

Oclusión intestinal por nudo ileosigmoideo

Intestinal occlusion by Ileosigmoid Knot

Dra. Isel Amado Blanco,^I Dr. Wilson Laffita Labañino^{II}

I Wa Regional Hospital de Gana.

II Hospital Central Universitario Sourou Sanou de Bobo Dioulasso, Burkina Faso.

RESUMEN

La oclusión intestinal es una causa frecuente de abdomen agudo quirúrgico. Dentro de sus múltiples causas se encuentra el nudo ileosigmoideo, entidad rara en el mundo, pero puede verse con relativa frecuencia en algunas latitudes geográficas como Asia, Medio Oriente y otros países del continente africano. El objetivo de este trabajo es presentar cuatro casos de pacientes con oclusión intestinal por nudo ileosigmoideo en los hospitales Sourou Sanou de Bobo Dioulasso, Burkina Faso y Wa Regional Hospital, de Gana. Se intervinieron quirúrgicamente, se hizo resección en bloque de los segmentos ileales y sigmoideos gangrenados con anastomosis íleo-ascendente y colostomía de tipo Hartman. Los pacientes evolucionaron satisfactoriamente y luego de tres meses se restableció definitivamente el tránsito intestinal. Se realizó una revisión de la literatura.

Palabras clave: nudo ileosigmoideo, resección intestinal, abdomen agudo quirúrgico.

SUMMARY

Intestinal occlusion is a frequent cause of surgical acute abdomen. Among its multiple causes are the ileosigmoid knot, a rare entity worldwide, which is relatively frequent in some geographic areas such as Asia, Middle East and Africa. The objective of this paper was to present four patients with intestinal occlusion due to ileosigmoid knot in

Souro Sanu of Bobo Diulaso hospitals in Burkina Faso and Wa Regional Hospital in Ghana. They were operated on through block resection of gangrenous ileal and sigmoid segments with ascending ileoanastomosis and Hartman-type colostomy. The patients recovered satisfactorily and three months later, the intestinal transfer was finally re-established. A literature review on the topic was made.

Keywords: ileosigmoid knot, intestinal resection, surgical acute abdomen.

INTRODUCCIÓN

La oclusión intestinal es una causa frecuente de abdomen agudo quirúrgico, dentro de sus múltiples casusas se encuentra el nudo ileosigmoideo, entidad rara en el mundo. Puede verse con relativa frecuencia en algunas latitudes geográficas como Asia, Medio oriente y en los países del continente africano.^{1,2}

Fue descrito en 1845 por *Parker*³ en un paciente con un cuadro de obstrucción intestinal condicionado por un anudado del ileon en la base del sigmoideo. Es una emergencia quirúrgica que puede evolucionar rápidamente a gangrena del segmento ileal y sigmoideo comprometido, representa del 0,5 al 1,7 % de los casos de oclusión intestinal. Se reporta una mortalidad que varía del 0 al 48 %, que asciende a cifras de 20 al 100 %⁴ cuando existe compromiso vascular y necrosis de las asas involucradas. El objetivo de este trabajo es presentar cuatro casos de pacientes con esta entidad.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Los pacientes fueron del sexo masculino, en la cuarta década de la vida, con cuadro de dolor abdominal de inicio súbito, intenso a tipo cólico, que se acompañaba de vómitos intensos. Al examen físico presentaban signos de deshidratación con hipotensión, abdomen distendido, de difícil palpación, doloroso difusamente, gran timpanismo, no reacción peritoneal, RHA aumentados en intensidad y frecuencia. En los exámenes de laboratorio se evidenciaba una leucocitosis de a predominio de polimorfonucleares neutrófilos, deshidratación isotónica y acidosis metabólica. Los estudios radiográficos de abdomen simple compatibles mostraban patrón de oclusión intestinal mecánica. No se hizo el diagnóstico preoperatorio de NIS. Se anunciaron para operar de urgencia previa corrección de los trastornos hidroelectrolíticos y ácido básicos (tabla).

Se realizó laparotomía exploradora en todos los casos, se encontró líquido libre serohemático oscuro con dilatación de asas delgadas y colon, con cambios de coloración de tipo isquémico de asas ileales y del sigmoideo (Fig. 1 y 2). Esto formó un nudo íleo-sigmoideo gangrenado.

Tabla. Resumen de datos de los pacientes con nudo ileosigmoideo (NIS)

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico preoperatorio de (NIS)	Segmentos involucrados	Operación	Muerte	País
1	39	M	Negativo	Íleon terminal/ Sigmoides	Resección ileal y sigmoidea, anastomosis íleo ascendente, colostomía Hartman	No	Gana
2	38	M	Negativo	Íleon terminal/ Sigmoides	Resección ileal y sigmoidea, anastomosis íleo ascendente, colostomía Hartman	No	Gana
3	35	M	Negativo	Íleon terminal/ Sigmoides	Resección ileal y sigmoidea, anastomosis íleo ascendente, colostomía Hartman	No	B. Fasso
4	40	M	Negativo	Íleon terminal/ Sigmoides	Resección ileal y sigmoidea, anastomosis íleo ascendente, colostomía Hartman	No	B. Fasso

Fuente: historia clínica



Fig. 1. Cambio de coloración de tipo isquémico de asas ileales y del sigmoide.

