

Vólvulo total del intestino delgado en paciente con hemicolectomía derecha previa

(Resección masiva con sobrevida)

Dr. Juan J. Rossi

Se trata de una paciente, sometida años atrás a una hemicolectomía derecha. Se le realizó una resección masiva de intestino delgado por un vólvulo total con infarto de éste, quedando 20 cm de yeyuno desde el ángulo duodeno-yeyunal. La continuidad del tránsito se realizó mediante una yeyuno-transversostomía. Del tratamiento post-operatorio se destaca la importancia del cuidado continuo que se realizó y la alimentación enteral en forma lenta y progresiva, con dietas adaptadas. Luego de prácticamente 7 años de la intervención quirúrgica, la paciente moviliza su intestino 2 o 3 veces por día, con materias blandas y se ha incorporado nuevamente a todas sus actividades.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Intestinal obstruction

SUMMARY: Total volvulus of small intestine in patient with previous right hemicolectomy. (Complete resection and survival).

This communication refers to a previously hemicolectomized patient, who underwent massive resection of the small intestine. The clinical condition was that of a mechanic intestinal occlusion with persistent shock. Surgical exploration revealed total volvulus of small intestine that resulted in total infarction of same. Surgical treatment consisted in almost total resection of the jejunal ileum.

Servicio de Cirugía del Círculo Católico de Obreros de Montevideo.

Seven years after operation, the patient discharges her intestine two or three times a day, defecating soft matter and her activities are practically normal.

RÉSUMÉ: Volvule total de l'intestin grêle chez une malade avec hémicolectomie droite préalable

Il s'agit d'une malade qui avait été opérée d'une hémicolectomie préalablement et à laquelle on a effectué une résection massive de l'intestin grêle. Cliniquement le cas s'est présenté comme une occlusion intestinale mécanique avec choc persistant. L'exploration chirurgicale a montré un volvule total de l'intestin grêle, ce qui a provoqué un infarctus total de celui-ci. Le procédé chirurgical a consisté à effectuer une résection presque totale de jéjuno-iléon.

La continuité du transit s'est rétablie à travers une jéjuno-transversostomie termino-latérale. Sept ans après l'intervention, la patiente va à la toilette 2 ou 3 fois par jour, avec des matières fécales molles et mène une vie pratiquement normale.

El motivo de esta comunicación es haber asistido a una paciente en la cual las circunstancias operatorias nos llevaron a realizar una resección masiva del intestino delgado. Como antecedentes se destaca haber sido intervenida por alteraciones ginecológicas 9 años antes, y 2 años y 3 meses antes de la intervención actual se le había realizado una hemicolectomía derecha por tumor inflamatorio del ángulo derecho del colon.

Presentado como Tema Libre ante el 35° Congreso Uruguayo de Cirugía. Diciembre 1984.

Prof. Adjunto Interino del Dpto. de Emergencia.

Dirección: Concepción del Uruguay 1409, ap. 001, Montevideo (Dr. J.J. Rossi).

CASUISTICA

E.J.P.T. N° 137.698 C.C.O.M. 43 años, mujer, consulta por distensión abdominal y detención del tránsito para materias y gases. El día anterior en el post-prandio tardío comienza con dolor abdominal difuso, tipo cólico, de gran intensidad a predominio de la región umbilical. Aproximadamente una hora después, vómitos, que calman parcialmente el sufrimiento; en los primeros momentos son de alimentos y posteriormente son de líquidos "oscuros". Tratamiento: dieta hídrica y antiespasmódicos. Como no responde al tratamiento ingresa.

Examen: mal estado general, delgada, brevilinea y 46 kg de peso. Lúcida, agitada, dolorida, polipneica. Lengua seca. Sudorosa, pálida y con livideces en los 4 miembros, abdomen y dorso: pliegue cutáneo perezoso, mucosas pálidas. Taquicardia con tonos apagados, periféricos. No se perciben pulsos en los 4 miembros ni la presión arterial.

Abdomen: muy distendido, en balón, no deformaciones asimétricas, no se apreciaban reptación ni hernias, hipomóvil con la respiración. Doloroso globalmente a la palpación superficial y profunda, tenso, timpánico, no visceromegalias ni tumores. Oligoanuria.

