

Duplicación y vólvulo ileal

(Ileal duplication and volvulus)

Carlos Baeza Herrera,* Ernesto Amador Romero Rivera,**
Oliver Antelmo Toledo Sánchez,** Christian Ricardo Ibarra Hernández**

RESUMEN

La duplicación intestinal es un defecto estructural caracterizado por emerger del borde antimesentérico y ocasionalmente tener mucosa ectópica. Es más común que aparezca en el íleon, y casi siempre es asintomática. El vólvulo ileal simultáneo es una complicación rara. **Reporte de caso:** Aquí se presenta el caso de un niño de cinco años cuatro meses, que súbitamente tuvo manifestaciones de «abdomen agudo», quien al ser operado se le encontró un vólvulo ileal que ameritó resección y enteroenteroanastomosis; la evolución fue satisfactoria.

Palabras clave: Duplicación intestinal, abdomen agudo, vólvulo, obstrucción intestinal.

SUMMARY

*Alimentary tract duplication is a structural defect characterized by arising of the antimesenteric surface and occasionally heterotopic mucosa is present. It is more common in terminal ileum and frequently is asymptomatic. Synchronous volvulus is a rare complication. **Reported case:** We present a five year and four months male patient who suddenly suffered an acute abdominal syndrome. Laparotomy showed an ileum duplication and volvulus. A resection and intestinal anastomosis was performed. Clinical course was uneventful.*

Key words: Alimentary tract duplication, acute abdomen, volvulus, bowel obstruction.

La duplicación intestinal es una malformación del tubo digestivo poco frecuente, la que se caracteriza por poseer mucosa ectópica; emerge del borde antimesentérico cuando es del intestino y comparte pared e irrigación con el tramo de tubo digestivo adyacente y eventualmente se comunica con él. Ocurre en 20 de cada 1,000 niños y su localización más frecuente es el íleon terminal con 40% de los casos; puede encontrarse desde el esófago hasta el conducto anorrectal y ser de naturaleza quística o tubular.¹ Frecuentemente se acompaña de defectos vertebrales.²

La duplicación intestinal suele ser asintomática en tanto que no haya un factor de pronóstico desfavorable que dé lugar a molestias como la presencia de mucosa heterotópica, o que, por su peso, favorezca la predisposición a torsión del eje de suspensión de la anomalía y, como consecuencia, dé lugar a isquemia regional e instalación de un síndrome abdominal agudo,³ tal como sucedió en el caso que nos ocupa. Aquí se presenta el caso de un menor quien, siendo portador de una duplicación intestinal, sufrió torsión del mesenterio e isquemia intestinal, lo cual precisó manejo quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Se trata de un niño de cinco años cuatro meses, procedente de Chalco, Estado de México, en quien los antecedentes son: vive en hacinamiento en el medio rural, en una casa de madera y cartón con habitación única, conviviendo con animales. Éste tenía un esquema de vacunación incompleto y la madre refirió que el niño tuvo un cuadro de dolor abdominal crónico asociado a distensión abdominal, por lo que fue tratado como colitis

* Jefe de la División de Cirugía, Hospital Pediátrico Moctezuma, Secretaría de Salud del Distrito Federal. Profesor Titular de Cirugía Pediátrica, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor Titular de Cirugía Pediátrica y del Curso de Alta Especialidad para Postgraduados en Cirugía del Recién Nacido, Universidad Nacional Autónoma de México.

** Residentes de Cirugía, Hospital Pediátrico Moctezuma.

inespecífica; tenía grupo sanguíneo O con Rh positivo. Como antecedentes perinatales, su madre refirió que fue producto de un parto eutócico, calificado con Apgar entre 8-9, con peso de 3,700 gramos, con crecimiento y desarrollo ulterior normal.

Respecto al padecimiento que motivó su ingreso, refirió que inició dos días antes con dolor abdominal intermitente, de una intensidad tal que le causaba llanto, acompañado de distensión abdominal, vómito en cuatro ocasiones, el último con apariencia biliar; se informó que tuvo fiebre no cuantificada.

