

Anudamiento Ileosigmoideo.

Dres. R. Lembo, G. Donato, O. Panzuto, J. Chavín

Servicio de Cirugía. Hospital Pedro de Elizalde, Buenos Aires, Argentina

Resumen

El anudamiento ileosigmoideo, causa infrecuente de oclusión intestinal, provoca en la mayoría de los casos la gangrena de las ansas intestinales involucradas y una elevada morbimortalidad. Se comunica el caso de un niño de 9 años que presentó un abdomen agudo secundario a este cuadro. Se comentan su tratamiento quirúrgico y las complicaciones postoperatorias.

Palabras clave: Anudamiento ileo-sigmoideo - Oclusión intestinal.

Summary

Ileosigmoid knotting (ISK) is an infrequent cause of bowel obstruction and acute abdomen. In the vast majority of the cases the involved intestinal loops are necrotic and thus, a high morbidity and mortality is reported. We describe herein the case of a nine-year-old boy with acute abdomen due to ISK. Surgical treatment was effective. After multiple complications he was discharged with complete oral nutrition. Types of ISK are discussed.

Index words: Ileo-sigmoid knotting - Intestinal obstruction.

Resumo

A aderência ileo-sigmóide (AIS), causa infrequente de oclusão intestinal, provoca na maioria dos casos gangrena das alças intestinais "envelopadas" e uma elevada morbimortalidade. É apresentado o caso de um menino de 9 anos que apresentou quadro de abdomen agudo secundário a AIS. Comenta-se o tratamento cirúrgico e as complicações pós-operatórias.

Palavras chave: Aderência ileo-sigmóide - Oclusão intestinal.

Introducción

El anudamiento ileosigmoideo (AIS) es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. El íleon terminal se enrolla alrededor del sigmoideo, que rota sobre su eje, constituyéndose un vólvulo doble (Fig. 1). Cuando el "nudo"

se ajusta, se produce una obstrucción de ansa doble y un cuadro de shock por dolor, con el secuestro de grandes volúmenes de sangre en las ansas implicadas, peritonitis por translocación bacteriana y endotoxemia. Esta situación requiere un oportuno y correcto tratamiento para evitar la evolución fatal^{1,2}.

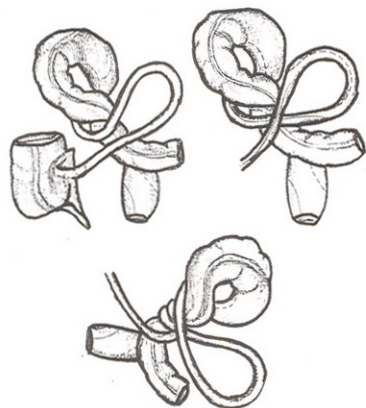


Fig. 1: mecanismo de formación del anudamiento ileosigmoideo.

Presentación del caso

Un niño de nueve años y 35 kg. de peso sin antecedentes personales, fue derivado a nuestro centro con diagnóstico de abdomen agudo de 24 hs. de evolución. Al ingreso se hallaba en mal estado general, pálido, subfebril, deshidratado, con facies de dolor, taquicardia y taquipnea. El abdomen estaba distendido, tenso y doloroso y presentaba a la palpación una reacción peritoneal difusa.

Los datos de laboratorio fueron: Hto. 37%, recuento de blancos $9700/\text{mm}^3$, Na^+ 128 mEq/l, urea 0.40 g/l, glucemia 2.25 g/l; el estado ácido-base fue: pH 7.35, pCO_2 30 mmHg, pO_2 82 mmHg, CO_2H 18.9 mEq/l y EB -7.6.

Se realizó una expansión inicial con Ringer lactato a 20 ml/kg, hidratación parenteral a 3000 ml/m^2 de superficie corporal/día, colocación de SNG y se administró metronidazol a 20 mg/kg/día.

Se decidió efectuar tratamiento quirúrgico. Al abrir la cavidad se aspiraron 500cc de líquido amarillado rojizo. Se exteriorizó un tumor rojo vinoso formado por un asa ileal volvulada sobre el ansa sigmoidea, también volvulada (Fig. 2).



Fig. 2: representación esquemática de los hallazgos intraoperatorios en el caso presentado.

Se efectuó la devolvulación, comprobándose necrosis del ansa ileal, del colon descendente y del sigmoideo. Se decidió realizar resección ileal, colectomía parcial hasta la reflexión peritoneal y una anastomosis ileoileal terminoterminal quedando a 8 cm. de la válvula ileocecal, apendicectomía y colostomía terminal en ángulo esplénico con cierre del muñón rectal a lo Hartmann.

A las 48 hs. del postoperatorio presentó necrosis de la boca de la ostomía, por lo que fue reoperado.

