

CASO CLÍNICO

Vólvulo de delgado

Complicación de la T de cobre

Dres. Jorge Cardozo¹, Héctor García Pierce², Nelly Buriano³

Resumen

El interés del caso radica en que es un cuadro agudo de abdomen, que se produce como consecuencia de la colocación de un DIU. La complicación consistió en la perforación del útero, pasaje a la cavidad peritoneal y penetración en el mismo acto en un asa de intestino delgado libre sin producir peritonitis, que dio como complicación alejada un proceso mecánico, como lo es la volvulación del asa delgada con su consiguiente oclusión intestinal.

Palabras clave: Obstrucción intestinal
Intestino delgado
Dispositivos anticonceptivos
femeninos

Summary

The interest in this case is based on the fact that the patient presented acute abdomen as a consequence of the insertion of an intrauterine device (IUD). The complication consisted of uterus perforation, passage to the peritoneal cavity and penetration in the same act of an ansa of free small intestine without causing peritonitis, which as a subsequent complication caused a mechanical process such as the volvulus of the ansa with the consequent intestinal occlusion.

Introducción

El vólvulo de intestino delgado es una entidad ampliamente estudiada, por lo cual no abundare-

mos en su análisis, pero sí recordaremos sucin- tamente que en el adulto es muy poco frecuente y cuando ocurre se debe a la fijación del asa intestinal en su vértice, habitualmente como re- sultado de una adherencia posoperatoria⁽¹⁻⁶⁾.

Las adherencias y las bridas solitarias son la causa más frecuente —60%— de obstrucción in- testinal en el mundo occidental⁽⁷⁾.

Las adherencias pueden ser congénitas o ad- quiridas. Las congénitas aunque comunes sólo ocasionalmente dan problemas^(7,8), y de hecho las adherencias que dan origen a una obstruc- ción intestinal casi siempre son precedidas por una operación o por una severa irritación peri- toneal, local o difusa^(3-7,9).

Las apendicectomías y las operaciones gine- cológicas figuran en primer lugar como causa de adherencias posoperatorias.

Aunque las adherencias posoperatorias pue- den involucrar cualquier víscera intraabdominal, la obstrucción por esta causa compromete al del- gado y especialmente al íleon.

Historia clínica

S.C. Mujer de 41 años. Ingresa el 30 de octubre de 1993. Comienza 48 horas antes del ingreso con dolor abdominal tipo cólico, intenso, en he- miabdomen inferior sobre todo en hipogastrio, irradiado hacia ambos hipocondrios. No relacio- nado con la ingesta de alimentos y que no retro- cede con los antiespasmódicos y analgésicos de uso habitual. Concomitantemente detención del tránsito para materias y gases, de 48 horas de evolución. En las últimas 24 horas instala vómitos reiterados, al inicio de alimentos y biliosos y pos- teriormente fecaloideos. Niega fiebre y chuchos de frío. No percibe distensión abdominal.

A.P. El 20 de setiembre de 1993 la paciente consulta una unidad de emergencia móvil por dor- lor abdominal bajo, de similares características al actual pero de menos intensidad, con tránsito di- gestivo alto y bajo conservado. Se trata con an-

1. Residente de Cirugía.

2. Cirujano de UMERCO.

3. Anestesiólogo de UMERCO.

Clínica Quirúrgica «1». Dir. Prof. Dr. G. Estapé. Hospital Pasteur. Facultad de Medicina y UMERCO (Cardona)

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 de junio de 1994.

Correspondencia: Dr. J. Cardozo. Av. Costanera 4252 – Block O, Apto. 102 – Campo Español. Montevideo

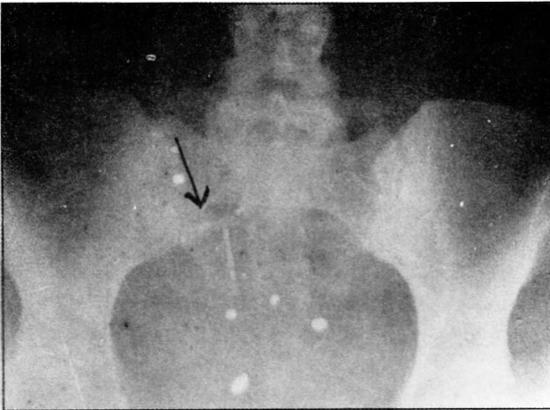


Figura 1. Radiografía de abdomen de pie, se ve un asa delgada dilatada y con niveles. DIU en la pelvis.

