

## Caso infrecuente de oclusión intestinal por vólvulo de íleon

### Infrequent case of intestinal occlusion due to ileum volvulus

Martha Campos Muñoz<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7039-5218>

Mislav Rodríguez García<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0001-6891-9863>

Osmel Daniel Chacón Reyes<sup>2</sup> <http://orcid.org/0000-0002-9966-4848>

Daniela de la Caridad Rodríguez Campos<sup>2</sup> <http://orcid.org/0000-0002-7346-2148>

Frank Ariel Castañeda Urdaneta<sup>2</sup> <http://orcid.org/0000-0003-0645-3935>

<sup>1</sup>Hospital Militar “Dr. Joaquín Castillo Duany”. Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Facultad No. 1. Santiago de Cuba, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [odchr@nauta.cu](mailto:odchr@nauta.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** La oclusión intestinal mecánica es una enfermedad frecuente en los servicios quirúrgicos, sin embargo el vólvulo de intestino delgado es una de sus causas poco frecuentes.

**Objetivos:** Describir las características clínicas de un caso de oclusión intestinal por vólvulo de íleon.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 63 años, con antecedentes de etilismo y pancreatitis crónica, para lo cual no llevaba tratamiento regular. Acudió al cuerpo de guardia por dolor abdominal de aproximadamente 24 horas de evolución. Presentó dos vómitos con restos alimentarios, sin fiebre u otros síntomas de interés. Semiotécnicamente el dolor era mantenido, difuso en todo el abdomen, intenso, punzante, no se aliviaba con analgésicos, sin otros síntomas acompañantes. Se realizaron estudios de laboratorio e imagenológicos, los resultados fueron sugerentes de un síndrome oclusivo y/o perforativo. Se decidió tratamiento quirúrgico, se diagnosticó una oclusión intestinal por vólvulo de íleon.

**Conclusiones:** El diagnóstico del vólvulo de intestino delgado, requiere un alto índice de sospecha, debido a lo infrecuente en el adulto. Los hallazgos de imagen son de utilidad en el diagnóstico temprano.

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

El tratamiento es eminentemente quirúrgico; se impone la resección intestinal del segmento afectado siempre que el tejido intestinal no sea viable.

**Palabras clave:** oclusión intestinal; vólvulo de intestino delgado; vólvulo de íleon.

## ABSTRACT

**Introduction:** Mechanical intestinal occlusion is a common disease in surgical services, however small bowel volvulus is one of its rare causes.

**Objectives:** To describe the clinical characteristics of a case of intestinal occlusion due to ileum volvulus.

**Clinical case:** A 63-year-old male patient, with a history of ethylism and chronic pancreatitis, for which he did not have regular treatment. He went to emergency due to abdominal pain of approximately 24 hours of evolution. He presented two vomits with food debris, without fever or other symptoms of interest. Semiotecnically the pain was maintained, diffuse throughout the abdomen, intense, stabbing, it was not relieved with analgesics. No other accompanying symptoms. Laboratory and imaging studies were performed, the results were suggestive of an occlusive and/or perforative syndrome. Surgical treatment was decided, an intestinal occlusion was diagnosed by ileum volvulus.

**Conclusions:** The diagnosis of the small intestine volvulus requires a high index of suspicion, due to the infrequent occurrence in the adult. Image findings are useful in early diagnosis. The treatment is eminently surgical; Intestinal resection of the affected segment is imposed as long as the intestinal tissue is not viable.

**Keywords:** intestinal occlusion; small intestine volvulus; ileum volvulus.

Recibido: 07/09/2019

Aprobado: 15/02/2020

## INTRODUCCIÓN

El vólvulo de intestino delgado consiste en una torsión anormal, alrededor del eje o de su propio mesenterio. Produce una obstrucción mecánica del intestino. Puede acompañarse también de torsión y oclusión de los vasos mesentéricos, que conducen a isquemia intestinal y finalmente necrosis.<sup>(1)</sup>

Esta entidad es poco frecuente en el adulto, representa únicamente el 0,5 – 2,5 % de los casos de oclusión intestinal; su presentación clínica es la de un abdomen agudo. Se trata de una entidad rara, pero importante. Las oclusiones intestinales son relativamente frecuentes, debido a diversos factores, sin embargo, dentro de sus factores causales es muy infrecuente el hallazgo de vólvulos en el intestino delgado fuera de la edad pediátrica. Los predispuestos a esta condición, se debe a una mala rotación intestinal congénita. Los registros recogen muy pocos casos anuales.<sup>(1)</sup> El objetivo de esta presentación es describir las características clínicas de un paciente con oclusión intestinal por vólvulo de íleon.

