

## IMÁGENES Y CIRUGÍA

### Vólvulo de intestino delgado\* Small bowel volvulus

Drs. GONZALO SOTO D.<sup>1</sup>, RAFAEL LUENGAS T.<sup>1</sup>, ROGELIO GARRIDO C.<sup>1</sup>, GUNTHER BOCIC A.<sup>1</sup>,  
MARIO ABEDRAPO M.<sup>1</sup>, ALDO CUNEO Z.<sup>1</sup>, JOSÉ LUIS LLANOS B.<sup>1</sup>, ALVARO SANHUEZA S.<sup>2</sup>,  
IVAN GALLEGOS M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía. <sup>2</sup>Departamento de Radiología. <sup>3</sup>Departamento de Anatomía Patológica.  
Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Paciente de 15 años, con historia de varios episodios de distensión abdominal, que se han resuelto espontáneamente.

Consulta por un nuevo episodio de similares características. Al ingreso, dolor abdominal difuso, taquicárdico y afebril. Al examen presenta una gran distensión abdominal con bazuqueo. No hay signos peritoneales.

Los exámenes generales muestran un hemograma con leucocitosis de 14.700, y una PCR de 90.

La tomografía computada de abdomen y pelvis demuestra una dilatación importante de todas las asas de intestino delgado, asociado a una torsión de los vasos ileocólicos, en forma de remolino, sugerente de vólvulo de intestino delgado distal. El colon esta colapsado (Figura 1).

Se realiza una laparotomía exploradora. Los hallazgos revelan una dilatación de todo el intestino delgado, causado por un vólvulo de intestino delgado distal. Este comprometía aproximadamente un metro de ileon distal que estaba torcido en 360 grados en sentido horario, sobre un eje de mesenterio anormalmente laxo, e incluía, en su centro, al ciego que también estaba excesivamente móvil (Figura 2). Luego de destorcer el vólvulo, las asas recuperaron un aspecto viable en cuanto a color y motilidad. Con la excepción de la movilidad del

ciego, el resto del colon presentaba una ubicación habitual. Se realizó una hemicolectomía derecha con resección de aproximadamente un metro de ileon, y una ileo transverso anastomosis con sutura mecánica tipo Barcelona.

El estudio anatomopatológico demostró una pared intestinal de arquitectura conservada, con focos de necrosis subtotal de la mucosa. Las fibras musculares presentaban necrosis focal de células individuales, edema intercelular y parcial vacuolización citoplasmática (Figura 3), compatible con isquemia derivada de su volvulación recurrente; sin embargo, la vacuolización citoplasmática de las fibras musculares también ha sido descrita como alteración histológica de algunas miopatías primarias.

#### COMENTARIO

El vólvulo de intestino delgado es una entidad infrecuente para el cirujano general. Se presenta mas comúnmente en niños, como consecuencia de alteraciones del desarrollo que abarcan desde fenómenos de no rotación intestinal, malrotación intestinal, hasta casos de malfijación del intestino. Durante el desarrollo embrionario, se produce la rotación antihoraria del tubo digestivo medio (midgut), en la que el duodeno queda posterior a los vasos

\*Recibido el 15 de Junio de 2007 y aceptado para publicación el 18 de Julio de 2007.

Correspondencia: Dr. Gonzalo Soto D.

