

HISTORIAS CLINICAS

UN CASO DE INVAGINACION TOTAL DEL COLON. COLECTOMIA TOTAL

Por el Prof. *Manuel José Luque*, de Bogotá. (Clínica Quirúrgica).

Sala San Francisco de Sales. Cama N° 19. Historia N° 56635.

Iniciales del nombre: J. A. J.

Edad: 23 años.

Estado civil: soltero.

Lugar de origen: Tenza.

Procedencia: Villeta.

Profesión: jornalero.

Fecha de entrada al hospital: Septiembre 28 de 1943.

Fecha de llegada al servicio: Diciembre 10 de 1943.

I. Causa de entrada al hospital.

El enfermo entra al hospital por un fuerte dolor abdominal, del cual está sufriendo, en forma intensa, desde el mes que precedió a su hospitalización. Llegó al servicio del doctor Alfonso Uribe Uribe (Clínica Interna) de donde fue trasladado, más tarde, al de Clínica Externa.

II. Antecedentes familiares.

Carecen de importancia para el caso presente. Los padres siempre han sido sanos. Tiene cuatro hermanos de buena salud. Tuvo uno que murió pero ignora la causa. No hay mayores datos de interés.

III. Antecedentes personales.

El enfermo sufrió en la infancia de sarampión, tos ferina y viruela. Hace nueve años, en Miraflores, tuvo una fiebre amarilla y más tarde un paludismo que se trató suficientemente. Existen datos sobre un posible chancro sifilítico. Siempre ha sufrido de su aparato digestivo; lo han mortificado frecuentes e intensas diarreas que alternan con crisis de constipación. Alguna vez tuvo un cólico, al parecer hepático, por que aparecieron ictericia y acolia. Siempre ha vivido en climas medios y malsanos.

IV. Enfermedad actual.

Aproximadamente un mes antes de su llegada al hospital, tu-



Dibujo semi-esquemático de la pieza. — Obsérvense al ciego, al apéndice, al colon ascendente, a más de la mitad del colon transverso y a una porción del ileon, invaginados dentro del ángulo cólico izquierdo y del colon descendente.

vo un fuerte dolor abdominal, difuso en extensión, y que le continuó por espacio de algunos minutos, después de los cuales empezó a calmar poco a poco hasta casi desaparecer, para repetirse de nuevo en forma violenta a la media hora, más o menos, revistiendo en esa ocasión idénticos caracteres que la primera vez. Luego reapareció con los mismos intervalos de tiempo; es decir, cada media hora aproximadamente. Cada acceso tenía algunos segundos de duración intensa, después de los cuales calmaba lentamente, hasta extinguirse completamente. En realidad, parece que el dolor no llegaba a apagarse del todo, y no había períodos de calma verdadera. Los accesos se fueron acercando con el transcurso del tiempo hasta el extremo de que, cuando el paciente ingresó al hospital, se presentaban en forma paroxística, cada cinco o diez minutos. Conjuntamente aparecieron deposiciones diarreicas que reproducían las características del síndrome disenteriforme: abundancia, frecuencia, sangre, pujo, moco, tenesmo rectal y espasmos dolorosos intestinales. También hubo vómitos copiosos, sanguinolentos en ocasiones, anorexia, mareos y debilidad general con pérdida de las fuerzas. Tal la situación cuando ingresó al servicio del Prof. Alfonso Uribe con el diagnóstico de síndrome disenteriforme.

