



Vólvulo de intestino delgado como forma de presentación inusual de obstrucción intestinal

Small bowel volvulus as an unusual presentation of intestinal obstruction

Royland Bejerano Durán^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6333-5743>

Camelia Hidalgo Espinosa¹ <https://orcid.org/0000-0002-1057-7204>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: correo electrónico: roylandbejerano@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Dentro de las causas poco frecuentes de oclusión intestinal se encuentra el vólvulo de intestino delgado, el cual consiste en una torsión anormal del intestino alrededor del su propio eje de mesenterio, que provoca una obstrucción mecánica del intestino.

Objetivo: Describir la semiografía del vólvulo de intestino delgado en un paciente de edad avanzada.

Caso clínico: Paciente masculino de 62 años de edad, que ingresa en el cuerpo de guardia de cirugía, por dolor abdominal, tipo cólico intermitente, con una evolución de 72 horas; además, presenta distensión abdominal, náuseas y vómitos. Con el cuadro clínico, más los exámenes complementarios, se constata oclusión intestinal mecánica, causada por un vólvulo del intestino delgado. A los 5 días de ser intervenido quirúrgicamente se complicó por una perforación intestinal debido a necrosis del asa.

Conclusiones: Debido a su presentación atípica y sus graves complicaciones, se precisa un diagnóstico certero y tratamiento urgente al paciente con vólvulo del intestino delgado, ya que pone en riesgo la vida.

Palabras clave: abdomen agudo; dolor abdominal; obstrucción intestinal; vólvulo intestinal.



ABSTRACT

Introduction: Among the rare causes of intestinal obstruction is small intestine volvulus, which consists of an abnormal twisting of the intestine around its own mesentery axis, which causes a mechanical obstruction of the intestine.

Objective: To describe the semiography of small intestine volvulus in an elderly patient.

Clinical case: 62-year-old male patient, admitted to the surgery ward, due to abdominal pain, intermittent colic type, with an evolution of 72 hours; In addition, he presents abdominal distention, nausea and vomiting. With the clinical picture, plus complementary examinations, mechanical intestinal occlusion is confirmed, caused by a volvulus of the small intestine. Five days after undergoing surgery, it was complicated by intestinal perforation due to necrosis of the loop.

Conclusions: Due to its atypical presentation and serious complications, an accurate diagnosis and urgent treatment are required for patients with small intestine volvulus, since it puts life at risk.

Keywords: acute abdomen; abdominal pain; intestinal obstruction; intestinal volvulus.

Recibido: 11/10/2023

Aprobado: 30/01/2024

INTRODUCCIÓN

La oclusión intestinal mecánica constituye la segunda causa de abdomen agudo quirúrgico en el mundo.^(1,2,3) Según la Organización Mundial de Gastroenterología, la obstrucción intestinal mecánica representa del 10-15 % de los casos de obstrucción.^(1,2) En Cuba, la oclusión intestinal mecánica es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo; constituye la segunda causa de cirugía de urgencia. La morbimortalidad por este tipo de oclusión aumenta con la edad del paciente y la mortalidad reportada es mayor al 10 %.⁽³⁾

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons 



Dentro de las causas poco frecuentes de oclusión intestinal se encuentra el vólvulo de intestino delgado, el cual consiste en una torsión anormal del intestino, alrededor del su propio eje de mesenterio; provoca una obstrucción mecánica del intestino. Además, puede acompañarse también de torsión y oclusión de los vasos mesentéricos, que conducen a isquemia intestinal, necrosis y perforación.⁽⁴⁾

Esta entidad es poco frecuente en el adulto, representa únicamente el 0,5 - 2,5 % de los casos. 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.^(4,5)

Se puede dividir en primario o secundario. Cuando no existe un defecto anatómico predisponente es primario, y es secundario cuando ocurre en presencia de lesiones predisponentes, sean o no congénitas; puede incluir malrotaciones, bridas y adherencias.⁽⁶⁾

Esta entidad es tan rara que su diagnóstico preoperatorio es complicado, debido a su forma atípica de presentación y que además, no se piensa en ella.

El objetivo de este artículo es describir la semiografía del vólvulo de intestino delgado en un paciente de edad avanzada.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 62 años de edad, de tez blanca, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial tratada con enalapril (tableta 10 mg), constipación y obesidad. Acude a consulta de cirugía de urgencias, por presentar dolor abdominal tipo cólico, intermitente, con 72 horas de evolución, difuso, pero más intenso en el flanco izquierdo, acompañado de taquicardia, náuseas, vómitos, con presencia de restos de alimentos, anorexia y decaimiento. En este periodo de 3 días, defecó 2 veces y expulsaba algunos gases.

Presenta como antecedentes patológicos familiares, hipertensión arterial.