## CASO CLÍNICO

Paciente de procedencia urbana, masculino, mestizo, de 63 años de edad, con antecedentes de etilismo y pancreatitis crónica. No realiza tratamiento regular; acude al cuerpo de guardia por dolor abdominal de aproximadamente 24 horas de evolución, mantenido, difuso en todo el abdomen, intenso, punzante, que no se aliviaba con analgésicos ni cambios de postura. Presentó dos vómitos con restos alimentarios, no presentaba fiebre, constipación ni otros síntomas acompañantes.

Al examen físico, las mucosas están ligeramente hipocoloreadas y húmedas. Tejido celular subcutáneo no infiltrado. Aparato respiratorio: expansibilidad respiratoria disminuida, frecuencia respiratoria- 24 /min. Abdomen: plano, contraído, doloroso a la palpación superficial y profunda, más intenso en mesogastrio y flanco derecho, así como reacción peritoneal generalizada. No hay tumoraciones ni visceromegalias. Percusión dolorosa y ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia (3 /min).

Se realizaron los siguientes exámenes complementarios:

Hemograma completo: hemoglobina- 96 g/L; leucocitos-  $13,0 \times 10^9$ /L a predominio de neutrófilos (0,84). Coagulograma mínimo: tiempo de sangramiento- 1 min; tiempo de coagulación- 6 min, coágulo retráctil, conteo de plaquetas-  $300 \times 10^9$ /L. Amilasa sérica: 291 U/L. Ionograma y gasometría- alcalosis metabólica

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

e hipopotasemia. Ecografía abdominal- 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 realizar tratamiento quirúrgico de urgencia. Se realizó la compensación preoperatoria, mediante la inserción de sonda de Levine y drenaje, terapia sustitutiva (hidratación con soluciones cristaloides). En el acto operatorio se constató la presencia de líquido vinoso, oscuro y fétido, sugestivo de necrosis y se diagnosticó un vólvulo de intestino delgado, que abarcaba prácticamente todo el íleon, a solo 10 cm de la válvula ileocecal.

Se realizó resección intestinal de todo el segmento afectado e ileotransversostomía término-lateral (Fig. 1). Durante el transoperatorio, el paciente estuvo hemodinámicamente estable. Se le solicitó cuidados intensivos y luego fue trasladado a sala abierta. Se le impuso terapia antimicrobiana de amplio espectro. Evolucionó satisfactoriamente, con una estancia hospitalaria de 10 días.



**Fig. 1** - Pieza anatómica extraída.

## DISCUSIÓN

El vólvulo de intestino delgado es una entidad infrecuente. Se presenta más comúnmente en niños, como consecuencia de alteraciones del desarrollo. Además, destacan las bridas o adherencias postquirúrgicas y las hernias internas. Todas estas alteraciones pueden dar lugar a que un segmento del intestino delgado sea ocluido en dos puntos próximos a lo largo de su longitud (obstrucción en asa cerrada). Esta asa cerrada puede girar sobre sí misma y así volvularse.<sup>(2)</sup>

En su patogenia, se plantea que cuando se ingieren los alimentos, progresan en las asas del yeyuno, donde adquieren mayor peso, 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. La posible causa en este caso, son bridas inflamatorias a nivel de la unión ileocecal, secundarias a una pancreatitis crónica, de acuerdo con los antecedentes.<sup>(3)</sup>

El diagnóstico preoperatorio de esta condición es muy difícil y se realiza en solo el 20 % de los casos, debido a su infrecuencia. Los hallazgos radiográficos son atípicos.<sup>(4)</sup>

Los síntomas y signos dependerán del sitio de la oclusión y de la existencia o no de compromiso vascular. El dolor es de tipo cólico en las obstrucciones simples (con duración de 3 min), hasta desaparecer y regresa nuevamente. Cuando se establece el compromiso vascular, el dolor cambia su carácter de tipo cólico para hacerse continuo; como ocurrió en este paciente. Si radica en los segmentos terminales, el vómito es tardío y de menor cantidad; al comienzo se vomita el contenido gástrico teñido con bilis, más tarde el contenido del yeyuno e íleon se vacían en el estómago y desde allí son expulsados.<sup>(5)</sup> En el paciente presentado, al ser más baja la localización del sitio de obstáculo, tenía estas últimas características.

