

Vólvulo recidivante del intestino delgado

Dres. Agustín D'Auria y Roberto Estrugo

Los autores relatan la historia de una paciente de 27 años que se operó con diagnóstico de quiste de ovario torcido, encontrando un vólvulo de intestino delgado en el fondo de la pelvis con necrosis.

Se reseccó el asa anastomosando ileon al ciego.

4 1/2 meses después repitió el cuadro abdominal e ingresó con un nuevo vólvulo que fue necesario resecar.

Se discute la rareza de esta observación y la futilidad de los métodos descriptos para evitar estas recidivas.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Intestinal Obstruction / Etiology.

El vólvulo del intestino delgado es una afección poco frecuente, de difícil diagnóstico y elevada morbimortalidad. La recidiva de un vólvulo del intestino delgado es una verdadera rareza; en nuestra revisión bibliográfica hemos encontrado tan sólo tres casos, de los cuales paradójicamente dos han sido documentados en nuestro medio: Nario (11) y Loubéjac (6), y dos en el extranjero, Fernández Calvo (3) y Mc Kechnie (8).

HISTORIA CLINICA

A. M. R. B., 25 años, sexo femenino. CASMU. Registro Nº 38.897.

1ª internación. — Ingresó por cuadro agudo de abdomen que data de 24 horas, caracterizado por dolor de aparición brusca, localizado en el epigastrio e irradiado posteriormente a ambas fosas ilíacas, de tipo cólico, intenso. Concomitantemente, vómitos de alimentos y biliosos. Ha expulsado gases luego de su última deposición que fue 48 horas antes de su ingreso.

Ardor miccional desde la mañana del día de su internación. Anorexia desde el comienzo del cuadro.

Antecedentes personales. — Apendicectomía por apendicitis gangrenosa pelviana hace 7 años. Dispepsia hiposténica tratada con dieta exenta de excitobiliares.

Antecedentes genitales. — Dismenorrea. Flujo blanco, pruriginoso, no tratado. U.M. 18 días antes del ingreso. Niega relaciones sexuales.

Examen. — Excelente estado general. Bien hidratada. Abdomen simétrico, que se moviliza poco con la

Departamento de Cirugía del C.A.S.M.U. Montevideo.

respiración. Dolor con la respiración profunda y la tos en hemiabdomen inferior. Blando y depresible a la palpación, salvo a la palpación profunda de ambas fosas ilíacas e hipogastrio, donde hay dolor a la decompresión y defensa.

Tacto genital: No se realiza por persistencia del himen. Tacto rectal: Se palpa tumefacción parauterina derecha intensamente dolorosa.

1ª intervención. — Es operada a las 20 horas de su ingreso por el ginecólogo de guardia con el diagnóstico presuntivo de quiste torcido de ovario.

Mediana infraumbilical. Exudado serofibrinoso fétil en cavidad peritoneal. Se comprueba un vólvulo de última asa ileal, enclavado en la pelvis, con necrosis de dicha asa.

En esas circunstancias es llamado uno de los autores (A.D.), quien realiza resección de última asa ileal en una extensión de unos 40 cm., cerrando el cabo ileal distal y anastomosando el cabo proximal al ciego.

Postoperatorio sin complicaciones. Alta a los 13 días de la intervención.

2ª internación. — A los 14 días del alta nuevo cuadro de dolor de tipo cólico, distensión abdominal, detención del tránsito por materias y gases.

Abdomen libre. Dolor a la compresión y decompresión de F.I.I. El dolor cede a las 11 horas del inicio del cuadro, acompañándose de la expulsión de gases. Posteriormente tiene una abundante evacuación intestinal, y con un examen abdominal totalmente negativo, se le otorga el alta.

3ª internación. — Cuatro meses después de su primera intervención reingresa por dolor en epigastrio, continuo, de tal intensidad que el interrogatorio se tornó difícil.

Examen: Excitada, sudorosa. Abdomen: Distensión de F.I.I. Dolor en la compresión de F.I.D. y F.I.I. No hay defensa. Hipersonoridad centroabdominal y en F.I.I. No se auscultan ruidos hidroaéreos.

2ª intervención. — Es operada por otro de los autores (R.L.E.).

