

Vólvulo de Íleon terminal secundario a fiebre tifoidea. A propósito de un caso

Terminal Ileal volvulus secondary to tifoideal fever. On purpose of a case

Esp. Joaquín Alejandro Solarana Ortíz^{1*}

<https://orcid.org/0000-0001-9633-7086>

Dr.C. Yasmín Rodríguez Pascual²

Esp. Margarita Rodríguez Dieguez²

¹ Hospital Regional de Huambo, Angola.

²Hospital General Docente Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: joaquinhl@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se trata de una paciente femenina de 28 años de edad, raza negra y procedencia rural con antecedentes de hipertensión arterial hace 2 años sin tratamiento regular, la cual acudió a consulta de Cirugía General del Hospital Regional de Huambo, Angola, por presentar un aumento de volumen visible y palpable en flanco derecho acompañado de dolor abdominal a tipo cólico sin defecar por 15 días precedidos de diarreas amarillas como puré de chícharo. Al ser examinada se encuentra tumor en flanco derecho de 20 centímetros aproximadamente, de bordes irregulares, superficie irregular y consistencia dura, por lo que se ingresó con el diagnóstico de oclusión intestinal mecánica para tratamiento quirúrgico urgente, encontrándose un gran vólvulo en todo el Íleon con compromiso vascular realizándose resección intestinal con yeyunotransversostomía.

Palabras clave: vólvulo, íleon, obstrucción intestinal.

ABSTRACT

We present a 28 year old female black patient of peasant appearance with hypertension backgrounds, under no regular treatment for two years. She attended Huambo Hospital Regional Hospital General Surgery service with a visible right side abdominal pain, almost chronic, with no defecatory function for 15 days, showing pure yellow diarrhea. After physical exam we found a hard, almost 20 cm tumor on the right side, with irregular borders and surface. She was diagnosed with mechanical intestinal obstruction and admitted at the General Surgery Service for immediate surgery. We found a big ileal bulb, which compromised vascular area. We applied intestinal resection of the short bowel.

Keywords: volvulus, ileal, intestinal obstruction.

Recibido: 26/03/2019.

Aprobado: 26/03/2019.

Introducción

El vólvulo de intestino delgado representa una causa poco frecuente de oclusión intestinal en el paciente adulto.⁽¹⁾ Esta enfermedad es más frecuente en niños debido a su etiología, y el manejo suele ser diferente en el paciente adulto; es poco frecuente, representa únicamente el 0,5-2,5% de los casos de oclusión intestinal en personas adultas, y su presentación clínica es de abdomen agudo. Consiste en la torsión anormal del intestino delgado alrededor del eje de su propio mesenterio, produciendo una obstrucción mecánica del intestino. La torsión mesentérica conlleva también oclusión de los vasos mesentéricos con isquemia intestinal y finalmente necrosis, su mortalidad oscila entre el 9 y el 35%.

La fiebre tifoidea es una enfermedad endémica en países con malas condiciones de higiene ambiental y consumo de agua contaminada como Angola y Mozambique donde es causa frecuente de abdomen agudo.⁽²⁻⁴⁾

Las alteraciones provocadas por la infección por *S. typhi*, es la hiperplasia de las placas de Peyer, con necrosis y descamación del epitelio del intestino; en ocasiones se produce perforación intestinal o un cuadro de obstrucción.⁽³⁾

Presentación de Caso

Motivo de ingreso: dolor abdominal y aumento de volumen visible.

HEA: se trata de una paciente femenina de 28 años de edad, raza negra y procedencia rural, con antecedentes de hipertensión arterial hace 2 años sin tratamiento regular. Acudió a consulta de Cirugía General del Hospital Regional de Huambo, Angola, por presentar un aumento de volumen visible y palpable en flanco derecho, acompañado de dolor abdominal a tipo cólico sin defecar por 15 días, precedidos de diarreas amarillas como puré de chícharo. Al ser examinada se encuentra tumor en flanco derecho de 20 centímetros aproximadamente, de bordes irregulares, superficie irregular y consistencia dura, por lo que se ingresó con el diagnóstico de oclusión intestinal mecánica para tratamiento quirúrgico urgente.

Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial.

Antecedentes patológicos familiares: no refiere.

Datos positivos al examen físico

En flanco derecho se palpa tumor abdominal de 20 centímetros aproximadamente, consistencia dura, doloroso, superficie irregular, bordes irregulares y movable.