V. Examen del enfermo.

a) *Inspección general*.—Se trata de un individuo de raza blanca, joven, de constitución física mediana que no presenta deformaciones especiales apreciables a simple vista. Denota el rostro sufrimiento marcado y cada cinco o diez minutos parece acentuarse la expresión de dolor, lo cual coincide con la aparición de las crisis.

b) *Piel y mucosas*.—Piel lisa, uniforme, de coloración blanca pálida; en la cara interna de los muslos, lo mismo que en las piernas, se ven cicatrices por picaduras de insectos. No existen mayores particularidades que mencionar. Mucosas un tanto pálidas, sanas, con cierto aspecto de anemia. No hay erosiones ni nada que merezca citarse.

c) *Aparato circulatorio*.—Normal en sus caracteres generales. Pulso débil, regular, depresible, ligeramente acelerado. Varía en derredor de 96 pulsaciones al minuto. Tensión arterial: máxima $10\frac{1}{2}$; mínima 8. La auscultación no da signos de lesión aparente, tan solo se aprecian, un poco velados, los ruidos del corazón.

d) *Aparato respiratorio*.—Cuando el paciente llegó al servicio de Clínica Interna tenía una tos muy discreta, posiblemente de causa bronquial, ya que al examinar la espectoración no se halló nada especial, y los pulmones eran absolutamente normales. Número de respiraciones 20, de tipo torácico superior (!).

e) *Aparato digestivo*.—Lengua húmeda, ancha, lisa, limpia. Presenta algunas grietas transversales. Hay una especie de hipotonía y las arcadas dentarias se encuentran marcadas en los bordes

laterales de la lengua. Dientes en buen estado, si exceptuamos algunas piezas con caries insignificantes. Amígdalas levemente hiper-trofiadas y crípticas.

Abdomen. — Ligeramente globuloso, con predominio de esta característica del lado izquierdo. Es depresible a la palpación y sensible en toda su extensión, también especialmente del lado izquierdo. En el flanco de ese lado, a una atenta exploración, se percibe la existencia de una masa pequeña, dura, irregular, mal delimitada y muy poco móvil. Bastante dolorosa cuando se hace presión sobre ella.

Interrogatorio actual. — Cuenta el paciente que en la actualidad lo mortifican crisis dolorosas de forma paroxística, aproximadamente cada cinco o diez minutos, con cuatro o cinco segundos de duración cada una de ellas. Sufre de diarrea bastante fuerte, ya que el número de deposiciones oscila entre cinco y ocho por día. De consistencia ya líquida, ya semi-líquida, abundantes, color pardo-negrusco, con moco y con sangre, tenesmo rectal y pujo.

Vomita con relativa frecuencia, con facilidad y la mayoría de las veces es de tipo alimenticio. En ocasiones se presenta con sangre roja. Existe también un persistente estado nauseoso, que mucho mortifica al enfermo.

f) *Sistemas nervioso; endocrino y linfático.* — Se encuentran más o menos normales. Del sistema nervioso solamente podemos anotar una exageración de los reflejos tanto cutáneos como tendinosos. Entre los primeros están acentuados el cutáneo-abdominal y el cremasterino. Del examen de sus glándulas endocrinas nada podemos concluir, pues nos parecieron normales. En la región inguinal existe una leve poliadenia. Hay en la axila también algunos pequeños ganglios.

Datos del Laboratorio.

Septiembre 30. Examen coprológico: Huevos de parásitos. Uncinaria positivo. No hay quistes de amibas.

Octubre 8. Examen coprológico. Huevos de ancylostomideos ++. Almidones ++.

Octubre 14. Hematozoario: Negativo en la muestra examinada.

Octubre 29. Examen coprológico: Parásitos intestinales. Negativo en la muestra examinada. Fibras musculares atacadas +++. Almidones++. Sangre oculta, positivo.

Noviembre 5. Serología: R. de Wassermann (—) Negativo total. R. de Kahn (+) Positivo débil.

Noviembre 23. Examen coprológico: P. I. — Negativo en la muestra examinada. Almidones +++. Sangre oculta; huellas.

Examen radiológico.

Boletín N° 38621 de octubre 13 de 1943.

Al examen fluoroscópico del toráx no se ve ninguna lesión pulmonar y el corazón y la aorta son de aspecto normal.

El estómago tiene una situación bastante alta y horizontal y en sus paredes no se ve ninguna irregularidad. La evacuación gástrica se inició normalmente. La imagen del duodeno es normal.

Se practicó un examen del colon por medio de enema opaco pero el lavado solo llenó el colon izquierdo. En estas partes del colon se ven signos de colitis de tipo ulceroso.