Mediana infraumbilical. Líquido sanguinolento abundante en cavidad peritoneal. Brida fija a la base del mesenterio de las últimas asas ileales, con necrosis de las mismas por vólvulo de 180° en sentido horario.

Sección de la brida; resección intestinal de las últimas 3 asas ileales, y entero-enteroanastomosis. La sutura queda a 4 cms. de la anastomosis ileo-cecal previa, con cabo distal bien irrigado. Liberación de múltiples adherencias laxas en hemiabdomen inferior.

Se dejan Aprotinina (Trasyol[R]) y vaselina líquida en la cavidad peritoneal. Ordenación de asa configurando un Noble parcial (realizada con hilo irreabsorbible a puntos separados).

Buena evolución postoperatoria. Alta a los 7 días del postoperatorio.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 14 de mayo de 1980.

Profesores Adjuntos de Cirugía. Fac. de Med. Montevideo.

Dirección: Av. 18 de Julio 2085, 502, Montevideo (Dr. A. D'Auria).

4ª internación. — Quince meses después de su primera intervención es nuevamente internada por dolor de instalación brusca, periumbilical y epigástrico, cólico al principio luego continuo, de intensidad creciente, acompañado de sudores y mareos.

Vómitos de alimentos en dos ocasiones, que no alivian el dolor. Abdomen con moderada distensión periumbilical. Cicatrices de mediana y de Mac Burney en buenas condiciones. Dolor a la palpación de epigastrio y región periumbilical. No hay defensa.

Esperando una evolución espontánea, como en su 2º ingreso, se instituye tratamiento médico con aspiración nasogástrica, hidratación parenteral, antiespasmódicos y modificadores de la motilidad intestinal.

El cuadro no cede, aparecen vómitos porraceos, dolor a la compresión y decompresión de hemiabdomen inferior, donde se palpa una tumefacción ovoidea en hipogastrio.

3ª intervención. — Es operada por el mismo cirujano que la 2ª intervención (R.L.E.), a las 31 horas de su ingreso.

Mediana supra e infraumbilical. Líquido peritoneal serohemático. Se visualizan asas intestinales distendidas y asas chatas. Entre ambas un asa de yeyuno medio estrangulada por una brida y volvulada 360° en el sentido horario; necrosada en un sector de 80 cms. Resección del intestino necrosado y entero-enteroanastomosis. Quedan alrededor de 3 mts. de intestino con buena vitalidad.

Se deja constancia que no se encuentra el plegamiento tipo Noble realizado en las últimas asas ileales en la 2ª intervención.

Se dejan 3 ampollas de Aprotinina y Vaselina líquida estéril en la cavidad peritoneal. Buena evolución. Alta a los 9 días.

5ª internación. — 30 meses después de su primer ingreso, consulta nuevamente por dolor en F.I.I. Dado sus cargados antecedentes se hace radiografía simple de abdomen, que es normal. Cede el cuadro doloroso espontáneamente.

Hasta el momento (mayo de 1980), 38 meses después de su primer ingreso, se encuentra bien, continuando con dieta y antiespasmódicos.

COMENTARIO

Vólvulo del delgado

La frecuencia del vólvulo es escasa como causa de oclusiones del intestino delgado.

Lefall (5) la halla en un 12 % y Lulenski (7) en un 25 %. En nuestro medio Bermúdez la encuentra en un 10,9 % de 192 oclusiones del delgado (Estadística de los Hospitales Británico y Pasteur) (2).

Según Ripstein (12), la etiología de los vólvulos responde a causas congénitas o adquiridas. Entre éstas señala:

- Adherencias peritoneales, fundamentalmente postoperatorias (para Mialaret [9] constituirían la mayoría absoluta).
- Hernias internas.
- Impactación de cuerpos extraños.
- Tumores de intestino delgado (a lo que añadiremos los tumores de mesenterio, como el caso de Anavitarte y Aguiar [1]).

- Torsión del intestino luego de gastro-enteroanastomosis (dos casos en 500 han establecido en nuestro medio Folle y Venturino (4).