Con esta historia fue llevado a un hospital general de donde, a su vez, fue remitido a nuestro servicio, con diagnóstico de invaginación intestinal. El niño mostró estar adolorido, pálido, regularmente hidratado, hipoactivo, consciente y orientado.

En la exploración se reportó: cráneo, cara y órganos de los sentidos sin alteraciones; el tórax y área precordial sin manifestaciones anormales; el abdomen se encontraba aumentado, con un perímetro de 54 cm, con peristalsis disminuida, timpánico, tenso, doloroso y con signo de Von Blumberg positivo; llenado capilar normal.

La citología hemática muestra hemoglobina de 14.0, hematócrito 40%, plaquetas 508,000 y leucocitos 10,000; los electrolitos y las pruebas de función hepática normales; el estudio radiológico simple de abdomen reveló abundantes niveles hidroaéreos y opacidad pélvica.

Con el diagnóstico de abdomen agudo fue trasladado a la sala de operaciones donde se le realizó una laparotomía exploradora: se encontró abundante líquido seroso en cavidad y dilatación intestinal, y al exteriorizar el intestino delgado, se observó duplicación quística

localizada en el íleon, el cual tenía una torsión de tres giros, con isquemia importante (*Figura 1*), por lo que se procedió a la extirpación del segmento afectado (*Figuras 2 y 3*), uniéndose los segmentos mediante una entero-enteroanastomosis. El niño permaneció hospitalizado cinco días, dándolo de alta en condiciones favorables. El estudio histológico no reveló anomalías y actualmente está asintomático.

DISCUSIÓN

La duplicación intestinal asociada a torsión de su eje de sustentación es una entidad poco frecuente, por lo que hay pocos casos publicados en nuestro país.¹ Se desconoce cómo se genera, pero hay varias teorías, entre las



Figura 2. Se hacen las maniobras preparatorias para extirpar el segmento afectado y efectuar la entero-entero anastomosis.

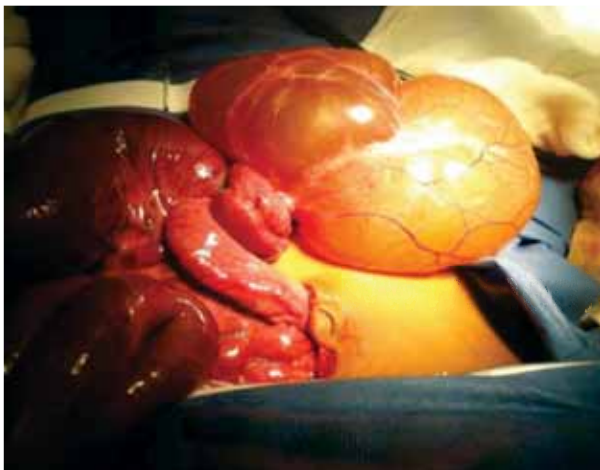


Figura 1. Instante transoperatorio que muestra una duplicación quística y la torsión en su inserción al tramo intestinal normal.

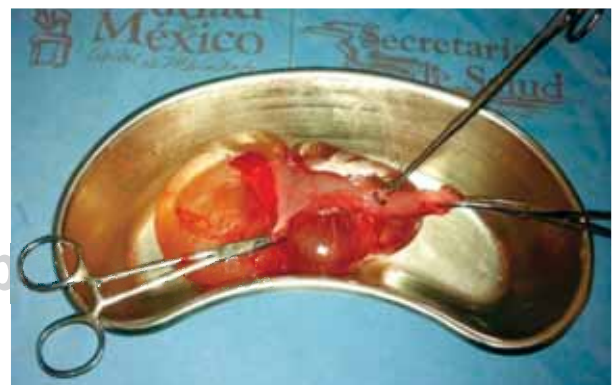


Figura 3. Esta imagen muestra el espécimen fuera del abdomen y cómo a pesar de que se encuentra desconectado del tubo digestivo, permanece tenso, lo que implica que no mantenía comunicación con el intestino normal.

