8). En cambio, MILLER (9), en la Mayo Clinic, en 136 casos de obstrucción intestinal sólo encontró uno de vólculo cecal, y ROTHMANN (10) en 150 casos del Haarlem Hospital también un solo caso.

Puede presentarse en todas las edades, desde los cuatro meses hasta los ochenta y seis años (caso de KUNZ) se han obtenido observaciones. FAUTEUX (11) describe un caso a los cuatro años. No obstante, opinan en general los autores que es una enfermedad de individuos jóvenes en la segunda o tercera década de la vida, al contrario del vólculo de sigma que se presenta en individuos de edad más avanzada (JACOBSEN, loco citato).

Es mucho más frecuente en el hombre; hay un 60 % de ellos según MIRIZZI (12) proporción que alcanza según otros hasta el 70 %. Para el autor últimamente citado, obedece esto a que en el hombre hay un 10 a 15 % en que falta la coalescencia del ciego y colon ascendente, pero en cambio BRYANT (13) dice que el ciego móvil es más frecuente en la mujer.

En nuestro caso llama la atención la edad de sesenta y nueve años, ya que son excepción los que presentan el vólculo tan ancianos, máxime sin antecedente alguno que lo hiciera sospechar.

Indudablemente la falta de coalescencia del ciego ascendente, que en algunos casos llega hasta el ángulo hepático, favorece el desplazamiento y rotación bruscos provocando el vólculo. Tales son también los casos llamados de «mesenterio común». Para algunos autores como LYALL (14) la movilidad de un segmento de ciego ascendente junto a la fuerte sujeción del restante, puede favorecer la presentación del vólculo.

Pero hay causas desencadenantes, por decirlo así, del vólculo agudo, y éstas son múltiples; las más frecuentes, la transgresión del régimen por una comida copiosa, ciertos alimentos con producción de gases abundantes, el embarazo o el parto por trastornos bruscos de desplazamiento de intestinos, los esfuerzos violentos como saltos, trabajos duros o hasta un simple purgante o laxante en estreñidos. En nuestro caso sólo esta última circunstancia pudo darse, si bien hay bastantes casos en que la causa determinante ha sido imposible de hallar.

Pero puede encontrarse un ciego y ascendente fijos, normales, y no obstante producirse en vólculo. En estos casos influyen mucho las adherencias o bridas, ya de origen apendicular o del diverticulum de Meckel, o por intervenciones anteriores. En nuestro caso no hubo ninguna causa de este tipo.

Anatomía patológica. — Los vólculos pueden ser producidos por:

- a) Rotación alrededor del eje vertical.
- b) Báscula alrededor de un eje transversal o anteroposterior.
- c) Por torsión combinada, o sea, rotación alrededor de un eje oblicuo.

Sólo la rotación sobre el eje vertical u oblicuo son un verdadero vólculo, ya que la báscula alrededor del eje transversal o anteroposterior es en realidad una anomalía congénita de posición y es rarísimo que provoque en cuadro agudo.

Nuestro caso era de vólvulo sobre el eje oblicuo con una rotación de una vuelta y media (270°) en sentido inverso a las agujas del reloj.

La posición del íleon depende del grado de rotación. En general no está distendido, ya que lo priva el mismo acodamiento en su punto de inserción en el ciego y la resistencia de la válvula ilocecal, máxime cuando aumenta la distensión en el ciego.

Las paredes de éste en nuestro caso estaban adelgazadas, azuladas, y en una zona de unos dos centímetros de diámetro la serosa estaba deslustrada, como si por allí fuera a fraguarse la perforación.

Las asas de intestino delgado ocupaban la fosa iliaca derecha, eran de volumen normal y a trozos hasta como vacías, y obstaculizaban la búsqueda del ciego.

Sintomatología. — Nos ocuparemos tan sólo de la forma aguda que era la que presentaba nuestra observación.