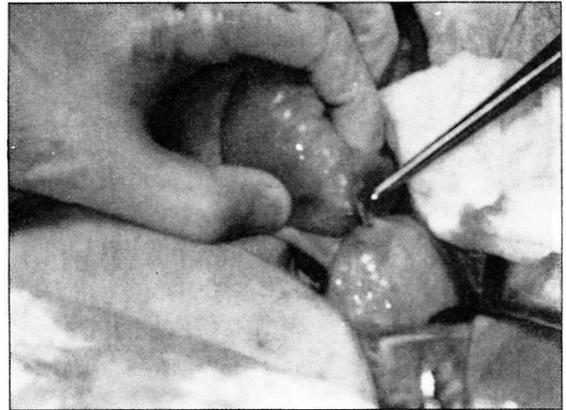


Figura 2. La pinza muestra el tallo de la brida que une el útero al asa delgada, formado por la rama vertical de una T de cobre.

tiespasmódicos vía parenteral retrocediendo el cuadro.

A.G.O. Hace 20 años operada de quiste de ovario. Cuatro embarazos, dos terminan en aborto y dos en cesáreas, la última el 25 de marzo de 1992. Portadora de DIU colocado el 25 de abril de 1992. T de cobre. FUM 28 de octubre de 1993.

Examen. Paciente lúcida, buen estado general, bien hidratada. Piel y mucosas normocoloreadas. Temperatura rectal 37°C. Presión arterial 130/80. Frecuencia cardíaca 84 p.m.

Abdomen: ausencia de dolor espontáneo, discretamente distendido.

Cicatriz mediana infraumbilical continente. A la palpación, blando, depresible, discretamente doloroso en forma difusa, sin dolor a la decompresión, sin defensa. Sonoridad y ruidos hidroaéreos aumentados en timbre y frecuencia.

Tacto rectal: esfínter normotónico, ausencia de materias al guante. Douglas libre e indoloro.

Examen ginecológico. Hecho por el ginecólogo tratante: cuello posterior, formado, O.E. cerrado. Utero desplazado a derecha. No se palpan tumoraciones. Se palpan hilos del DIU.

En suma: mujer de 41 años laparotomizada y bicesareada, con el planteo clínico de oclusión intestinal mecánica de intestino delgado bajo. Se solicita radiografía de abdomen simple de pie y acostada, que muestra asa delgada distendida con niveles hidroaéreos en pila de monedas que confirman el diagnóstico clínico (figura 1).

En función de ser una paciente joven, multiparada de su abdomen, nos planteamos el diagnóstico de oclusión intestinal tipo mecánico por bridas, por ser la causa más probable en todo paciente portador de laparotomía previa. Con este diagnóstico se indica la laparotomía exploradora.

Operación: 30 de octubre de 1993, con anestesia general balanceada, se practica incisión mediana infraumbilical, se constatan asas delgadas distendidas y se busca el obstáculo en el punto de unión de las asas distendidas y asas chatas, comprobándose que el mismo se encuentra adherido al fondo uterino, que hace de eje de volvulación de un asa la cual se devolvula y se comprueba su viabilidad. No se comprueban otras adherencias interasas ni a la pared abdominal. La palpación de esa unión muestra cuerpo extraño alargado, firme, fino, todo rodeado por un tejido inflamatorio adherencial laxo.

Al traccionar suavemente del asa intestinal se comprueba que el eje de la volvulación corresponde a la rama vertical de una T de cobre con su rama horizontal libre en la luz intestinal (figuras 2 y 3). Se efectúa una pequeña histerotomía en el fondo uterino a nivel de la salida del DIU, extrayéndose el mismo hacia la cavidad abdominal. Cierre con Dexón 0. Se practica pequeña enterotomía sobre el punto de penetración del DIU que nos permite extraer la rama horizontal del mismo, comprobándose que se ha extraído íntegro (figura 4). Resección de los bordes de la enterotomía y cierre en monoplano extramucoso con Dexón 3-0. Comprobada la comunicación de la cavidad uterina a la peritoneal se decide antibióticoterapia. La evolución posoperatoria fue buena, recuperando el tránsito intestinal a las 48 horas y tolerando vía oral. Dada de alta a los cinco días. Evolución alejada sin problemas.