que destacan particularmente las propuestas por tres cirujanos: Bentley,² Bremer⁴ y Favara.⁵

Cuando no se descubre a tiempo esta complicación, suele ser una condición muy grave y causa varios problemas mórbidos, dependiendo del área afectada; la resección intestinal llega a ser tan extensa que en el postoperatorio mediato puede dar lugar a un síndrome de intestino corto.⁶

En el caso de vólvulo con duplicación del intestino, éste se debe a que se acumula secreción intestinal propia o por acúmulo de sangre, producto de la erosión mucosa por tejido gástrico ectópico, por lo que existe aumento del peso del segmento duplicado que, al superar el del tramo vecino, hace un efecto de «péndulo», causando bloqueo intestinal y de la circulación regional. Es tan relevante el momento en que se identifica la complicación que marca la diferencia entre encontrar isquemia reversible con pronóstico relativamente benigno y encontrar necrosis del tramo afectado, con todo lo que suele acompañar a los procedimientos radicales, como las amplias extirpaciones del intestino delgado.

En experiencias relativamente recientes, en 73 casos de duplicación intestinal, dentro de los cuales 21 fueron neonatos, 28 tenían entre uno y 24 meses, 15 tenían entre uno y 10 años y los restantes eran adolescentes;⁷ en el íleon se encontraron 31.5%, en la válvula ileocecal 30.2%, en el duodeno 9.6%; hubo menor frecuencia en estómago, yeyuno y colon; destacó el que 23.8% de los neonatos sufrieron vólvulo.

En contraste, Holcomb y colaboradores⁸ han informado de 101 niños con esta deformación; 74 tenían menos de dos meses de edad. Del total, 77 casos fueron abdominales, 26 tenían mucosa ectópica, principalmente gástrica y pancreática en su interior; de éstas, 75 fueron quísticas; sólo en un niño se encontró vólvulo.

En cuanto a la evolución de estos niños, generalmente es satisfactoria; pero se reportan casos de niños pequeños con un cuadro clínico súbito y mortal, como consecuencia de sepsis ocasionada por *Clostridium*³ o cualquier otro germen; en especial cuando el lapso entre el inicio de la enfermedad y la intervención quirúrgica es prolongado.

Referencias

1. Cantú DO, Villegas OC, Romero JR. Vólvulo ileal provocado por quiste de duplicación intestinal. *Avances* 2011; 24: 24-26.
2. Bentley JFR, Smith JR. Developmental posterior enteric remnants and spinal malformations: The split notochord syndrome. *Arch Dis Child* 1960; 35: 76-86.
3. Byard RW. Sudden infant death, large intestinal volvulus, and duplication cyst of the terminal ileum. *Am J Forensic Med Pathol* 2000; 21: 62-64.
4. Bremer JL. Diverticula and duplications of the intestinal tract. *Arch Pathol* 1944; 38: 132-140.
5. Favara BE, Franciosi RA, Akers DR. Enteric duplications: Thirty seven cases. A vascular theory of pathogenesis. *Am J Dis Child* 1971; 122: 501-506.
6. Okoro PE, Obiorah C. Duplication cyst of the bowel causing ileal volvulus. A case report. *Niger J Med* 2010; 19: 230-232.
7. Puligandla PS, Nguyen LT, St-Vil D, Bensoussan AL, Nguyen VH, Laberge JM. Gastrointestinal duplications. *J Pediatr Surg* 2003; 38: 700-704.
8. Holcomb GW, Gheissari A, O'Neill JA, Shorter NA, Bishop HC. Surgical management of alimentary tract duplications. *Ann Surg* 1989; 209: 167-161.

Correspondencia:

Dr. Carlos Baeza Herrera
Oriente 158 No. 189,
Col. Moctezuma 2ª sección,
15530, Deleg. Venustiano Carranza,
México, D.F.
Tels.: 57622421, 55714057
E-mail: dr.carlosbaeza@yahoo.com.mx