Dolor. — Es el síntoma inicial y más constante. A veces en la historia existen antecedentes de crisis semejantes que ceden (según FALTIN (15), colocándose en decúbito izquierdo; en cambio, en el enfermo Vº de JOYEUX y COUNTRY cedía con el decúbito derecho y se acentuaba con el izquierdo y el decúbito prono.

En general es violento en su comienzo, continúa sordo todo el día pero se exagera a ratos en forma de crisis. En nuestro caso el dolor no adquirió nunca caracteres de gran intensidad. PASCALIS (16) ha hecho remarcar que la aplicación de hielo, así como en las apendicitis contribuye a sedarlo, en el vólvulo lo aumenta.

Su localización espontánea es alrededor del ombligo, a veces en fosa iliaca derecha y hasta epigastrio en los vólvulos de eje oblicuo transversal.

A la palpación, en cierto número de casos es dolorosa la zona umbilical, y más la fosa iliaca derecha y el punto de Mac Burney (cinco casos de JACOBSEN).

En el nuestro, era dolorosa la zona umbilical y apendicular, pero presentaba asimismo dolor en el asa distendida de que hemos hablado en la historia, encima del ombligo y en especial en sus dos extremos (fondo cecal y cuello asa distendida), como también hacen notar JOYEUX y COURT Y en sus casos.

El abdomen. — Se presenta meteorizado discretamente. Se cita a veces el abombamiento supraumbilical transversal por el asa distendida (signo de Manteufel). El volumen normal del abdomen en nuestro caso impedía verla a pesar de ser palpable.

Hay casi siempre una contractura de hemiabdomen derecho que impide hallar el vacío en fosa iliaca derecha que ha sido descrito como síntoma de vólvulos del eje oblicuo cecal.

No observamos contracción peristáltica visible alguna, a pesar de estimular el vientre con la mano, ni cerca del asa dilatada, ni periumbilical ni en ninguna zona, así como tampoco endurecimiento del asa bajo la presión de nuestra mano. JACOBSEN opina que es raro, mientras que FALTIN lo considera como síntoma frecuente.

La asimetría abdominal por el asa meteorizada (signo de Bayer) no nos fué posible observarla, pero en cambio sí un signo de Von Wahl positivo, tan claro, que si la temperatura, la leucocitosis y fórmula leucocitaria y la edad del enfermo no nos hubieran despistado hacia un diagnóstico apendicular, posiblemente este solo síntoma nos hubiera inclinado hacia el verdadero diagnóstico de vólvulos, a pesar de su rareza en nuestra patria.

Por eso tal vez, insistimos más en este síntoma que creemos esencial para el diagnóstico, y sobre el que casi todos los autores insisten, y en el que si uno pensara haría el diagnóstico preoperatorio con mayor frecuencia.

Los vómitos. — Casi siempre precoces, biliosos o acuosos, o de lo ingerido, sólo en un estadio muy avanzado fecaloideos. No faltan casi nunca, pero después de uno o dos vómitos éstos cesan para reaparecer tardíamente.

Oclusión. — Así como casi siempre hay falta absoluta de emisión de gases y excrementos, en nuestro caso, a pesar de la variedad de vólvulo que presentaba, la mañana del día en que lo intervenimos, o sea a las treinta y ocho horas de iniciado el cuadro, pudo hacer una pequeña ventosidad.

La diarrea es rarísima, se ha presentado en casos de LENCE, TOPROWER (17) así como la melena citada por PINI (18).

El tacto rectal. — Es doloroso, el Douglas está tenso (CHRISTMANN). A veces se encuentra una masa blanda por el intestino delgado dilatado (válvula ileocecal forzada por la distensión, muy raro).

Derrame y matidez declive. — HOMANS (19) cita la existencia de derrame en peritoneo que se encuentra también en intervenciones, pero es raro y en períodos avanzados.

La temperatura y pulso. — En ninguno de los casos publicados hemos hallado como en el nuestro una temperatura axilar de 38'6°, no hablemos de la rectal que no la citan. AIGROT (20) dice que alcanza como máximo los 38°, y lo mismo JACOBSEN.

