

Oclusión duodenal subaguda recidivante

Dres. OSCAR CHAVARRIA y RODOLFO SACONE *

Como una contribución a la casuística nacional presentamos un niño con una oclusión subaguda recidivante de duodeno (2).

Se trata de G. S. de 11 años de edad procedente de Punta del Este que ingresa el 26/6/71 al Pereira Rossell. El motivo de ingreso: dolor epigástrico y vómitos.

ENFERMEDAD ACTUAL

Tres días antes del ingreso dolor epigástrico y vómitos biliosos y de alimentos ingeridos varias horas antes. Al aumentar en frecuencia, intensidad y volumen el médico tratante decide enviarlo para su intervención.

Desde un primer momento presenta períodos de excitación y de depresión sicomotriz.

Tránsito intestinal: estreñimiento desde el comienzo.

ANTECEDENTES

DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Desde los 8 a 10 meses de edad vómitos biliosos, abundantes, alejados de las comidas, coincidentes con estados de excitación síquica. Fue internado en tres oportunidades por ese motivo: en la segunda internación tratado con sonda gástrica se le extrajo abundante cantidad de líquido bilioso. En la tercera internación, hace 10 meses, en el Instituto de Clínica Pediátrica Luis Morquio, se le diagnostica ulcus duodenal y el gastroenterólogo le trata con Mucaïne, sedantes y corticoides. Mejora y es dado de alta.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Dermatitis seborreica de cuero cabelludo, eczema constitucional y asmático, por cuyo motivo se le han administrado corticoides.

EXAMEN

Regular estado general. Importante adelgazamiento. Palidez cutáneo mucosa moderada, ojeroso. Pliegue cutáneo hipoplástico. Lengua

Adjunto de Cirugía Infantil. Profesor Adjunto de Cirugía (Fac. Med. Montevideo).

Presentado el 3 de octubre de 1973.

seca y saburral. Períodos de excitación y depresión sicomotriz dificultan el examen.

Abdomen: escabado. Dolor espontáneo en epigastrio. No se aprecia reptación.

Palpación: moderado dolor epigástrico. Clapoteo en la misma región y en hipocondrio izquierdo. Resto del abdomen s/p.

Pleuro-pulmonar: moderado enfisema. Gemidos y silbancias diseminados.

Tacto rectal: s/p.

Con la semiología descrita se plantea como primer diagnóstico clínico presuntivo, el de oclusión duodenal infravacteriana, con grave repercusión general de desnutrición, deshidratación y anemia, en un enfermo con un terreno alérgico, asmático.

A fin de certificar el diagnóstico se pasa sonda nasogástrica (en ayunas), aspirándose 200 cc. de líquido bilioso.

Se efectúa también un estudio radiológico de gastroduodeno que muestra una enorme dilatación de duodeno hasta la tercera porción, no pasando el bario ni aún con los cambios de posición del enfermo y un estómago enormemente dilatado y con líquida de retención.

El colon por enema indica que el ciego está en la fosa iliaca derecha.

Se inicia el tratamiento con descubierta de vena basilica en el pliegue del codo. Sueros, antibióticos, broncodilatadores y sonda nasogástrica permanente con lavados gástricos repetidos.

Se opera el 30/6/71, vale decir, 4 días después del ingreso.

Cirujano: Prof. Saccone. Ayudantes: Dr. Chavarría, Dra. Costas.

Incisión mediana supra-infra-umbilical. Abierto el peritoneo se constata:

- Intestino delgado cianótico.
- Vólvulo del yeyuno en el sentido de las agujas del reloj.
- Mesenterio común.
- Bridas coloparietales y parietoparietales que pasan por su cara anterior y lo comprimen.
- Malrotación. No existe ángulo duodeno yeyunal. El duodeno se continúa insensiblemente con el yeyuno. Ciego en F.I.D.

Todos estos elementos son los que provocan una obstrucción completa. Por encima de la zona estenosada se comprueba la enorme dilatación gastroduodenal.

PROCEDIMIENTO

El intestino es viable, por lo cual se desvulva y se seccionan las bridas descritas. Al suprimir la causa de la obstrucción el contenido duodenal pasa rápidamente hacia las asas yeyunales.

POSTOPERATORIO

Continúa tratamiento con sueros, antibióticos y sonda gástrica. Persiste sintomatología pulmonar.