Comentarios

El mecanismo por el cual se llegó al vólvulo de un asa de intestino delgado está bien descrito en trabajos anteriores^(1-6,10). La brida corta centra-

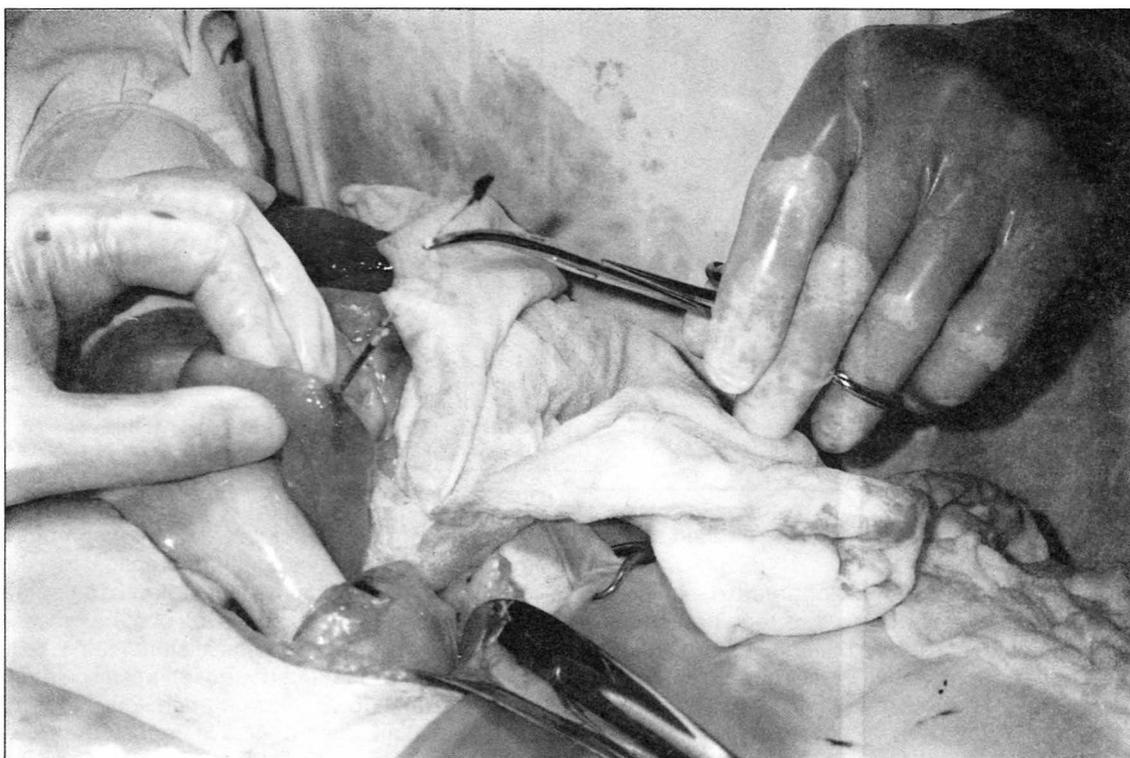


Figura 3. Una vez extraída del útero, se toma con una pinza desde los hilos para mostrar que la rama horizontal está incluida en la luz del delgado.

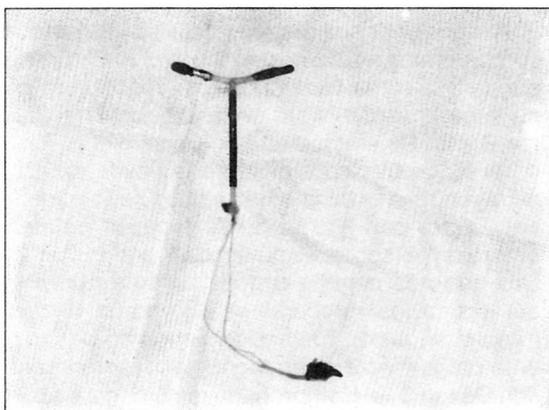


Figura 4. Foto del DIU extraído íntegro.

da por la T de cobre, implantada en el borde antemesentérico del intestino delgado, actuó de eje de rotación para producir el vólvulo, siendo el útero la inserción fija de la brida y estando las ramas cortas de la T de cobre libres en la luz intestinal.

El interés del caso radica en lo raro de esta complicación de la T de cobre, que no la hemos

encontrado revisando la literatura nacional y extranjera.

Del análisis de la literatura surge que estas complicaciones son debidas a diversos factores tales como: a) Momento en que es colocado el DIU, habiendo menos complicaciones cuando se inserta en el primer día de la menstruación^(11,12), y cuando se hace después de la octava semana del posparto o posaborto⁽¹¹⁻¹⁶⁾, o durante la lactancia^(11,12,16). b) También es importante en determinar las complicaciones la experiencia del equipo actuante^(11-14,16).