Se realizó resección en bloque de los segmentos ileales y sigmoideos gangrenados con anastomosis íleo-ascendente y colostomía de tipo Hartman. Los pacientes evolucionaron satisfactoriamente y luego de tres meses se restableció definitivamente el tránsito intestinal.

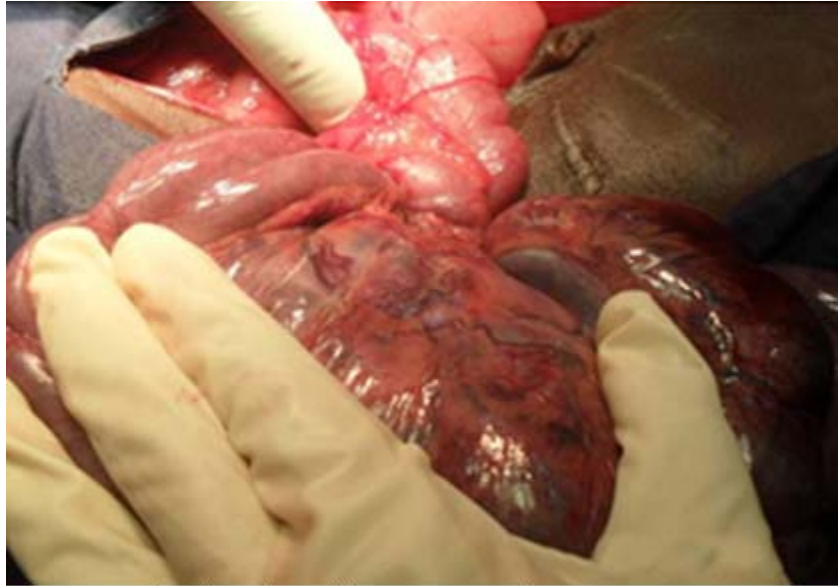


Fig. 2. Nudo íleo-sigmoideo gangrenado.

DISCUSIÓN

Esta entidad es rara en muchas partes del mundo, *Sheferd*¹ plantea que: “muy pocos cirujanos se encuentran con más de un caso en toda su vida...”, representa del 0,5 al 1,7 % de los casos de oclusión intestinal, y se reporta una mortalidad que varía del 0 al 48 %, las cifras ascienden de 20 al 100 % cuando existe compromiso vascular y necrosis de las asas involucradas.⁴ Es más frecuente en hombres que en mujeres en el 80,2 %, ⁵ y aparece en la cuarta década de la vida, se han descrito casos en niños⁶ y *Shimizu* y otros⁴ reporta un caso en una embarazada de 13 semanas. Algunos autores⁷⁻⁹ reportan una en relación con los hábitos alimentarios de algunas poblaciones, específicamente el de comer una vez al día acompañado de abundante líquido.

Se describen varios factores que tratan de explicar su fisiopatología, anatómicamente debe de existir un meso ileal largo, el cual otorga gran movilidad al intestino delgado y un colon sigmoideo redundante asociado a un meso estrecho.^{1,10,11} El hábito de alimentación ha mostrado ser otro factor en su etiopatogenia; así, cuando se ingiere una comida semilíquida voluminosa, esta progresa al yeyuno proximal e incrementa la motilidad del mismo. Los segmentos más pesados del yeyuno proximal caen al cuadrante inferior izquierdo del abdomen, las asas ileales vacías y yeyunales distales giran y rotan alrededor de la base estrecha del sigmoideo ya sea a favor o en contra de las manecillas del reloj. El aumento del peristaltismo aprieta el nudo y se forma una doble obstrucción en asa cerrada: una el segmento ileal y la otra el sigmoideo.^{1,9,10}

El cuadro clínico es el típico de obstrucción intestinal con dolor cólico, de inicio brusco, con deshidratación y vómitos, estos últimos pueden ser particularmente intensos. Se presenta distensión abdominal en ocasiones asimétrica, y en los casos que evolucionan a necrosis de las asas existe marcada defensa abdominal, peritonismo, acidosis y choque por endotoxemia.