Al examen físico se constató que la piel y las mucosas se encontraban ligeramente hipocoloreadas. El abdomen estaba distendido, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, el cual no seguía



los movimientos respiratorios; se destaca hipertimpanismo a la percusión, ruidos hidroaéreos aumentados, contractura generalizada; se palpa una masa tumoral de aproximadamente 12 cm de diámetro en flanco izquierdo. En el aparato cardiovascular se constata: frecuencia cardíaca: 110 pulsaciones x minuto, tensión arterial: 131/80 mmHg.

Por los datos constatados al examen físico y anamnesis detallada del paciente, se decide su ingreso para estudio y tratamiento por cirugía, por lo cual se decide realizar los siguientes exámenes complementarios (tabla 1).

Tabla 1 - Exámenes complementarios de laboratorio

Complementarios humorales	
Hemoglobina: 14,3 g/ L	
Leucograma: 11,6 x 10 ⁹ con predominio de los polimorfos nucleares	
Glicemia: 3,2 mmol/ L	
Creatinina: 113 mmol/ L	
Gasometría arterial:	Ionograma:
pH: 7,8	Na ⁺ : 141 mmol/ L
HCO ₃ : 27 mmol/ L	Cl ⁻ : 112 mmol/ L
PCO ₂ : 35 mmHg	K ⁺ : 3,3 mmol/ L
PO ₂ : 85 mmHg	Ca ²⁺ : 0,96 mmol/ L

Se realizaron estudios de imagenología. El ultrasonido abdominal revela imagen compleja, con un conglomerado de asas intestinales, que recuerda a un plastrón, y escaso líquido intraabdominal. La radiografía de abdomen simple (vista de Pancoast) evidencia patrón clásico de oclusión intestinal: dilatación de asas intestinales, niveles hidroaéreos, signo de pilas de monedas, signo de Passman (presencia de fibrina entre asas intestinales, unidas por un aumento de la radioopacidad entre estas), ausencia de aire en el ámpula rectal.

Se ingresó al paciente en observaciones, con sospecha de oclusión intestinal mecánica, para estabilizarlo hemodinámicamente; se colocó una sonda nasogástrica para descomprimir el intestino y aliviar los vómitos, sonda vesical para cuantificar la diuresis, e hidratación por una vena periférica. Al pasar las horas, el dolor se incrementó; se decidió intervenir quirúrgicamente de urgencia.



Se realizó laparotomía exploratoria, en la cual se visualizó un vólvulo de intestino delgado, con afectación vascular y mesentérica; se decidió realizar desvolvulación (y no resección + anastomosis), ya que se encontraba afectado casi todo el intestino delgado (Fig. 1). Se realizó tratamiento vasodilatador con compresas tibias y lavados peritoneales, como intento de viabilizar el intestino. Se realizó cierre por planos y concluyó satisfactoriamente la operación, sin complicaciones.



Fig. 1 - Vólvulo del intestino delgado durante la intervención quirúrgica.

En el postoperatorio el paciente evolucionó satisfactoriamente. Al quinto día comenzó con un cuadro de abdomen agudo peritoneal. Se le realizaron complementarios y se decidió intervenir de urgencia, dada a una posible perforación intestinal del segmento necrosado.

En la intervención se evidenció una perforación del borde antimesentérico en el yeyuno, por la afectación vascular, por lo cual se realizó enterorrafia y epiploplastia, además de lavado peritoneal; se colocó drenaje bilateral, dentro de la cavidad abdominal, para eliminar secreciones (Fig. 2). Se puso tratamiento con lidocaína i.v. y compresas de agua tibia, para viabilizar el asa necrosada.

El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta a las 2 semanas de la segunda operación, sin complicaciones.



Fig. 2 - Sutura y epiploplastia del asa perforada, apréciase la congestión.

COMENTARIOS

Las anomalías de rotación del intestino delgado se acompañan con frecuencia de trastornos de crecimiento del intestino en longitud, así como de fijaciones peritoneales atípicas o con movilidad excepcional.⁽²⁾

El vólvulo de intestino delgado presenta comúnmente en los niños como consecuencia de alteraciones del desarrollo que abarcan desde fenómenos sin rotación intestinal y mal rotación intestinal.^(2,5) Los síntomas y signos de esta entidad se corresponden al cuadro de oclusión intestinal, dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, vómitos, náuseas, detención del tránsito intestinal (no expulsión de heces ni gases), taquicardia, acidosis metabólica, *shock* y muerte.^(6,7)

Al existir afectación vascular en los vólvulos de intestino delgado, provoca que la turgencia venosa ingurgite el asa, que se vuelve edematosa, se produce equimosis en sus paredes y ulceraciones tempranas en la mucosa; la serosa se descama rápidamente y una abundante trasudación hemática se produce en ese



segmento desde el inicio, que se vierte en la cavidad peritoneal; ese líquido contiene toxinas, que hacen posible la migración de gérmenes gramnegativos.^(8,9)