Diciembre 7 de 1943.

Se examinó este enfermo en diferentes ocasiones por medio de enemas opacos y de insuflación de aire. El lavado opaco no se logra hacerlo penetrar en el colon descendente a pesar de aumentar bastante la presión y la cantidad de líquido. El bario se detiene más o menos a la altura de la cresta ilíaca y el contorno del medio de contraste en este sitio es bastante regular.

En el examen practicado por medio de la insuflación de aire, si se logró llenar el colon descendente y en este aparece una laguna opaca de contornos convexos y muy regulares.

Por los signos hallados en este examen, considero que existe un pólipos en la parte inferior del colon descendente.

(Fdo.) Dr. Francisco Convers

Examen Médico.

Durante la permanencia del enfermo en el servicio del doctor Alfonso Uribe Uribe, se trató médicaamente.

Para calmar el dolor se le formuló láudano a razón de XX gotas al día. Luego mejoró el estado general con la aplicación repetida de suero glucosado hipertónico. Se trató igualmente el parasitismo intestinal con un vermífugo a base de timol, que le obró bastante bien, si tenemos en cuenta los exámenes coprológicos hechos con posterioridad al tratamiento. Se combatió la diarrea con emetina a dosis de 6 y 8 centigramos diarios, pero sin resultado alguno ya que el número de deposiciones que al ingresar al servicio oscilaba entre cinco y ocho por día subió hasta veinticinco y más, en el mismo tiempo. La enterorragia llegó a ser alarmante para la cual se le aplicó trombógeno, calcio, etc. Igualmente se le administraron cardio-tónicos.

Una vez hecho el examen radiológico del 7 de diciembre el enfermo fue trasladado a nuestro servicio adónde llegó el 10 de diciembre de 1943 con la sintomatología ya anotada, y con el diagnóstico de pólipos del colon descendente.

Una vez allí se le practicaron los exámenes siguientes:

Diciembre 20 de 1943.

Tiempo de coagulación: 6 minutos (Lee y White). Normal: 5 a 10 minutos.

Examen parcial de orinas: Densidad — No alcanzó la orina. Albúmina — Ligeras huellas. Glucosa — No hay. Sedimento — Ura-to de soda +++; cristales de oxalato de cal ++ Levaduras ++; bacterias +.

Azohemia y Glicemia.

Azohemia — 0,32 por mil.

Glicemia — 0,98 por mil.

Procedimos en seguida a hacer un tratamiento de preparación al acto operatorio, que se llevó a cabo con suero glucosado, calcio, etc.

Acto operatorio.

Cirujano. Prof. Manuel José Luque.

1º Ayudante. Santiago Londoño.

2º Ayudante. Roberto Rueda.

Anestesista. Eduardo Posada M.

Anestesia al éter, sin accidente alguno.

Descripción del acto operatorio.

Se hizo una laparotomía paramediana, infraumbilical, del lado izquierdo, en el ánimo de exteriorizar el colon descendente. Lo hallamos bastante dilatado, en toda su longitud, con falsas membranas que lo tabicaban en el sentido perpendicular a su eje, congestionado y de consistencia firme. Seccionadas algunas de esas adherencias logramos exteriorizarlo. Hicimos a continuación una colotomía amplia con el objeto de explorar y, si el caso era, extirpar el pólipos, que tendría que ser de muy largo pedículo, y que fue diagnosticado por la radiografía. Encontramos entonces una invaginación enorme: el colon ascendente; parte, o casi la totalidad del transverso; el ciego y el apéndice; una cuarta, o más, del intestino delgado, porciones todas metidas dentro del resto del colon, con su respectivo meso estirado y dilacerado.

En vano, por los medios que estuvieron a nuestro alcance, intentamos una desinvaginación. Las adherencias, la exagerada congestión de las paredes cólicas, la misma fragilidad de las paredes del intestino hacían ilusorio nuestro propósito. En esas circunstancias resolvimos practicar la colectomía total y la resección de la parte terminal del ileón, seguidas de la anastomosis término-terminal entre el cabo ileal y la porción superior del colon recto-sigmoideano. El calibre del intestino delgado, en la porción a unir, había aumentado tanto en su diámetro, que se adaptó perfectamente a la sección del colon mencionado.

