

**PRESENTACIÓN DE CASO****Oclusión intestinal por vólvulo de íleon, a propósito de un caso***ERIAN JESÚS DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ, ORIOL BALÓN COSTA, GERMÁN JOUBERT ÁLVAREZ**Hospital Provincial Saturnino Lora Torres, Santiago de Cuba, Cuba.***RESUMEN**

La oclusión intestinal mecánica es una enfermedad recurrente en los servicios quirúrgicos; sin embargo, el vólvulo de intestino delgado es una de sus causas etiológicas poco frecuentes. Se presenta un caso de oclusión intestinal por vólvulo de íleon en un paciente masculino de 63 años. El diagnóstico solo pudo confirmarse en el acto operatorio, donde se encontró un vólvulo que tomaba prácticamente todo el íleon. Como técnica se le realizó resección intestinal de todo el segmento afectado e ileotransversostomía término-lateral. El paciente evolucionó de manera satisfactoria, egresó sin dificultad y se le dio seguimiento sistemático en consulta externa.

**Palabras clave:** oclusión intestinal, vólvulo de intestino delgado.

**INTRODUCCIÓN**

El término oclusión (del latín *occludere* que significa cerrar) es sinónimo de obstrucción. Conforme a lo establecido por el Colegio Americano de Cirujanos, la oclusión intestinal se define como la interrupción del tránsito intestinal. Se denomina mecánica a la producida por un elemento que imposibilite el libre tránsito intestinal; y funcional, a la derivada de una dificultad para la contracción de los músculos intestinales (1).

El vólvulo de intestino delgado en el adulto es poco frecuente. Este representa únicamente entre el 0,5% y el 2,5% de los casos de oclusión intestinal, y su presentación clínica es de abdomen agudo. Consiste en la torsión anormal del intestino delgado alrededor del eje de su propio mesenterio, produciendo una obstrucción mecánica del intestino (2).

Cuando se produce una obstrucción hay acumulación o secuestro de los líquidos y gases por arriba del obstáculo, no solo por lo que no se absorbe sino por los que normalmente produce el intestino. Las alteraciones provocadas por la distensión y proliferación bacteriana llevan a una disminución de la capacidad absorptiva, al aumento de las secreciones y a un incremento en la producción de gases. El compromiso de la circulación sanguínea, más la distensión y proliferación de los microorganismos lleva al peligro de necrosis, perforación y peritonitis (3).

En este trabajo se reporta un caso de oclusión intestinal por vólvulo de intestino delgado, específicamente íleon, causa poco recurrente de esta enfermedad. El paciente fue sometido a tratamiento quirúrgico, presentando los resultados y evolución en el reporte.

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 68 años de edad con antecedentes de estilismo y pancreatitis crónica. Acude al cuerpo de guardia del Hospital Provincial Saturnino Lora con dolor abdominal de aproximadamente 24 horas de evolución. Presentó dos vómitos con restos alimenticios, no fiebre ni otros síntomas de interés.

Semiotécnicamente el dolor era mantenido, difuso en todo el abdomen, intenso, punzante, no se aliviaba con analgésicos, y sin otros síntomas acompañantes.

Al examen físico se detectaron los siguientes datos de interés:

Mucosas: ligeramente hipocoloreadas y húmedas.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos (frecuencia 108 por minutos), tensión arterial 95/55 mm/Hg.

Abdomen: Plano, contracturado, doloroso a la palpación superficial y profunda, más intenso en mesogastrio y flanco derecho, así como reacción peritoneal generalizada. No se precisaron tumoraciones ni visceromegalias. Percusión dolorosa y ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia (3 por minuto).

Se reciben complementarios indicados que informaron:

Hemograma completo: hemoglobina: 96 g/l, leucocitos:  $13,0/10^9$  a predominio de neutrófilos (0,84).