Con respecto a su etiopatogenia, Mialaret señala que en un 90 % son secundarios, destacando el papel de las adherencias peritoneales luego de una intervención previa. Según este autor, lo importante con respecto al hallazgo de una brida no es determinar de dónde a dónde se extiende sino qué relación tiene con el intestino delgado volvulado. Plantea así cuatro circunstancias diferentes:

a) La brida se implanta en el vértice del asa volvulada; el asa se tuerce y es el vólvulo y no la brida la causa de la oclusión. Teóricamente se podría resolver la situación detorsionando el asa sin seccionar la brida, pero en la práctica la desaparición de ésta es importante para evitar la recidiva (5 de 64 casos).

b) La brida se encuentra en el pie del asa volvulada. Puede ser una banal oclusión por bridas, pero si el intestino se tuerce 360° o más, la causa de la oclusión es doble: por la brida y por el vólvulo; hay que seccionar la brida y detorcer o reseca el vólvulo (30 de 64 casos).

c) La brida crea una oclusión que es causa del vólvulo del asa situada por encima. Aquí el vólvulo no está fijo por la brida y puede ser detorsionado sin seccionar la brida; pero permanece la oclusión, para cuya resolución será necesaria la desaparición de la banda fibrinosa (8 de 64 casos).

d) Oclusiones complejas, como vólvulos por encima de asas aglutinadas sin estar en verdadera oclusión (multioperados). No se resuelve el problema con la simple detorsión del asa volvulada, sino que hay que liberar adherencias o realizar un cortocircuito (12 de 64 casos).

Creemos que en las tres intervenciones realizadas a nuestra paciente, se trataron de vólvulos secundarios a adherencias postoperatorias, con un punto de partida en una apendicectomía por apendicitis pelviana. En todas las intervenciones se trataron de bridas situadas al pie del asa (mecanismo b de Mialaret).

La presentación clínica de esta afección no responde a un cuadro típico. La mayoría de las veces sólo se puede llegar al diagnóstico de oclusión intestinal. Ha sido confundida a veces con pancreatitis, colecistitis, apendicitis y salpingitis.

Destacaremos una forma particular que merece ser individualizada y que fue motivo de la primera intervención de nuestra paciente: el vólvulo pelviano enclavado. Son pacientes que se presentan con dolores pelvianos tipo cólico, disuria, poco o nada baloneamiento abdominal, percepción al tacto genital o rectal de una masa elástica y dolorosa. La regla es la confusión con un quiste torcido de ovario o un hematocele, lo que sucedió en casos de Couvelaire, publicado en el trabajo de Mialaret (9) y en un caso de Moretz (10). Existe en general el antecedente de una intervención

pelviana previa, ya señalada en nuestro caso. Evolucionan muchas veces a bajo ruido, lo que explica el retardo quirúrgico: hay menciones de operaciones al 10º día del comienzo.

Vólvulo recidivante de delgado

Señalamos la excepcionalidad de la situación. Describiremos sucintamente los casos anteriormente publicados.

Nario (11). Se trataba en el primer episodio de un vólvulo por brida y total, en el sentido antehorario, resuelto por detorsión. El segundo cuadro producido a los 22 días de la primera intervención, se trató de un vólvulo parcial y primitivo.

Loubejac (6). El primer accidente consistió en un vólvulo primitivo, parcial, yeyuno-ileal, con una torsión de 360° en sentido horario. Se realizó detorsión. El segundo episodio consistió en un vólvulo de asa ileal secundaria a una brida, vólvulo también en el sentido horario, solucionado también por detorsión.

Fernández - Calvo (3). Se trató de un vólvulo parcial, primitivo, de las últimas asas delgadas, en el que se practicó detorsión. Diez meses después, nueva oclusión con vólvulo; el asa detorsionada en la 1ª operación está nuevamente volvulada, pero se halla engrosada y plegada en acordeón, obstruida su luz por restos alimenticios (higos secos ingeridos 20 horas antes).

Nuestro caso presenta características que lo hacen diferir de los anteriores. Ellas son:

A) *Pluralidad de recidivas*: En dos casos fueron motivos de reintervención; en otro se resolvió espontáneamente (2ª internación).

B) *Aparición luego de resección de asas previamente volvuladas*: Los anteriores fueron vistos luego de detorsión del asa volvulada.

C) *En todos los casos fueron secundarios a la presencia de bridas postoperatorias*. Se destaca que los intentos de impedir adherencias con vaselina líquida, o aprotinina fueron infructuosos, así como el intento de ordenamiento de las asas mediante un Noble parcial, deshecho según la observación posterior.

