

# Vólvulo del Intestino Delgado

Dr. Mario Arcia\*

Dr. Rodrigo Alfaro\*\*

Dr. Guillermo Rumbos\*\*\*

Dra. Lucila Rangel\*\*\*

Arcia M., Alfaro R., Rumbos G., Rangel L. Vólvulo del Intestino Delgado. Centro Mérida, 1991; 37:22-24.

## Resumen

En la patología quirúrgica aguda el vólvulo representa una entidad infrecuente, cuya localización e las asas delgadas le confiere características interesantes. Una revisión retrospectiva de esta afección en el Hospital Pérez Carreño en el lapso comprendido entre los años 1975 a 1990 nos señala que de 34 pacientes con hallazgo operatorio de obstrucción por vólvulo, 22 (64.70%) se localizaron en asas delgadas. Predominando entre la segunda y quinta década (16) con semiología caracterizada por dolor (100%) y obstrucción (77%) por períodos mayores de 24 horas y evidencia de compromiso vascular irreversible en 50% de los casos; el íleon fue el asiento en 17 pacientes. La evolución fue satisfactoria en 18 oportunidades con un fallecimiento.

El Vólvulo del intestino delgado predominó sobre el de colon, con clínica acentuada ameritando diagnóstico y tratamiento precoz que garantizará una mejor evolución.

## Abstract

A retrospective study from 1975 to 1990 of intestinal vólvulos at the Pérez Carreño Hospital is performed of 34 patients, in 22 the lesion was located in the small bowel between age 20 and 50, with main symptom of pain in 100% and obstruction in 77% per periods longer than 24 hours and irreversible vascular involvement in 50% of cases. One patient died.

## Palabras claves

Vólvulo, Intestino delgado.

## INTRODUCCION

Los cuadros abdominales de tipo obstructivo representan un motivo frecuente de consulta en los diferentes servicios quirúrgicos.

En el adulto el Vólvulo, más específicamente es localizado en el Intestino Delgado, es infrecuente, pero con características clínicas particulares, cuyo conocimiento nos permitirá tratamiento precoz.

## MATERIAL Y METODO

Análisis retro y prospectivo de las historias clínicas de los pacientes intervenidos en el Hospital Central "Dr. Miguel Pérez Carreño" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en Caracas, durante los años de 1975 a 1990 con diagnóstico de Vólvulo del Intestino Delgado.

## RESULTADOS

De un total de 34 pacientes operados en el período comprendido entre 1975 a 1990 en nuestro hospital con cuadro obstructivo producido por Vólvulo, 22 se localizaron en asas delgadas (64.70%), 11 en Intestino Grueso y 1 paciente presentó lesiones individuales y simultáneas en ambos segmentos. Apreciamos discreto predominio en el sexo masculino (13 pacientes) con mayor frecuencia en edades intermedias (tabla 1). En 10 casos una apendicectomía representó el antecedente quirúrgico. El dolor abdominal brusco fue el síntoma primordial en la totalidad de pacientes, seguido por náuseas y vómito (tabla II), con período de evolución mayor de 24 horas en 19 casos. El dolor con distensión se evidenció en 15 pacientes, 13 de ellos con irritación peritoneal y ampolla vacía en 11 oportunidades. El período de observación no sobrepasó las 24 horas en 20 pacientes, practicándose en 10 casos radiología simple del abdomen como único estudio imagenológico.

La laparatomía evidenció necrosis de asa en 50% de los

(\*) M.A.S.V.C.- M.A.S.V.O.-M.T.S.V.M. Adjunto Servicio de Cirugía I. Hospital Miguel Pérez Carreño. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (H.M.P.C.- I.V.S.S.)

(\*\*) M.T.S.V.C.- Adjunto Servicio de Cirugía I. H.M.P.C.- I.V.S.S.

(\*\*\*) Residente Post-Grado Universitario (U.C.V.) de Cirugía General. Servicio de Cirugía I. H.M.P.C.- I.V.S.S.

TABLA I

Edad	Número
12 - 20	4
21 - 30	6
31 - 40	3
41 - 50	3
51 - 60	2
T: 60	4

Fuente: Archivo Historias Médicas. HMPC

TABLA II

Síntomas	Número
Dolor	22
Nausea	16
Vómito	18
Diarrea	3
Hiporexia	2
Fiebre	2
Hipo	1
Pirosis	1

Fuente: Idem

TABLA III

Hallazgos	Número
Válvulas con Hecrosis	11
Válvulas sin Hecrosis	11
Líquido Peritoneal Vinoso	10
Adherencias	8
Bridas	7
Distensión Asas	
Ascaris	1
Hernia Interna	1

Fuente: Idem

factoria en 18 pacientes con 1 fallecimiento dentro de los pacientes con evolución tórpida (Tabla V), siendo el tiempo de hospitalización menos de 8 días en 13 casos (tabla VI).