Se abordó por la misma incisión, se comprobó filtración anastomótica y se resecaron los cabos de la anastomosis, efectuando una ileostomía en caño de escopeta. Además se reseccó el cabo terminal de la colostomía, la que fue rehecha. Al 8° día postoperatorio presentó evisceración cubierta, que fue tratada médicamente.

Durante su estada en UTI presentó cuadro séptico secundario a la infección de un catéter femoral izquierdo utilizado para nutrición parenteral total.

Tenía además evidencias de sinovitis en la cadera homolateral, que respondió al tratamiento antibiótico. A los 35 días postoperatorios sufrió un cuadro compatible con varicela, se lo medicó con Acyclovir, siendo dado de alta definitiva 9 días después.

El paciente sólo pudo ser controlado durante 2 meses, presentando hasta ese momento buena tolerancia oral y de 4 a 5 deposiciones semilíquidas por su ostomía.

Discusión

Pese a no haberse completado la evolución del caso, debido a la extrema rareza del cuadro hemos creído útil su presentación.

Se mencionan 3 tipos de AIS en la bibliografía:

Tipo I: el íleon (activo) se enrolla alrededor del sigmoideo (pasivo) en sentido horario (Ia) o antihorario (Ib).

Tipo II: el sigmoideo (activo) se enrolla alrededor del íleon (pasivo) en sentido horario (IIa) o antihorario (IIb).

Tipo III: el segmento ileocecal se enrolla alrededor del sigmoideo¹.

Se conocen factores predisponentes del AIS: se ha comunicado que es más frecuente en varones desnutridos cuyo intestino delgado hipermóvil presenta un mesenterio de base pequeña elongado, sumándose a ello un ansa sigmoidea en omega. El AIS puede ocurrir luego de una ingesta voluminosa, rica en hidratos de carbono precedida de un período de ayuno prolongado².

Ha sido descrito en poblaciones musulmanas de países del África y Asia, por lo que se atribuyó en algunas hipótesis vinculación con el tipo de alimentación^{3, 4, 5, 6}.

Se ha postulado que cuando la comida se vacía en el yeyuno proximal, el peso del bolo conduce al segmento intestinal hacia la gotera paracólica izquierda y las ansas yeyunoileales sin contenido, se desplazan en sentido horario alrededor de la base angosta del sigmoideo. El peristaltismo posterior lleva a la punta del ansa rotada por debajo de sí misma, formando una hernia interna⁶.

En la bibliografía consultada se relatan ciertas características clínicas: desarrollo abrupto de los síntomas, que llevan al paciente a un estado de shock.

Se han asociado el AIS al embarazo, a una hernia transmesentérica y a una inflamación del divertículo de Meckel⁷.

Se refieren ciertos signos radiológicos de esta entidad, como un asa sigmoidea a la derecha y niveles hidroaéreos a la izquierda que corresponden al íleon. Tales hallazgos no coinciden con la radiología del paciente presentado³.

Los trabajos revisados describen un alto porcentaje de gangrena de ambas ansas intestinales, dato que coincide con nuestro caso.

Se ha recomendado realizar una anastomosis ileoileal en el caso que ésta se ubique a más de 10 cm. de la válvula ileocecal. No desatar el "nudo", sino proceder a la resección en block de los segmentos intestinales involucrados.

Desearíamos remarcar la gravedad de esta patología y su alta mortalidad que estaría favorecida por la desnutrición previa^{3, 4, 8}.

Bibliografía

1. Alver O, Ören D, Tireli M et al: Ileosigmoid knotting in Turkey. *Dis Colom Rectum* 36:1139-1147, 1993.
2. Ellis H: Formas especiales de obstrucción intestinal, en Scharzt S, Ellis H (8va edición): *Operaciones abdominales*, cap. 43, México, Panamericana, 1986, pp 1164-1166.
3. Puthu D, Rajan N, Shenoy G et al: The ileosigmoid knot. *Dis Colom Rectum* 34:161-166, 1991.
4. Sheperd J: Ninety-two cases of ileosigmoid knotting in Uganda. *Brit J Surg* 54:561-566, 1967.
5. Ver Steeg K, Whitehead W: Ileosigmoid knot. *Arch Surg* 115:761-763, 1980.
6. North L, Weens S: The intestinal knot syndrome. *AJR* 92:1042-1047, 1964.
7. Kakar A, Bhatnagar B: Ileosigmoid knotting: a clinical study of 11 cases. *Aust N Z J Surg* 51:456-458, 1981.
8. Vaez-Zadeh K, Dutz W: Ileosigmoid knotting. *Ann Surg* 172:1027-1033, 1970.

Trabajo aceptado para su publicación en enero de 1998.

Dr. R. Lembo
Montes de Oca 40
Buenos Aires
Argentina