Coagulograma mínimo: tiempo de sangramiento: 1 minuto, tiempo de coagulación: 6 minutos, coágulo retráctil, conteo de plaquetas:  $300 \times 10^9/l$ .

Amilasa sérica: 291 uds/l.

Ionograma y Gasometría: alcalosis respiratoria e hipopotasemia.

Ultrasonido abdominal: informa escaso líquido libre en cavidad, sin otras alteraciones.

Radiografía de abdomen simple: escasos niveles hidroaéreos y dilatación de asas delgadas.

Ante la posibilidad de un síndrome oclusivo y/o perforativo, se decidió tratamiento quirúrgico de

urgencia y fue transportado al quirófano. En el acto operatorio se constató presencia de líquido vinoso, oscuro y fétido sugestivo de necrosis. Se diagnosticó un vólvulo de intestino delgado que abarcaba prácticamente todo el íleon, a solo 10 cm de la válvula ileocecal (figura 1). Se realizó resección intestinal de todo el segmento afectado e ileotransversostomía término-lateral. Durante el transoperatorio, el paciente se comportó estable hemodinámicamente.

**Figura 1.** Pieza anatómica extraída. Se observa íleon volvulado y necrótico.



Al paciente se le solicitaron cuidados intensivos y fue trasladado posteriormente a sala abierta. Se le impuso terapia antimicrobiana de amplio espectro. Evolucionó satisfactoriamente con una estancia hospitalaria de 10 días.

## DISCUSIÓN

El vólvulo de intestino delgado es una entidad infrecuente para el cirujano general. Se presenta más comúnmente en niños, como consecuencia de alteraciones del desarrollo que abarcan desde fenómenos de no rotación intestinal, malrotación intestinal, hasta casos de malfijación del intestino (4).

En su patogenia se plantea que cuando se ingiere la dieta, esta progresa en asas del yeyuno, les da mayor peso y provoca su caída hacia el cuadrante inferior izquierdo, mientras que las asas vacías de íleon y yeyuno distal giran en sentido horario alrededor de la base estrecha sigmoidea (5).

El diagnóstico preoperatorio de esta condición es muy difícil y se calcula en tan solo un 20% de los casos. El reconocimiento temprano y el tratamiento quirúrgico oportuno de esta condición son esenciales. Aunque los aspectos radiográficos y las características clínicas han sido descritos en varios informes, el diagnóstico de esta condición resulta difícil, debido a su infrecuencia y los hallazgos radiográficos atípicos (6).

Aprender a reconocer las imágenes del vólvulo del intestino medio por ecografía es imprescindible. El signo del remolino es patognomónico del vólvulo del intestino medio, pero también puede ser originado en pacientes con bridas y en pacientes posquirúrgicos con alteración en las relaciones anatómicas (7).

En la tomografía también existe el signo del remolino, descrito por Fisher (5) para vólvulo de intestino medio, como una imagen producida cuando asas intestinales y sus

vasos giran alrededor de un punto de obstrucción creando un «remolino» en los tejidos blandos dentro de grasa mesentérica atenuada.

Cuando se sospecha el vólvulo intestinal del intestino delgado, sin importar el resultado de los estudios por imágenes, se debe realizar la cirugía de forma inmediata, como en el presente caso, y visualizar todo el intestino delgado en busca de puntos de obstrucción. La resección de los segmentos afectados con anastomosis primaria es el método quirúrgico de elección. La mortalidad postoperatoria es alta (alrededor del 18% de los casos reportados) y la mayoría de las complicaciones y muertes ocurren por retraso de la cirugía (más de 24 horas) (5, 8).

La principal causa de muerte es el choque séptico, por lo que se impone el tratamiento mediante reanimación agresiva de líquidos, antibióticos y una efectiva cirugía individualizada y dirigida de acuerdo con los hallazgos operatorios y condición del paciente (9).