## DISCUSION

La incidencia del Vólvulo del intestino delgado como causa de cuadros agudos de tipo obstructivo es muy baja en adultos con cifras que van desde 6.2%, en experiencia internacional, hasta 0 a 4% en la bibliografía nacional<sup>6,1</sup>, aunque se cita que la localización en asa delgada representa un tercio de todos los Vólvulos casuística revisada nos reveló predominio sobre la incidencia en Intestino Grueso. El grupo etario mayormente afectado nos señala que se trata de Vólvulos secundarios, sin relación con causas congénitas como sucede en recién nacidos, que se manifestaron en los primeros días de la vida con síntomas obstructivos.<sup>8</sup>

La sintomatología, tanto en el infante como en el adulto, es extremadamente brusca, con clínica de obstrucción intestinal proximal con tendencia al shock<sup>2,6,4,8</sup> aun así en nuestros pacientes la consulta fue mayoritariamente, luego de transcurridas más de 24 horas desde el inicio de los síntomas, originando en los exámenes de ingreso manifestaciones típicas de cuadros obstructivos irreversibles, con toque del estado general y signos de irritación peritoneal, lo que reafirma que los síntomas obstructivos son tardíos con relación a los de estrangulación, predominando el dolor intenso sobre la distensión y emesis por la sintalación de los fenómenos tróficos que llevan a la gangrena del asa.

Recalcamos el hallazgo de ampolla vacía en el 50% de los pacientes a pesar de ser un cuadro de obstrucción alta. Es estado clínico de los pacientes obliga a la realización de un mínimo de estudios complementarios, no debiendo retrasar la cirugía por practicar estos exámenes, aún más estamos de acuerdo que los estudios con contraste deberían practicarse exclusivamente en aquellos casos en los que el estudio simple no permita confirmar el diagnóstico, o en casos muy seleccionados que no respondan a las medidas de aspiración de comprensión<sup>3</sup>; reafirmamos que un período de observación no mayor de 24 horas nos garantizar mejor evolución post-operatoria.

Los hallazgos intra-operatorios de nuestra serie con un 50% de pacientes con necrosis del asa por comprensión de los casos mesentéricos a pesar de intervenciones precoces nos alerta sobre la importancia de la consulta, diagnóstico y tratamiento temprano, que permitió recuperar el otro 50% de los casos, apreciando en todos ellos la torsión del intestino delgado alrededor de un punto de fijación anormal, que se acompañó de frecuentes anomalías subyacentes del

casos (Tabla III) ameritando enterectomía con anastomosis término terminal (tabla IV), en 17 oportunidades el Ileón constituyó el sitio de localización. La evolución fue satis-

TABLA IV

Tratamiento	Número
Enterectomía (ATT)	11
Liberación Brida	7
Liberación Vólvulo	3
Enterectomía Descompresiva	1
Operación Noble	3

Fuente: Idem

TABLA V

Evolución	Número
Satisfactoria	18
Torpidas:	4
• Fuga Anastomosis	2
• Cuerpo Extraño	1
• Estenosis Boca Distal	1
• Pared	1
• Hidrotorax	
Fallecido	

Fuente: Idem

TABLA VI  
Hospitalización

Días	Número
8	13
8 - 14	4
15 - 21	2
32	1
37	1
47	1

Fuente: Idem

tipo de las adherencias y bridas.

Las características del mesenterio, largo originó la mayor frecuencia de lesiones en el Ileón.

El único tratamiento efectivo del Vólvulo de asa delgada consiste en la desrotación del asa y corrección de la causa,

específica que la provocó en un lapso ideal que no sobrepase las 6 horas desde el inicio de los síntomas, ya que posteriormente se iniciaron los procesos de necrosis irreversibles, aunque en las lesiones del Ileón que cursan con ciego movable los fenómenos de isquemia serán más tardíos con una mayor posibilidad de recuperación de la vitalidad en el asa comprometida inclusive los pacientes con necrosis instalada que requirieron procedimiento de exéresis tuvieron post-operatorios satisfactorios en relación al tiempo de evolución del proceso, el único paciente fallecido en nuestra casuística fue intervenido al consultar con clínica de la semana de evolución.

Como consecuencia de lo expuesto anteriormente el período de hospitalización corto por el reducido porcentaje de complicaciones que los procedimientos terapéuticos originan.

## CONCLUSIONES

1. La obstrucción por Vólvulo del intestino delgado es excepcional en el adulto.

2. Su evolución clínica es violenta predominando las manifestaciones producidas por la isquemia por encima de las obstructivas.

3. El tratamiento quirúrgico temprano permite el hallazgo de lesiones reversibles que no comprometan la vitalidad del asa.

4. Las características del mesenterio a nivel del Ileon favorecen la mayor incidencia en esa localización.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Diez, A. : Lecciones de patología quirúrgica. Tomo II. Segunda Edición 1965.

2. Cope, Z : Diagnóstico precoz del abdomen agudo. Quinta edición 1971.

2. Echavarría, H. : Urgencias quirúrgicas. V. Edición. 1987.

3. Ericksen, Ab. : Use of gastrointestinal contrast studies in obstruction of the small and large bowel dis colon rectum tan 1990 33-pag 56-64.

4. Fine, P : Volvulus of the small intestine in a 10 year old child with malrotation ann pediath they 1989. 36 P:325-9.

5. Mucha, O : Obstrucción de intestino delgado. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Vol 3. 1987. Enfermedades gastrointestinales no malignas.

6. Rodríguez, F : Obstrucción intestinal. Ediciones U.C.V. 1972.

7. Shepherd, J. : Urgencias quirúrgicas abdominales. Salvat Editores. 1979.

8. Vergnes, P. : Primary volvulus of the small intestine with out malrotation. Apropos of 7 cases ann pediath. Febrero 1989. 36 P:141-7.