Santos Dumont 999. Santiago- Chile  
e mail:gsotodebeuf@hotmail.com

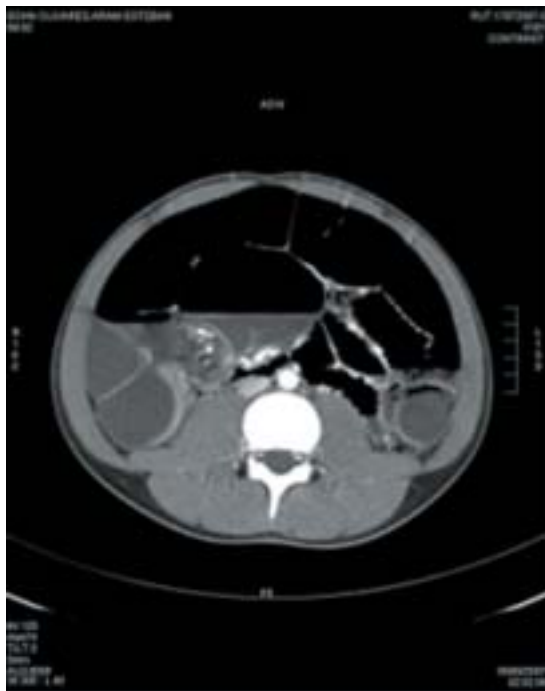


Figura 1. TC de abdomen y pelvis. Dilatación de asas de intestino delgado especialmente en flanco derecho. La flecha identifica una imagen de "remolino" en mesenterio ileal, sugerente de volvulación. El colon esta colapsado.

mesentéricos superiores y el ciego queda del lado derecho. Luego, debe producirse la fijación tanto del colon derecho, como del mesenterio, de tal forma de evitar el giro del intestino en torno al mesenterio. Cuando este fenómeno de fijación no se completa puede producirse la volvulación del intestino delgado en torno a un mesenterio laxo, y puede incluir diferentes proporciones de colon derecho según el nivel en que se detuvo la fijación.

El caso de este enfermo parece corresponder a un caso de fijación incompleta del mesenterio y del ciego, que le produjo probablemente varios episodios previos de volvulación de resolución espontánea. Finalmente se produjo a una obstrucción intestinal completa que debió resolverse quirúrgicamente.

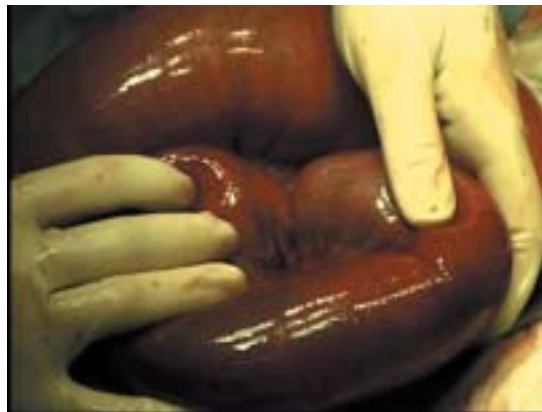


Figura 2. Foto intraoperatoria. Se visualiza la torsión del ileon distal y la gran dilatación de las asas de intestino delgado.

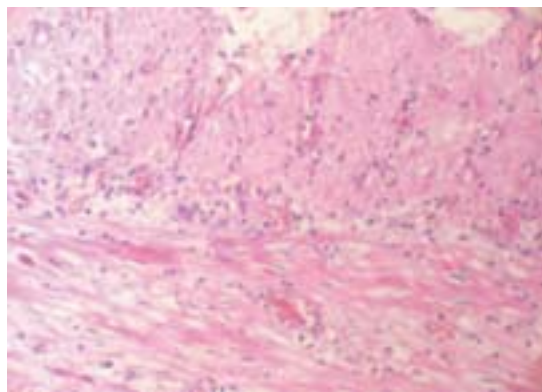


Figura 3. Corte histológico. Las fibras musculares presentan necrosis focal, de color intensamente eosinófilo, edema intercelular y parcial vacuolización citoplasmática.

## REFERENCIAS

1. Berrocal T, Lamas M, Gutierrez J. Congenital anomalies of the intestine, colon and rectum. *Radiographics* 1999; 19: 1219-1236.
2. Anand N, Stead L. Midgut volvulus. *J Emerg Med*. 2004; 27: 299-300.
3. Katis PG, Dias SM. Volvulus: a rare twist on small-bowel obstruction. *CMAJ* 2004; 171: 728.
4. von Flüe M, Herzog U, Ackermann C, Tondelli P, Harder F. Acute and chronic presentation of intestinal nonrotation in adults. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 192-198.