La brusca detención de la circulación en el asa afectada, provoca una peristalsis intensa en el segmento aferente, que determina violentos cólicos intestinales, además de trastornos humorales provocados por el vómito, así como pérdida de plasma y proteínas hacia un tercer espacio, por aumento de la permeabilidad de los capilares y la presión hidrostática.^(10,11)

De esta forma en las oclusiones con afectación vascular, los fenómenos de toxemia, *shock* e infecciones son mucho más intensos y rápidos en producirse; pero además, por la afectación circulatoria del intestino, la necrosis y perforación ocurre en cuestión de horas; por tanto, su tratamiento es eminentemente urgente.^(2,11)

El diagnóstico de esta entidad se realiza teniendo en cuenta los antecedentes del paciente, un adecuado interrogatorio, examen físico, los complementarios de laboratorio, los exámenes de diagnóstico por imagen, los diagnósticos diferenciales y la laparotomía.⁽⁷⁾

El vólvulo de intestino delgado es una entidad poco frecuente como causa de obstrucción intestinal y de dolor abdominal agudo; se caracteriza por presentar un cuadro de síndrome oclusivo con distensión abdominal, náuseas y vómitos. Debido a su baja frecuencia es una entidad en la que la sospecha clínica durante su valoración en urgencias es muy importante, por lo cual se precisa un diagnóstico y tratamiento precoz, ya que de lo contrario se pone en riesgo la vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soler-Vaillant R, Mederos-Curbelo ON, Cirugía. Tomo II. Afecciones quirúrgicas frecuentes. 1ra Ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018. [acceso: 21/08/2023]; Disponible en: <http://www.buscuba.sld.cu/libro/cirurgia-tomo-ii-afecciones-quirurgicas-frecuentes/>
2. Soler-Vaillant R, Galiano-Gil JM, Lemus-Díaz O. Abdomen agudo quirúrgico. En: Soler-Vaillant R, Mederos-Curbelo ON. Afecciones quirúrgicas frecuentes. 1ra Ed. Tomo II. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018. p.339-62.



3. Asunción F, Rodríguez M, Lorenzo F, Cazares A, Bosques D, Padón M. Caracterización de pacientes mayores de 60 años operados por oclusión intestinal mecánica. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*. 2019 [acceso: 21/08/2023]; 10(3):2-4. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/xiew/3044/4463>
4. Campos-Muñoz M, Rodríguez-García M, Chacón-Reyes OD, Rodríguez-Campos DC, Castañeda-Urdaneta FA. Caso infrecuente de oclusión intestinal por vólvulo de íleon. *Rev Cub Med Mil*. 2020 [acceso: 21/08/2023]; 49(4):e519. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572020000400029&lng=es
5. Gingold D, Murrell Z. Management of colonic volvulus. *Clin Colon Rectal Surg*. 2012 [acceso: 21/08/2023]; 25(4):236-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1329535>
6. Hidalgo-Romero CH, Adrián-Cajas AJ, Yopez-Vera AC, Quiros-Rumbea CJ. Volvulus intestinal. *RECIAMUC*. 2020 [acceso: 21/08/2023];4(4):94-01. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/568>
7. Paredes-Medina SA, Andrade-Salinas RP. Revisión bibliográfica sobre isquemia mesentérica aguda: clasificación, diagnóstico y manejo actual. *Ciencia Latina*. 2023 [acceso: 21/08/2023];7(1):2979-92. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4638>
8. Soler-Villant R, Mederos-Curbelo ON. Cirugía. Afecciones quirúrgicas del tubo digestivo y de la región sacrococcígea. 1ra Edición. Tomo IV. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018. [acceso: 21/08/2023]. Disponible en: <http://www.buscuba.sld.cu/libro/cirurgia-tomo-iv-afecciones-quirurgicas-del-tubo-digestivo-y-de-la-region-sacrococcigea/>
9. Rodríguez-Rodríguez I, Martín-González MA, Mederos-Curbelo ON. Afecciones quirúrgicas del intestino delgado. En: Soler-Villant R, Mederos-Curbelo ON. Afecciones quirúrgicas del tubo digestivo y de la región sacrococcígea. 1ra Edición. Tomo IV. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018. [acceso: 21/08/2023]. p.203-47.
10. Tamayo-Rodríguez ZM, Pérez-Páez T. Íleo biliar. Informe de caso. 2021 [acceso: 21/08/2023]; 60(280):942. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/942
11. Valdés-Blanco M, Cabrera-Nico A, Rodríguez- Venegas EC, Denis-Piedra DA, Valdés-Guerrero R. Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes con diagnóstico de invaginación intestinal. 2020



[acceso: 21/08/2023]; 60(279):1100. Disponible en:

http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1100

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés ni fuentes de financiación.