A las 48 horas el enfermo hace una atelectasia total del pulmón izquierdo. Cuando se va a realizar la broncoscopia, aparece una crisis de tos con expectoración muco-purulenta abundante seguida de reexpansión pulmonar.

Al tercer día comienza la realimentación siendo bien tolerada por el enfermo. Al octavo día alimentación libre y nuevo estudio de gastroduodeno. Este es normal, salvo por la ausencia de ángulo duodeno yeyunal.

Al noveno día evisceración. Se reinterviene efectuándose el cierre con puntos totales.

Evolución sin incidentes. Alta a los 30 días de su ingreso en buenas condiciones.

COMENTARIO

Afección poco frecuente. En la bibliografía nacional consultada no hemos encontrado casos similares publicados.

Según Benson (1) el 50 % se manifiesta clínicamente en niños de menos de una semana y más del 75 % en niños de menos de un año.

El enfermo que presentamos tiene 11 años de edad, aunque por su historia clínica cabe pensar que su sintomatología comenzó a los 8 meses, lo que estaría de acuerdo con la estadística mencionada.

Es más frecuente en varones.

Clinicamente se manifiesta por el cuadro típico de episodios oclusivos subagudos recidivantes (caso de nuestro enfermo) (2): dolor epigástrico; vómitos biliosos; desmejoramiento del estado general; a veces hematemesis que indica compromiso vascular; intervalos libres en que el enfermo se recupera totalmente; agravación en los episodios sucesivos (3).

La causa de estas crisis es la obstrucción duodenal intermitente por vólvulo que cede espontáneamente (4).

Para certificar el diagnóstico de oclusión y su causa se deben solicitar los siguientes exámenes:

—Gastroduodeno, con cambios de posición del enfermo para descartar la pinza ortomesentérica (3).

—Enema de bario. La posición del ciego es a veces muy difícil de interpretar (4).

PAUTAS DE TRATAMIENTO

Tratamiento preoperatorio con sueros, antibióticos, sonda gástrica. Controlado el enfermo con exámenes paraclínicos. Anestesia general. En niños de esta edad preferimos la incisión mediana supra infraumbilical por ofrecer una visión más completa de la cavidad abdominal, realizando el cierre con puntos totales.

Abierto el peritoneo se debe efectuar:

- 1) Balance lesional.
- 2) posición del ciego y sección de bandas.
- 3) Corrección del vólvulo.
- 4) Seguir asa duodenal desde la zona dilatada hacia abajo y suprimir acodaduras y bridas que ocluyen su luz.

5) Si el obstáculo no puede solucionarse o la solución entraña peligro para el enfermo se debe hacer una anastomosis, sorteando el obstáculo.

6) Colocar en posición definitiva el intestino delgado y el grueso teniendo en cuenta el tipo de malrotación.

En cuanto a las complicaciones que aparecieron en nuestro caso podemos decir que la atelectasia se debió a la falta de previsión de poner puntos totales de apoyo en un niño desnutrido.

Señalamos con Benson (1) el resultado espectacular y permanente luego de la intervención, ya que al octavo día la alimentación libre fue bien tolerada y presenta un gastroduodeno normal. Fue controlado hace pocos meses no presentando sintomatología desde la intervención.

RESUMEN

Hemos presentado un enfermo de 11 años con episodios oclusivos subagudos recidivantes de duodeno y las consideraciones clínicas, diagnósticas y de tratamiento.

RESUMÉ

Nous avons présenté une malade de 11 ans avec épisodes occlusif sub-aigües récidivantes de duodénum et les considérations cliniques, diagnostiques et concernant le traitement.

SUMMARY

We have presented a case of a 11 years old patient with occlusive, subacute, relapsing episodes of duodenum and includes a discussion of clinical, diagnostic and treatment.

BIBLIOGRAFIA

1. BENSON, C. Cirugía Infantil. España. *Salvat*, 2: 752, 1967.
2. FEVRE, M. Cirugía infantil y ortopedia. Bs. As. *El Ateneo*, 1969. 364 p.
3. OMBREDANNE, L. Précis Clinique et Operatoire de Chirurgie Infantile. Paris. *Masson*, 1949, 475 p.
4. SWENSON, O. Cirugía pediátrica. Méjico. *Interamericana*, 1958. 281 p.