Estudios complementarios

- Hemoglobina: 115 g/l Grupo: O positivo
- Leucocitos: 15×10^9
- Test de Widal: positivo (el serodiagnóstico de la fiebre tifoidea, que establece la presencia de anticuerpos contra el antígeno O y H para *Salmonella typhi*).²
- Glicemia: 4 mmol/l Orina: normal
- Coagulograma: normal

- Radiografía de abdomen simple PA de pie: distensión de asas delgadas con niveles hidroaéreos a predominio del líquido sobre el gas (fig. 1).



Fig. 1. Imagen radiológica con patrón oclusivo intestinal mecánico

- Biopsia postoperatoria: enteritis aguda hemorrágica por fiebre tifoidea con compromiso vascular de la pared. Peritonitis aguda fibrinosupurada. Infiltración hemorrágica del mesenterio.

En el acto quirúrgico se encuentra gran vólvulo de todo el íleon con compromiso vascular y necrosis (fig. 2), realizándose resección intestinal y restablecimiento del tránsito intestinal con yeyunotransversostomía con evolución postoperatoria satisfactoria y alta médica en 7 días.

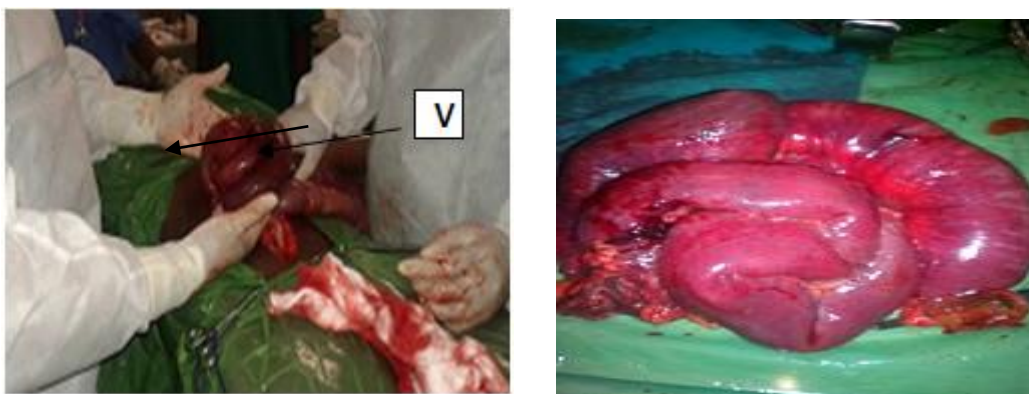


Fig. 2. Laparotomía. Gran vólvulo de íleon con compromiso vascular y necrosis (V)

Discusión

Dependiendo de su etiología, podemos dividir al vólvulo de intestino delgado en primario y secundario.⁽¹⁾ El vólvulo primario ocurre en cavidades abdominales en las que no existe un defecto anatómico predisponente. Esto se presenta con mayor frecuencia en África, India y países de medio Oriente, con una tasa anual de 24 a 60 casos por 100 000 habitantes. Estas altas incidencias parecen estar relacionadas con los hábitos alimentarios, en donde es común la ingesta de grandes volúmenes de alimentos con alto contenido de fibra, después de periodos de ayunos prolongados.

Por otra parte, el vólvulo de intestino delgado secundario ocurre en presencia de lesiones predisponentes, ya sean congénitas o adquiridas; estas incluyen: malrotaciones, bridas y adherencias, entre otras. Es importante señalar que el vólvulo de intestino delgado no es sinónimo de malrotación intestinal, ya que no hay alteraciones anatómicas en la fijación intestinal y mesentérica.

La presentación clínica de la torsión mesentérica es un cuadro de obstrucción intestinal, con abdomen agudo y las placas simples de abdomen son poco específicas para el diagnóstico de vólvulo de intestino delgado pero tienen una gran sensibilidad para el diagnóstico de oclusión intestinal. Los hallazgos más comunes son dilatación de asas y niveles hidroaéreos.⁽⁵⁾ Los estudios baritados pueden llegar a ser útiles en ciertos casos, mostrando el signo de *Corskrew* o patrón en espiral. La tomografía abdominal con contraste intravenoso es el método diagnóstico de elección; es rápida, no invasiva y tiene una sensibilidad que varía entre el 89 y el 100%.