Luego de una cuidadosísima hemostasis, de espolvorear sulfatiazol y de colocar drenes de gasa, cerramos la pared, como se hace habitualmente.

Complicaciones operatorias: Shock.

Postoperatorio.

Al concluir la intervención hicimos una transfusión de sangre total en cantidad de 250 c. c. Al mismo tiempo aplicamos suero, cardio-estimulantes, etc. Como anotáramos una marcada hipotermia, le hicimos aplicaciones calientes, lo colocamos en reposo perfecto y en quietud. Al cabo de una hora recobró el conocimiento y habló de intensa sed. Humedecimos los labios con agua azucarada. Pulso bastante débil, hipotenso, regular. Aplicamos suero intravenoso, subcutáneo e intrarectal.

Diciembre 23.

El mismo estado anterior, quizá un tanto más decaído. Hallamos signos de desfallecimiento cardíaco. Inyectamos ouabaina por vía endovenosa y le aplicamos una transfusión de plasma sanguíneo. Seguimos hidratándolo. El enfermo no recobró de una manera perfecta el conocimiento, pero existía sensibilidad cutánea en las extremidades inferiores, que reaccionaban a la prueba del calor. Con todo, no fue posible sacarlo del estado de shock y en la tarde de ese día falleció.

Antes de hablar del estudio anatomo-patológico de la pieza extraída, consideramos de interés consignar las investigaciones hechas con el estudio proctológico, del doctor E. Andrade, especialista rectal.

“Tacto.—Espasmo del esfínter”.

“Recto. — Sigmoidoscopia: el aparato penetró sin dificultad hasta 30 centímetros del ano y a esta altura no se observó ninguna anormalidad de la mucosa, lo mismo en el resto de la mucosa del sigmoide y del recto”.

Estudio Anatomo-Patológico (1) :

PROTOCOLO QUIRURGICO Nº 66. (Muestra recibida en diciembre 22 de 1943).

Nombre J. A. J.

Edad: 23 años.

Origen del tejido: Intestinos delgado y grueso.

Servicio: Prof. Luque. (Cama Nº 19).

Diagnóstico Clínico: Invaginación intestinal.

Diagnóstico Anatomo-patológico :

(1) Hecho por el Dr. Miguel Mariño Zuleta.

- 1º "Colitis subaguda ulcerosa".
- 2º "Infartos hemorrágicos del colon".
- 3º "Apendicitis subaguda".
- 4º "Linfadenitis subaguda".
- 5º "Invaginación del ciego, apéndice, colon ascendente y parte del transverso, dentro del transverso y descendente".

Descripción Macroscópica: Recibidos 2 segmentos de intestino. Uno consiste en un largo segmento de intestino grueso que mide 1.30 ctms. La superficie exterior del intestino muestra el peritoneo muy congestionado y desplulado. Las bandas cólicas son de aspecto normal. Abierto el colon a todo lo largo, se observa la mucosa edematosa y congestionada. Varias ulceraciones de forma irregular y cuya profundidad compromete todo el espesor de la mucosa, se encuentran en una de las extremidades del intestino. El segundo segmento de intestino, que mide 15 ctms. de longitud, aparece completamente invaginado, de tal manera que la superficie mucosa está por la cara externa. La mucosa está edematosa, sumamente congestionada y presenta algunas exulceraciones y numerosas zonas hemorrágicas. Desenvaginado este segmento intestinal, se descubre que consiste en el ciego y apéndice. El peritoneo cecal está totalmente desplulado, y presenta numerosísimas adherencias fibrosas. El apéndice está adherido al fondo del ciego por antiguas adherencias fibrosas. En la cara interna del ciego se encuentra un segmento de ileon que mide unos 2 ctms. La válvula ileocecal no presenta ninguna alteración, salvo el estado congestivo de la mucosa. El apéndice tiene unos 10 ctms. de longitud y es de calibre normal. Abierta en toda su longitud aparece la luz completamente permeable, y solo llama la atención el estado congestivo de la mucosa. La cavidad apendicular está completamente vacía.