Varios autores que tratan el tema de la obstrucción intestinal mecánica han identificado la frecuencia de los vólvulos. De esta manera, Domínguez (10) encuentra una incidencia del 5,8%; sin embargo, por su rareza, los vólvulos de intestino delgado se limitan a presentaciones de casos.

## CONCLUSIONES

Se puede afirmar que el diagnóstico del vólvulo de intestino delgado no es simple, requiere un alto índice de sospecha, pero se han descrito aspectos que pueden orientarlo. Los hallazgos de imagen son de utilidad en el diagnóstico temprano. El tratamiento es eminentemente quirúrgico, donde se impone la resección intestinal del segmento afectado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Domínguez González EJ, Piña Prieto LR, Cisneros Domínguez CM, Romero García L. Escala predictiva de mortalidad en la oclusión intestinal mecánica. *Revista Cubana de Cirugía [en línea]*. 2015 [citado 2016 Dic 11];54(2). Disponible en: <http://www.revcirologia.sld.cu/index.php/cir/article/view/293>
- de la Vega González F, Núñez García E, Moctezuma Velasco C R, Hagerman Ruiz-Galindo G, Santín Rivero J, Aguirre García M. Vólvulo de intestino delgado. Reporte de caso y revisión de la bibliografía. *Cirugía y Cirujanos*. 2015; [citado 2016 Dic 11]; 83(6):522-526.. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66242708013>.
- Domínguez González EJ. Factores predictivos de mortalidad en la oclusión intestinal por bridas. *Repert med cir*. 2016; 25(3):163-163-167
- Soto DG, Luengas TR, Garrido CR, Bocica G, Abedrapo M, Cuneo ZA et al. Vólvulo de intestino delgado. *Rev Chil Cir [en línea]*. 2007 Oct [citado 11 Dic 2016]; 59(5): 324-325. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262007000500002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000500002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000500002>.
- Rivera Nava JC. Vólvulo simultáneo de íleon y sigmoides. *Rev Gastroenterol Mex*. 2015;80:115-6
- Chakma SM, Singh RL, Parmekar MV, Gojen Singh KH, Rudrappa S. Ileosigmoid knot-A surgeon's nightmare. *J Clin Diagn Res*. 2013 Dec; 7(12): 2986-2987
- Mena GA, Bellora A. Signo del remolino: malrotación intestinal y vólvulo de intestino medio. *Rev Argent Radiol*.2015;79(2):119-21.
- Tuyeras G, Pappalardo E, Msika S. Acute small bowel obstruction following laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass during pregnancy: two different presentations. *J Surg Case Rep*. 2012 Jul 1;2012(7):1.
- Gingold D, Murrell Z. Management of colonic volvulus. *Clin Colon Rectal Surg*. 2012;25:236-44.
- Domínguez González EJ, Piña Prieto LR, Cisneros Domínguez CM, Romero García L. Factores predictivos de mortalidad en pacientes con oclusión intestinal mecánica. *MEDISAN*, 2015 [citado 2 feb 2017]; 19(5):587-592. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015000500003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500003&lng=es)

## Intestinal occlusion due to ileum volvulus, in relation to a case

### ABSTRACT

Mechanical intestinal occlusion is a recurrent disease in surgical services; however, small bowel volvulus is one of its rare etiologic causes. We present a case of intestinal occlusion due to ileum volvulus in a male patient of 63 years. The diagnosis could only be confirmed in the operative act, where a volvulus was found that took practically all the ileum. As a technique, intestinal resection of the entire affected segment and end-to-side ileotransversostomy was performed. The patient progressed satisfactorily, he graduated without difficulty and was systematically followed up in an outpatient clinic.

**Key words:** intestinal occlusion, small bowel volvulus.

**Dirección para la correspondencia:** Dr. MSc. Erian Jesús Domínguez González. Hospital Provincial Saturnino Lora Torres, Santiago de Cuba.

**Correo electrónico:** edominguez@ucilora.scu.sld.cu