Ant. Pers.: La paciente fue tratada hace 10 años por esterilidad y operada hace 9 años. Hace 3 años presentó un cuadro agudo de abdomen por lo que fue operada nuevamente; el cirujano actuante decide hacer una hemicolectomía derecha al encontrar un proceso tumoral de aspecto inflamatorio del ángulo del colon derecho que tomaba la serosa y el meso. La anatomía patológica mostró un divertículo de colon a nivel del ángulo derecho, abscedado en mesocolon. Desde hace 2 años períodos alternantes de constipación y diarrea que al parecer fueron etiquetados como consecutivos a una colopatía diverticular. En algunas oportunidades vómitos. Presentaba períodos libres de sufrimiento.

Tratamiento: Dado el estado de la paciente se intenta un tratamiento de reposición. Se realiza estudio radiológico de abdomen que no aclara el diagnóstico (Fig. 1). Cuatro horas después del ingreso al no encontrar respuesta al soporte hemodinámico se decide la laparotomía exploratoria.



Fig. 1. Por la urgencia el estudio radiológico es incorrecto, tiene defectos técnicos pero se puede afirmar que no hay distensión gaseosa ni en intestino delgado ni colon.

Operación: Anestesia general. Incisión: Supra-umbilical. Abierto peritoneo se comprueba gran cantidad de exudado sero-sanguinolento, se aspiran varios litros. Nos encontramos con un vólvulo total del intestino delgado; rotado en forma helicoidal sobre la raíz del mesenterio, siguiendo el sentido horario. Las asas intestinales comprometidas se encuentran necrosadas, color morcilla. (Infarto total del intestino delgado evolucionado). Se realiza resección prácticamente total del intestino delgado con su meso, dejando aproximadamente 20 cm de yeyuno desde el ángulo duodeno-yeyunal. La continuidad del tránsito se realiza mediante una yeyuno transversostomía término-lateral en dos planos.

Post-operatorio: Pasa a Centro de Tratamiento Intensivo. Al sexto día, ictericia, fiebre, shunt pulmonar, sepsis. Al noveno día se reinterviene comprobándose pequeña falla de sutura y peritonitis. Se realiza toilette peritoneal y resutura en la anastomosis yeyuno-colónica. Evolución aceptable. Se le realiza un estudio radiológico contrastado digestivo (Fig. 2). Persiste con diarreas semilíquidas, 4 a 5 deposiciones diarias. Se reinicia alimentación oral, continuando con un apoyo parenteral. A los cuatro meses, se realiza otro tránsito digestivo como control (Fig. 3). Alta, pasa a domicilio con reposo relativo. Sigue bajo vigilancia: peso: 39 kg. Dieta fraccionada cada 2 horas 2 a 3 deposiciones blandas diarias, pero con materia formada y de coloración normal. Al año se le realiza otro tránsito digestivo (Fig. 4). Luego de prácticamente 7 años la paciente se encuentra con buen estado general reintegrada a su actividad, trabaja en su domicilio pesa 43 kg, continúa con dieta colónica ingiriendo pequeñas porciones cada 2 horas durante el día, suspende la alimentación durante la noche. Moviliza el intestino 2 o 3 veces al día con materia formada blanda. Las dietas siguen siendo estrictamente controladas por gastroenterólogo.

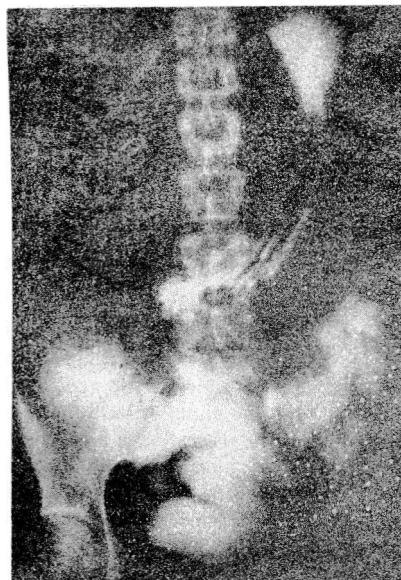


Fig. 2. Se observa medio de contraste en el estómago con una mucosografía de características normales. El duodeno se observa con una gran dilatación e hipotonía con relieves mucosos de aspecto normal. Existe un pequeño segmento de yeyuno opacificado por el medio de contraste, visualizándose luego el colon izquierdo. Se comprueba además una ausencia de prácticamente todo el sector yeyuno-ileal.