La sospecha clínica, así como el diagnóstico etiológico, es extremadamente difícil por su baja incidencia, por presentar un cuadro clínico propio de cualquier oclusión intestinal mecánica y elementos inespecíficos en las vistas de abdomen simple, donde resulta imposible diferenciarlo de vólvulo de sigmoides, torsión de asas delgadas, o de un simple cuadro oclusivo. *Atamanalp*¹² refiere en un estudio que de 74 pacientes se pudieron revisar 52 Rx de abdomen de forma retrospectiva y solo 3 (5,8 %), presentaron signos compatibles con nudo iliosigmoideo. La tomografía pueden revelar signos de vólvulo sigmoideo y la imagen de remolino (*whirl sign*) por la torsión del intestino y su meso, así como signos de isquemia,¹³⁻¹⁵ lo que facilitarían el diagnóstico en los centros donde se puedan realizar estos exámenes.

La conducta siempre es quirúrgica, después de una reanimación enérgica que trate de corregir los trastornos hemodinámicos, hidroelectrolíticos y ácido básicos. Se realiza laparotomía exploradora, donde si no existe compromiso vascular generalmente es la simple reducción, esta puede ser suficiente pues la recidiva es improbable.¹¹ Hay expertos que recomiendan la sigmoidectomía en todos los casos aunque sea viable, alegando que así evitan el riesgo de recidiva.¹⁶ Si existe necrosis de las asas, algunos recomiendan la descompresión mediante punción con aguja o enterotomía controlada y la posterior resección de los segmentos gangrenados.¹¹ No se debe intentar la reducción del nudo por el alto riesgo de perforación. La anastomosis del intestino delgado se realiza de forma término terminal en un plano a sutura continua. Si está a menos de 20 cm de la válvula ileocecal, en caso contrario se practica una anastomosis íleo ascendente término lateral, esta última se practicó en todos los casos de esta serie con buenos resultados.

Se recomienda realizar una resección del sigmoides necrosado y colostomía tipo Hartman, pues estos pacientes generalmente presentan malas condiciones de su estado general, así como un intestino grueso no preparado previamente para su anastomosis primaria.

En general, se plantea que la estrategia a seguir ante esta entidad es una temprana y eficiente reanimación seguida de una cirugía urgente, que incluye la detorsión de nudo si no hay compromiso vascular, resección intestinal del o los segmentos gangrenados, restablecimiento del tránsito intestinal mediante sutura primaria en los casos que pueda ser posible y prever la recidiva en pacientes seleccionados.¹²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shepherd JJ. Ninety-two cases of ileosigmoid knotting in Uganda. *Br J Surg.* 1967;54(6):561-6.
2. Mandal A, Chandel V, Baig S. Ileosigmoid Knot. *Indian J Surg.* 2012 Apr; 74(2):136-42.
3. Parker E. *Edinb. Med Surg J.* 1845;64: 306.
4. Shimizu R, Hoshino Y, Irie H, Terauchi T, Kimata M, et al. Ileosigmoid knot at week 13 of pregnancy: Report of a case. *Int Surg.* 2014;99:230-4.

5. Machado NO. Ileosigmoid knot: a case report and literature review of 280 cases. *Ann Saudi Med.* 2009;29(5):402-6.
6. Chirdan LB, Amed AE. Sigmoid volvulus and ileosigmoid knotting in children. *Pediatr Surg Int.* 2001;17:636-7.
7. Mandal A, Chandel V, Baig S. Ileosigmoid knot. *Indian J Surg.* 2012;74(2):136-42.
8. VerSteeg KR, Whitehead WA. Ileosigmoid knot. *Arch Surg.* 1980;115(6):761-3.
9. Atamanalp SS. Ileosigmoid knotting in pregnancy. *Turk J Med Sci.* 2012;42(4):553-8.
10. Alver O, Oren D, Tireli M, Kayabasi B, Akdemir D. Ileosigmoid knotting in Turkey. Review of 68 cases. *Dis Colon Rectum.* 1993;36:1139-47.
11. Yanez BC, Casamayor FC, Ligorred PL, Baque SF. Nudo ileosigmoideo gangrenado. *Rev Esp Enferm.* 2009;101(6):449-51.
12. Atamanalp SS. Treatment for iliosigmoid knotting: a single center experience of 74 patients. *Tech Coloproctol.* 2014;18:233-7.
13. Akshay DB, Darshana P, Priva H, Donald B. Ileosigmoid knot: A case report. *Indian J Radiol Imaging.* 2011 Apr-Jun;21(2):147-9.
14. Lee SH, Park YH, Won YS. The ileosigmoid knot: CT findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2000;174:685-7.
15. Hirano Y, Hara T, Horichi Y, Nozawa H, Nakada K, Oyama K, et al. Ileosigmoid knot: Case report and CT findings. *Abdom Imaging.* 2005;30:674-6.
16. Wapnick S. Treatment of intestinal volvulus. *Ann R Coll Surg Engl.* 1973;53:57-61.

Recibido: 29 de julio de 2014

Aprobado: 28 de agosto de 2014

Isel Amado Blanco. Hospital Central Universitario Souro Sanu. Bobo Diulaso. Burkina Faso.

Correo electrónico: isel@infosol.gtm.sld.cu wilsoncirujano@yahoo.es