Los ganglios cólicos son de tamaño y aspecto normales.

Se tomaron las siguientes muestras de tejido:

- 1º Segmento de colon ascendente con una ulceración.
- 2º Segmento de colon aparentemente normal.
- 3º Porción del fondo del ciego.
- 4º Pared del ciego con una zona hemorrágica.
- 5º Segmento de apéndice.
- 6º Ganglio linfático pericecal.
- 7º Segmento de ileon.

Descripción Microscópica: 1º Los cortes de la úlcera situada en el colon ascendente, presentan la siguiente estructura: la base de la ulceración está constituida por un tejido de granulación caracterizada por una trama de tejido fibroconjuntivo, en el cual se encuentran numerosísimos capilares neoformados y muy congestionados. Está este tejido densamente infiltrado por polinucleares neutrófilos y eosinófilos, linfocitos, células redondas, mononucleares y

algunas mastcellen. Numerosísimos cocos aislados aparecen dispersos por el tejido. Llega en profundidad el tejido granulomatoso hasta la capa subserosa, de tal manera que ambas capas musculares están destruidas, y solo son reconocibles algunos haces de fibras musculares necrosadas. La pared cólica que circunscribe la úlcera, presenta la mucosa sumamente inflamada: se observan numerosas zonas de edema intersticial, áreas hemorrágicas, intensa congestión vascular y una abundante infiltración por leucocitos de todo tipo. Las glándulas de Lieber-Khune aparecen hiperplásicas, su epitelio presenta numerosas células en mitosis y la luz contiene una substancia mucoide. La submucosa y capas musculares presentan una moderada infiltración leucocitaria, y las fibras musculares han sufrido la degeneración vacuolar. La serosa y subserosa están ligeramente inflamadas. El epitelio de revestimiento de la mucosa está descamado en casi toda su extensión.

2º En el corte de colon —aparentemente normal—, solamente se observa un moderado estado inflamatorio de la mucosa y una hipertrofia de las musculares. La serosa aparece a trechos congestionada e inflamada.

3º El corte de la pared cecal muestra un estado inflamatorio acentuado de la mucosa y capas musculares; estas aparecen también hipertrofiadas y con degeneración vacuolar. La serosa está intensamente congestionada.

4º El corte de ciego con una zona hemorrágica, muestra un moderado estado inflamatorio de la mucosa y capas musculares, y un pequeño infarto hemorrágico situado en la submucosa. La serosa está un poco congestionada.

5º La mucosa apendicular presenta un estado inflamatorio subagudo. La capa linfoide es escasa y solo se observan algunos folículos linfoides en "estado reacional". Las musculares y serosa están discretamente infiltradas por leucocitos.

6º El ganglio linfático pericecal presenta una gran proliferación de los folículos linfoides que se encuentran en "estado reacional". El retículo-endotelio está hiperplásico, y la presencia de numerosas células en carioquinesis atestiguan su estado reacional. En los sinusoides se encuentran abundantes linfocitos, especialmente macrolinfocitos. El estroma aparece infiltrado por abundantes eosinófilos y mastcellen. La cápsula no presenta nada especial.

7º En el corte de ileon se aprecia un ligero estado inflamatorio de la mucosa y una hipertrofia de las musculares. La serosa está ligeramente congestionada.

Conclusión:

Se trata de una colitis subaguda úlcerosa, cuya etiología no se

puede precisar. Se buscaron amibas cuidadosamente con resultado negativo. La presencia de cocos es, seguramente, una infección secundaria. La invaginación del colon, indudablemente fue un fenómeno secundario a la inflamación cólica, pues, si bien, el estado inflamatorio es de regla en toda invaginación intestinal, el proceso úlcero-soboso no encontraría explicación en este solo hecho.