En nuestro caso se conjugan tres de los elementos que aumentan el índice de frecuencia de la perforación uterina. Fue colocado a los 30 días postparto (cesárea), durante la lactancia y lo realizó un equipo de poca experiencia⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

De la revisión de esa literatura surge que las complicaciones del DIU son: infección, sangrado, expulsión y perforación uterina con migración a órganos vecinos: vejiga⁽¹⁰⁾, recto^(17,18), peritoneo libre^(12,19).

Pensamos que la perforación uterina y del delgado se produjo en el mismo momento de la colocación de DIU, como lo cita^(18,20), no produciéndose una peritonitis porque la tracción inmediata

de los hilos adosó la pared del delgado al fondo uterino, no permitiendo la salida masiva del contenido del asa. Para pensar que primero se perforó el útero y secundariamente el delgado a través del proceso inflamatorio producido por la T de cobre intraperitoneal que lo incorpora, ^(11,12,14) nos falta un proceso cicatrizal mayor, recordemos que era muy fino y laxo.

La presentación de este caso clínico es solamente para mostrar la rareza de su hallazgo, sabiendo que ante un caso similar vamos a seguir haciendo el diagnóstico clínico de oclusión intestinal por bridas.

Bibliografía

1. **Bermúdez Villegas JA.** Oclusión del intestino delgado. *Rev Argent Cir* 1976; 31: 164.
2. **D'Auria A, Estrugo R.** Vólvulo recidivante del intestino delgado. *Cir Uruguay* 1981; 51: 72.
3. **Larre Borges U, Cazabán LA, Del Campo A.** Patología quirúrgica. Abdomen agudo. Oclusión intestinal aguda. Montevideo: Librería Médica, 1980; 1: 167-98.
4. **Loubejac AM.** Vólvulo recidivante del intestino delgado. *Bol Soc Cir Uruguay* 1944; 15: 188.
5. **Lulenski R, Cleveland O.** Primary and secondary volvulus of the small bowel. *Am J Surg* 1961; 102: 453.
6. **Nario C, Loubejac A.** Vólvulo recidivante del intestino delgado. *Bol Soc Cir Uruguay* 1933; 4: 136.
7. **Maingot A.** Operaciones abdominales. Buenos Aires: Panamericana, 1989: 1153-86.
8. **Estapé G, Soto JA, Belloso R y Castiglioni JC.** Oclusión intestinal aguda por divertículo de Meckel en el adulto. *Rev Cir Uruguay* 1974; 44: 54.
9. **Lesina E, Delgado F, Criado F, Miraglia D, Martínez J.** Adherencias peritoneales. Estudio experimental. *Cir Uruguay* 1972; 42: 144.
10. **Dietrick D, Issa M, Kbalin J, Bassett J.** Intravesical migration of intrauterine device. *J Urol* 1992; 147: 132.
11. **López G, Yunes J, Soles J, Omran A.** Anticoncepción intrauterina: adelantos y perspectivas en "Salud reproductiva en las Américas". Washington: OPS-OMS, 1992: 256-81.
12. **Rosas G, Martínez C.** Extracción de dispositivo intrauterino (DIU) ectópico, mediante laparoscopia. *Rev Chil Obstetr Ginecol* 1986; 51: 446.
13. **Douglas Scutchfield F, Newton Long W.** Perforation of the uterus with the lipps loop. *JAMA* 1969; 208: 2335.
14. **Fleitas F, Uzcatogui O, Szczdrin W, Villalobos A.** Perforación por dispositivos intrauterinos: evaluación de 12 casos. *Rev Obstetr Ginecol Venezuela* 1985; 45: 61.
15. **Heartwell S, Schlesselman S.** Risk of uterine perforation among users of intrauterine devices. *Obstetr Gynecol* 1983; 61: 31.
16. **Rosenfield A, Castadot R.** Early postpartum and immediate postabortion intrauterine contraceptive device insertion. *Am J Obstetr Ginecol* 1974; 118: 1104.
17. **Lehfeldt H, Wan L.** Unusual uterine perforation with a new intrauterine device. *Obstetr Gynecol* 1971; 31: 826.
18. **Sogaard K.** Unrecognized perforation of the uterine and rectal walls by an intrauterine contraceptive device. *Acta Obstetr Gynecol Scand* 1993; 72: 55.
19. **Saulny de Jorgez J, Abbruzzese C, Aziaga A, Ziliani M, Parra N.** Valor del ultrasonido en la identificación de los dispositivos intrauterinos. *Rev Obstetr Ginecol Venezuela* 1985; 45: 152.
20. **Saulny de Jorgez J, Abbruzzese C, Azuaga A, Ziliani M, Parra N.** Evaluación de los dispositivos intrauterinos por ultrasonido. *Rev Obstetr Ginecol Venezuela* 1985; 45: 155.