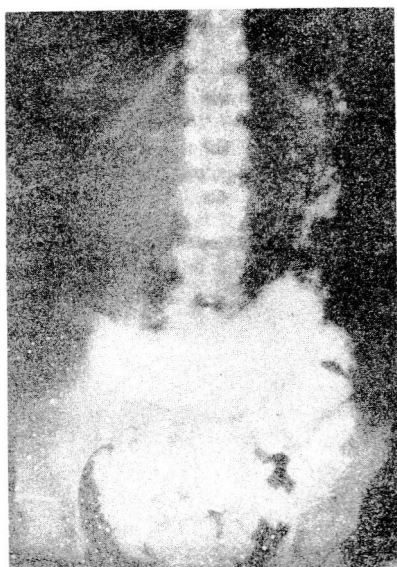


Fig. 3. Control a los 4 meses. Se observa un estómago elongado de topografía baja. El duodeno y el sector de yeyuno proximal se continúan con el colon izq.



Fig. 4. Este estudio es prácticamente igual a los anteriores, se comprueba el medio de contraste en el sector del delgado residual. Se observa además un aumento de tamaño del colon sigmoide que llega hasta la fosa iliaca derecha.

COMENTARIO

El vólvulo total del intestino delgado no es un hecho frecuente. De la bibliografía consultada a nivel nacional e internacional, no hemos encontrado casos similares. (Sobrevida en pacientes con una resección prácticamente total del intestino delgado y de colon derecho).^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

CONCLUSIONES

El interés de esta observación está centrada en la buena evolución general y digestiva de una paciente sometida a una resección masiva del intestino delgado y privada previamente de su colon derecho. Creemos que estas particularidades la convierten en una observación excepcional o única. Es interesante señalar que en esta enferma no se realizaron procedimientos que buscaran el enlentecimiento del tránsito intestinal, como sería la inversión de un segmento de intestino. En nuestra observación esto fue técnicamente imposible; sin embargo, como se ha visto la readaptación del tubo digestivo a la nueva situación anatómica ha sido perfecta. Los estudios radiológicos señalaron un aumento del diámetro del duodeno, elongación del colon y la ausencia de intestino delgado, no siendo digno de mención otras modificaciones. La presente observación permite afirmar que un caso de necrosis masiva del intestino delgado y mitad derecha del colon, situación relativamente frecuente en las obstrucciones altas de la arteria mesentérica superior, el paciente no está perdido. En estos casos la única solución es la resección de toda el área isquemiada y en vías de necrosis (no revascularizable). El tránsito será reconstruido por anastomosis del delgado remanente al sector más proximal del colon viable. Invariablemente estos enfermos deben ser tratados en áreas de cuidados intensivos o intermedios, durante cierto tiempo; en nuestro caso un mes. La alimentación debe ser exclusivamente parenteral. La utilización del tubo digestivo debe ser lenta y progresiva, con dietas adaptadas a la situación, permitiendo así el pasaje progresivo de la alimentación parenteral a la enteral total.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AKWARI O.E., KELLY K.A. — Anterior resection for adenocarcinoma of the distal large bowel. *Am. J. Surg.*, 139: 88, 1980.
2. BAULIEUX I., PEIX J.L. et alii. — Polyposis juvenile. A propos d'un cas. *Lyon Med.*, 241: 347, 1979.

3. ENKER W.E., LAFFER V.T., BLOCK G.E. — Enhanced survival of patients with colon and rectal cancer in based upon wide anatomic resection. *Ann. Surg. Philadelphia*, 190: 350, 1979.
4. LLOYD D.R. — Antiperistaltic colonic interposition following massive small bowel resection in rat. *J. Pediatr. Surg.*, 16: 64, 1981.
5. MEYERS W.C., JONES R.S. — Hyperacidity and hypergastrinemia following extensive intestinal resection. *World J. Surg.*, 3: 539, 1979.
6. MILLANE E., GINANNESCHI V., SMREKAR V. — Modificazioni morfologiche e funzionali del colon dopo resezione massiva di tenue del ratto. *Minerva Chir.*, 37: 641, 1982.
7. Le QUINTEC Y., GENDRE J.P. — Traitement des diarrhées secondaires aux resections intestinales. *Sem. Hop. Ther.*, Paris, 53: 177, 1977.
8. ROMANO D. — Comunicación personal. Montevideo, 1980.
9. SACHDEV R., ACKERMAN N.B. — Comparison of changes in intestinal length and circumference after 90 per cent bypass and 90 per cent resection *Am. J. Surg.*, 137: 208, 1979.
10. SIPARON I.N. — Importance of the terminal ileum in digestive compensation after extensive intestinal resection. *Vestn. Khir.*, Leningrad 123: 33, 1979.
11. THEILE D.E., COHEN J.R. et alii. — Mortality and complications of large bowel resection. *Aust. NZ J. Surg.*, 49: 62, 1979.