En cuanto al pulso, al principio se altera algo, haciéndose más frecuente; queda estacionario y aumenta de nuevo cuando pasan muchas horas con las sucesivas complicaciones. No es un signo que dé gran orientación.

El conteo y fórmula leucocitaria. — Tampoco se ve citado en los trabajos de conjunto. Es posible que el que resultó en nuestro caso sea un hecho frecuente; hay que comprobarlo, pero bueno es tenerlo en cuenta en cuanto a signo para un diagnóstico diferencial.

Otros síntomas. — Un hecho nos llamó la atención, y es que la maniobra anoparietal de LAGOMARSINO era positiva para la zona apendicular; claro está que lo afecto era la región de fosa ilíaca derecha, o sea la de implantación del apéndice en el ciego, pero queremos hacer resaltar este hecho por su importancia en el diagnóstico. Asimismo la percusión lumbar con el borde de la mano (tipo de percusión de GOYENA) producía la repercusión dolorosa al abdomen en el lado derecho.

Radiología. — En nuestro caso no se practicó y por lo tanto sólo hablamos de ella para encarecer en los casos de duda que se practique, ya que puede ayudar mucho al diagnóstico.

Lo que sí hemos hecho fué la exploración a posteriori que nos demostró la fijación operatoria del ciego como eficaz, a pesar de que éste continuaba algo dilatado y la coexistencia de un dolicosigma importante que debía ser vigilado.

Diagnóstico. — Hoy día con el examen radiológico es muy posible si se piensa en él.

Nosotros hicimos en nuestro caso el de apendicitis basándonos además de los síntomas comunes de dolor, vómitos, en la edad del enfermo, la temperatura de 38'6° y el conteo y fórmula leucocitaria. Nos apoyaban además el Rowsing positivo, la maniobra de Lagomarsino y la percusión lumbar.

Un síntoma que no supimos interpretar y es el signo de Von Wahl, en este caso síntoma de Zoage-Maunteufel, o sea, el asa dilatada transversal supraumbilical dolorosa, más intensamente en sus extremos. Nos hizo dudar, pero como en la apendicitis de los viejos se presentan a veces formas mecánicas de oclusión (PIULACHS y PLANES GUASCH (21), no muy raras, nos lo explicamos de este modo.

A posteriori, justipreciamos este síntoma en su verdadero valor, ya lo remarcan algunos textos y publicaciones, pero como sucede con las afecciones raras, no siempre lo tiene uno presente.

Hasta el trabajo de JACOBSEN, sólo en tres casos se había hecho el diagnóstico preoperatorio, los de MANTEUFEL, WARNACH y FALTIN.

Los autores daneses los habían diagnosticado casi todos de ileus o de apendicitis aguda. Se ha confundido también con el vólvulus de sigma, pero en éste el meteorismo difuso es mucho más tardío como hace notar RUTKOWSKI (22), y el enema no permite la entrada de dos litros de agua como puede hacerse en el vólvulo cecal. El «ballon-symptom» de Kiwull no es alto como el asa transversal de Maunteufel, sino que ocupá el vacío derecho y se dirige hacia abajo y la izquierda hasta por encima del pubis.

Aun en publicaciones recientes como la de JOYEUX y COURTY, se dice que la temperatura y pulso no se alteran, pero en nuestro caso no se confirma esto, antes al contrario, su modificación contribuyó poderosamente a nuestro error.

Pronóstico. — Es siempre muy grave, dependiente, claro está, de la variedad e intensidad del vólvulo y el tiempo pasado antes de su tratamiento.

VALENTIN y KINNEAR (23) describen un caso que falleció a las cinco horas de iniciarse el cuadro.