El abdomen aparece distendido (distensión abdominal asimétrica) y se observan a veces ondas peristálticas. A la palpación se puede constatar un globo fijo y elástico; a la percusión, hipersonoridad o matidez en la región periumbilical, en el pubis o en los hipocondrios,<sup>(6)</sup> todos estos signos, fueron de difícil precisión en este caso.

Los ruidos hidroaéreos, en primera instancia se encuentran aumentados, pero tras un período de 24 h, e instalarse la isquemia vascular del tejido intestinal, se suprimen, hasta 3 por minuto, como en este paciente.<sup>(7)</sup>

La radiografía simple del abdomen, con el paciente en posición de pie, en decúbito supino o en decúbito lateral, ayuda a determinar el diagnóstico y el sitio de la obstrucción. Suele descubrir cantidades anormales de gas, líquido y determinar si hay distensión. Muestra niveles hidroaéreos dentro de las asas obstruidas. Constituye un signo tardío<sup>(8)</sup> tal como se observó en los estudios del paciente presentado.

Aprender a reconocer las imágenes del vólvulo del intestino delgado por ecografía, es imprescindible. El signo del remolino, es patognomónico del vólvulo de intestino delgado, pero también puede ser originado en pacientes con bridas postquirúrgicas, con alteración en las relaciones anatómicas.<sup>(8)</sup>

Cuando se sospecha el vólvulo del intestino delgado, sin importar el resultado de los estudios por imágenes, se debe realizar la cirugía en forma inmediata, como en el presente caso. Se debe 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.<sup>(9)</sup>

Varios estudios que tratan el tema de la obstrucción intestinal mecánica, han identificado la frecuencia de los vólvulos, ejemplo es el de Ho<sup>(10)</sup> quien encuentra una incidencia del 5,8 %, sin embargo por su rareza, los vólvulos de intestino delgado se limitan a presentaciones de casos.

Se concluye que el diagnóstico del vólvulo de intestino delgado no es simple, requiere un alto índice de sospecha debido, a la infrecuencia en el paciente adulto. Los hallazgos de imagen son de utilidad en el diagnóstico temprano. El tratamiento es eminentemente quirúrgico, se impone la resección intestinal del segmento afectado siempre que el tejido intestinal no sea viable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. D. Gingold, Z. Murrell. Management of colonic volvulus. Clin Colon Rectal Surg. 2012 [acceso: 10/01/2019];25(4):236-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1329535>
2. Chakma SM, Singh RL, Parmekar MV. Ileosigmoid knot—A surgeon's nightmare. J Clin Diagn Res. 2013 [acceso: 02/01/2019];7(12):2986-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2013/5758.3819>
3. Feuerstein JD, White N, Berzin TM. Pneumatosis intestinalis with a focus on hyperbaric oxygen therapy. Mayo Clin Proc. 2014 [acceso: 22/11/2018];89(5):697-703. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0->

[S0025619614001499?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0025619614001499%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F](https://doi.org/10.1007/s11605-012-1910-x)

4. Rao SS, Rattanakovit K, Patcharatrakul T. Diagnosis and management of chronic constipation in adults. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016[acceso: 15/12/2018]; 13(5):295. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrgastro.2016.53>
5. Kaya B, Celik K, Karip AB, Altun H, OzbayÖzel N, Bat O, et al. Pneumatosis cystoides intestinal is mimickin acute abdomen. *Turk J Gastroenterol*. 2014[acceso: 10/02/2019];25(4):426-8. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/266153252>
6. Chang CY, Marzan KA. Benign pneumatosis intestinalis in a pediatric patient with multiple risk factors including granulomatosis with polyangiitis: a case report and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum*. 2015[acceso: 13/03/2019];44(4):423-7. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S0049017214002467?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0049017214002467%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
7. Katis PG, Dias SM. Volvulus: a rare twist on small bowel obstruction. *CMAJ*. 2004 [acceso: 15/03/2019];171(7):728. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/171/7/728.full.pdf>
8. Dhatt HS, Behr SC, Miracle A, Wang ZJ, Yeh BM. Radiological evaluation of bowel ischemia. *Radiol Clin North Am*. 2015[acceso: 02/12/18];53(6):1241-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633709/>
9. Beck DE, Wexner S D, Hull PL. *The ACRS Manual of Colon and Rectal Surgery*. 2º ed. New York: Editorial Springer; 2014[acceso: 20/04/2019]. Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/volvulosgastrointestinales>
10. Ho YC. Venous cut-off sign as an adjunct to the whirl sign in recognizing acute small bowel volvulus via CT scan. *J Gastrointestinal Surg*. 2012[acceso: 20/04/2019];16:2005-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-012-1910-x>

### Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>