En dicho estudio se pueden observar datos poco específicos compatibles con obstrucción intestinal y signos característicos de la torsión mesentérica, como son el signo en espiral o el de remolino, también conocido como *peacock's sign*. Estos datos tomográficos se observan porque el intestino gira alrededor de los vasos mesentéricos, lo que genera esta clásica imagen.

El tratamiento del vólvulo de intestino delgado radica en la cirugía. El objetivo principal es realizar la reducción del vólvulo y restablecer el flujo sanguíneo; por lo tanto, un diagnóstico temprano es de suma importancia. La desvolvulación mesentérica como única maniobra terapéutica es exitosa en casos donde no haya evidencia de isquemia intestinal; sin embargo, aproximadamente en el 50% de los casos es necesario realizar resección del intestino delgado debido al compromiso vascular.

En los casos de torsión mesentérica por adherencias, el manejo quirúrgico inicial, además de la destorsión, es la adherenciólisis. Para las situaciones en que las adherencias intestinales generan recurrencia del vólvulo intestinal y de la torsión mesentérica se idearon en el siglo pasado, procedimientos para evitar nuevas obstrucciones intestinales. Este procedimiento de fijación, también conocido como «enteropexia», tiene el objetivo de crear adherencias controladas y colocar al intestino en cierta posición para evitar su volvulación u obstrucción. Dentro de los procedimientos más conocidos se encuentra el de Noble, que consiste en plegar las asas del intestino delgado cada 15 a 20 cm en zigzag con un surjet de catgut, dejando libres los primeros 15 a 20 cm del yeyuno, hasta la válvula ileocecal.

El procedimiento de Childs-Phillips modificado por McCarthy difiere del procedimiento de Noble en que no se suturan las asas del intestino delgado, sino que el meso se mantiene unido mediante puntos en U perforando el mesenterio a 3 o 4 cm de las asas intestinales. La ventaja teórica es que, al no suturar el intestino, no se altera la peristalsis; sin embargo, la probabilidad de lesión vascular es mayor.

En el procedimiento simplificado de Etala las asas son plegadas como en el procedimiento de Noble, pero la enteropexia se realiza con 3 o 4 puntos tomando el mesenterio en la vecindad de las asas contiguas. El procedimiento de Baker implica la fijación del intestino delgado sin suturas en el intestino o mesenterio: se coloca un tubo largo a través de una gastrostomía que debe pasar por todo el intestino delgado y llegar al ciego, la punta de la sonda lleva un balón y se infla una vez que ha pasado la válvula ileocecal.

La sonda permite mantener la continuidad, evitando angulaciones o estrecheces mientras las asas intestinales se fijan con nuevas adherencias. Para su extracción se debe esperar hasta que el paciente tolere la vía oral y que un estudio radiológico muestre adecuado tránsito intestinal.

Aunque el manejo quirúrgico siempre está indicado, no existen lineamientos que establezcan cuál es el tratamiento de elección. Es por esto que presentamos un caso de vólvulo de íleon con compromiso vascular y necrosis con fiebre tifoidea asociada.

Referencias Bibliográficas

1. Santín Rivero J, Núñez García E, Aguirre García M, Hagerman Ruiz Galindo G, de la Veja González F, Moctezuma Velasco CR. Intestinal volvulus. Case report and a literature review. *Cirugía y Cirujanos*. 2015; 83 (6): 522-526. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115001097>
2. Sanhueza Palma NC, Farías Molina S, Calzadilla Riveras J, Hermoso A. Fiebre tifoidea: reporte de caso y revisión de la literatura. *Medwave*. 2016[citado 2 may 2018]; 16(5):6474. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Casos/6474.act>
3. Gallego Mariño A, Ramírez Batista A, Amado Martínez JA. Tratamiento quirúrgico de la peritonitis por fiebre tifoidea en un hospital de Mozambique. *Rev Electrón Zoilo* 2015 [citado 2 may 2018];40(10). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/335>
4. Rodríguez Ramírez R. Causas, tratamiento y complicaciones de la peritonitis difusa en un hospital de la periferia de Luanda. *Medisan*. 2010 [citado 2 may 2018];14(8):1076-1082. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445245005.pdf>

5. Ballesteros Gómiz E, Torremadé Ayats A, Durán Feliubadaló C, Martín Martínez C, Caro Tarragó A. Malrotación-vólvulo intestinal: hallazgos radiológicosIntestinal malrotation - volvulus: imaging findings. Radiología. 2015[citado 2 may 2018]; 57 (1): 9-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rx.2014.07.007>