Tratamiento. — Debe ser únicamente el quirúrgico. Los cambios de posición, los enemas para intentar el que el asa adquiera su primitiva posición, son métodos aleatorios que casi siempre conducirán al fracaso y aun en el mejor de los casos no nos ponen a salvo de una probable y rápida recidiva. Además, el pronóstico es lo suficientemente serio para no perder el tiempo en un cuadro que cuantas más horas pasen peor es.

Si pudiéramos juzgar sólo por nuestro caso, la detorsión sería la ideal, ya que en nuestro enfermo a los sesenta y nueve años nos dió un resultado magnífico.

Pero debemos plantearnos todas las eventualidades ante un caso de vólvulo cecal y saber ante todo qué puntos debemos y buscamos resolver.

Son éstos :

1.º Suprimir la oclusión y restablecer el libre tránsito del contenido intestinal.

Esto encierra dos premisas : a) Suprimir el obstáculo mecánico. b) Restablecer el peristaltismo intestinal evitando así la absorción del contenido tóxico del asa dilatada.

2.º Suprimir el trastorno de nutrición del asa volvulada, evitando su mortificación.

3.º Evitar la recidiva.

Para cumplir todos estos fines, hay indicaciones absolutas y relativas y nosotros creemos que lo mejor para exponerlas es seguir un método como si nos encontráramos entrente de uno de estos casos.

Anestesia. — Hay un procedimiento que contribuye poderosamente a restablecer el peristaltismo : La raquianestesia. Nosotros la empleamos en nuestro caso y a ella le atribuimos buena parte del éxito, ya que apenas se quitó el obstáculo mecánico por la detorsión, se recobró el peristaltismo de un modo enérgico, y en la misma mesa de operaciones hizo el enfermo un verdadero despeño diarreico y gran cantidad de gases. BONA (loc. citato) en sus siete casos usó asimismo en todos ellos la anestesia raquídea con seis curaciones en siete casos. En cambio los demás métodos de anestesia no contribuyen a dicho fin, por eso lo preconizamos.

El procedimiento operatorio. — Si se hace el diagnóstico preoperatorio hacer una incisión apropiada, probablemente la mejor es la pararectal larga, sino debe ampliarse la ya hecha, pues lo esencial es ver la lesión y el estado del asa. Esto es lo importante, no el número de horas que hayan pasado. Si el asa está relativamente íntegra que no peligre un estallido brusco al maniobrar con cuidado sobre ella, debemos ante todo ver si está libre o con adherencias para liberarla de ellas. Después, la detorsión con el máximo cuidado será lo que nos proporcionará mejores éxitos. BUNDSCHUH (24) con este procedimiento tuvo sólo dos muertos en doce casos, o sea un 17 %. LYALL obtuvo asimismo un éxito en su caso. DUBROUX (25) dice que es el procedimiento de elección si las lesiones anatómicas lo permiten. Y si el asa (en general ciego ascendente) está alterada en la nutrición de sus paredes y con gran tensión de su contenido?

La vaciaremos con un trócar y aspiración, previa una sutura infundibilizante alrededor del sitio puncionado. El vaciamiento nos permitirá las maniobras de detorsión del asa y ver el grado de recuperación de su vitalidad. Si ésta nos parece completa, o sólo hay una pequeña zona dudosa, suturaremos como en nuestro caso (aunque no la vaciaremos antes) el peritoneo parietal al asa, circundando el área de peligro.

Si no se recupera después de la detorsión, nos continúan quedando planteados dos problemas. El dar paso a la travesía intestinal (que una asa en malas condiciones no dará, ya que permanece paralizada) y el infectivo que condiciona la asa en vías de mortificación.

Lo primero puede resolverse por una ileotransversostomía con fleon y transversos sanos. La cecostomía, la apendicostomía o apendicectomía con cecostomía de su base son intervenciones a nuestro juicio poco recomendables, ya que o son innecesarias si la obstrucción está resuelta y el estado de las paredes del ciego es bueno, o si no son menos eficaces que la ileotransversostomía y de efectos paliativos tan sólo en el mejor de los casos.