Para explicar la razón de porqué esta paciente repite sus vólvulos en vez de simples oclusiones recidivantes por bridas, nos vemos obligados a citar la opinión del Prof. Nario, quien creía en la existencia de una "diátesis volvulante" en determinadas personas. En ellas, "frente a un hecho dinámico de distensión, reaccionan en forma volvulante, porque la disposición parietal de la túnica realizadora de los movimientos es tal que se hacen en forma irregular y disarmonica". Sería una disposición de determinadas personas de la especie humana similar a lo que se ve en algunas especies animales, como en el caballo, en el cual la mayoría de las oclusiones intestinales son determinadas por vólvulos del intestino delgado.

Mc Kechnie (8) cita que uno de sus pacientes fue operado 3 veces por vólvulo y cada vez el asa volvulada se encontró adherida a la misma cicatriz.

RESUME

Volvulus recidivant de l'intestin grêle

Une malade de 27 années fue operé avec un volvulus d'intestine grêle avec necrose. La resection intestinale fut practiqué avec anastomose de l'ileum et le cœcum.

Quatre mois après la malade fait un autre volvulus du grêle et fut necesaire resequer un autre portion de l'intestin grêle.

Les auteurs recalquent la rarité de cette complication et aussi l'absence de methodes pour l'éviter.

SUMMARY

Recurrent Volvulus of Small Bowell

Une malade de 27 années fue operé avec un volvulus sented. She was operated upon with a diagnosis of twisted ovarian cyst. A small bowell volvulus was found, trapped in the pelvis and necrosed.

Resection of the last ileal loop was performed, with anastomosis of the proximal small bowel end to the cecum. The patient repeated acute abdominal conditions 4 and 15 months after the first operation. In both cases partial small bowell volvulus was found, secondary to fibrine bands. Intestinal resection and intestinal anastomosis was performed in both cases.

Scarcity of recurrence of small bowel is pointed out, as well as the fact of plurality of recurrences in this patient. Futility of measures used to inhibit postoperative peritoneal adhesions is shown. Small bowell volvulus trapped in the pelvis should be considered as a differential diagnosis when operating for a twisted ovarian cyst.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANAVITARTE E y AGUIAR RA. Linfangioma quístico del mesenterio. Vólvulo de intestino delgado. *Bol Soc Cir Uruguay*, 25: 468, 1954.
2. BERMUDEZ - VILLEGAS JA. Oclusión del intestino delgado. Estudio analítico de 192 casos. *Rev Argent Cir*, 31: 164, 1976.
3. FERNANDEZ - CALVO F. Contribución al estudio de los vólvulos del intestino delgado. *Rev Esp Enf Ap Dig Nutr*, 9: 44, 1950.
4. FOLLE JA y VENTURINO W. Vólvulo intestinal precoz post - gastrectomía. Dos observaciones. *Rev Cir Uruguay*, 27: 155, 1956.
5. LEFFALL LD and SYPHAX B. Clinical Aids in Strangulation Intestinal Obstruction. *Am J Surg*, 120: 756, 1970.
6. LOUBEJAC AM. Vólvulo recidivante del intestino delgado. *Bol Soc Cir Uruguay*, 15: 188, 1944.
7. LULENSKY CR. Primary and secondary volvulus of the small bowel. *Am J Surg*, 102: 453, 1961.
8. MC RECHNIE RE and PRIESTLEY JT. Volvulus of small intestine a report of thirty seven cases. *Am J Surg*, 34: 286, 1936.
9. MIALARET J et BOUDREAUX J. Commentaires sur soixante - quatre observations inédites de volvulus partiel de l'intestin grêle. *Mem Acad Chir*, 69: 325, 1943.
10. MORETZ WH and MORTON JJ. Acute volvulus of small intestine. *Ann Surg*, 132: 899, 1950.
11. NARIO C y LOUBEJAC A. Vólvulo recidivante del intestino delgado. *Bol Soc Cir Montevideo*, 4: 36, 1933.
12. RIPSTEIN CB and MILLER GG. Volvulus of the small intestine. *Surgery*, 27: 506, 1950.