¿Y si realizamos la ileotransversostomía, qué conducta seguiremos con el ciego y colon ascendente excluidos y alterados? Se ha preconizado por muchos la resección. Claro está que es lo más quirúrgico y hasta lo más elegante para el cirujano, pero, ¿qué pronóstico tiene? En las estadísticas se habla hasta de un 50 % e incluso de un 60 % de mortalidad. Acordémonos que el estado general del enfermo puede ser precario por la intoxicación que sufre, y es muy posible que uno se incline por la exteriorización con resección secundaria. El estado del enfermo en el momento de la intervención es el que debe guiar al cirujano sin prejuzgar la conducta a seguir en cada caso.

Queremos insistir en que no son las horas, ni el período clínico en que está el caso (según algunos autores) sino el estado de alteración anatómica de las asas volvuladas los que deben imponer la conducta terapéutica.

Por último, el cirujano debe procurar evitar las recidivas, practicando la pexia del ciego. En nuestro caso, a pesar de ser limitada, la radiología demostró después que era efectiva, pero algunos autores insisten en que la fijación sea hecha a expensas de la cara posterior fijándola a su localización normal, pues puede darse el caso de producirse después de una fijación insuficiente una recidiva en forma de vólvulus alrededor del eje longitudinal. LECENE dice que la tifo-pexia es inútil sino es cuidadosa. Si el diagnóstico ha sido preoperatorio, y se ha confirmado la existencia de un dolicosigma sería aconsejable asimismo su fijación como medida preventiva, pero no siempre será factible dada la gravedad del cuadro que interesa resolver rápidamente.

BIBLIOGRAFIA

1. PODLARHA. Citado por Lenormand. — 2. WOLFER, BEATON y CLYSON. Surg. Gyn. and Obst. Tomo 74, pág. 882, 1942. — 3. JACOBSEN. Acta Chir Scandinavica. Tomo 56, pág. 181, 1924. — 4. BONA. Zentr. für Chir. núm. 44, pág. 2.425, 1938. — 5. D'ALLAINES, THOMAS y LE PEUNETIER. — 6. GALLETTIER, MONTIER y PORCHER. Archiv. Mal. de l'Ap. Dig. et Nut. pág. 20. Enero 1931. — 7. DURAND, PLICHET y FORCHER. Archiv. Mal. de l'Ap. Dig. et Nut. pág. 321, 1933. — 8. JOYEUX y COURTY. Journal de Chirurgie, núm. 1-4, pág. 23, 1943. — 9. MILLER. Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic, pág. 424, 1940. — 10. ROTHMANN, BRUCKNER y LETENA. American J. Surg., pág. 292, 1943. — 11. FANTEUX. Union Méd. du Canada, pág. 148. Febrero 1935. — 12. MIRIZZI. Tumores abdominales. Edic. el Ateneo. — 13. BRYANT. Jour. of Am. Med. Asso., pág. 1.400, tomo 77, 1921. — 14. LYALL. Brith. Jour. of Surg., pág. 295. Enero 1946. — 15. FALTIN. citado por Jacobsen. — 16. PASCALIS. Presse Med., pág. 1.578, 1929. — 17. TOPROWER. Wiener Klin. Wochens, pág. 1.417, 1932. — 18. PINT. Bol. y Trab. Soc. Cirugía Buenos Aires, pág. 1.289, 1932. — 19. HOMANS. Archiv. of Surg., pág. 395, tomo III, 1921. — 20. AIGRET. Bull. et Mem. Soc. Nat. Chir., pág. 554, 1931 (presentado por Alglave). — 21. PILLAGHS y PLANAS. Anales de Medicina, pág. 409. Septiembre 1945. — 22. ROTKOWSKI. Citado por Jacobsen. — 23. VLENTIN, KINNEAR. Brith. Med. Jour., pág. 417, 1937. — 24. BUNDSCHUHE. Bruns. Beitr. Zur. Klin. Chir., pág. 58, 1913. — 25. DUROUX. Citado por Joyeux y Courty.