

OCLUSIÓN INTESTINAL POR DUPLICACIÓN INTESTINAL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN URGENCIAS

INTESTINAL OCCLUSION BY INTESTINAL DUPLICATION: DIAGNOSIS AND TREATMENT IN THE EMERGENCY

Dr. José Hernando Sandoval Pérez*, Dr. Daniel Muñoz**

RESUMEN

Las duplicaciones intestinales son anomalías congénitas; se han descrito a lo largo de todo el tracto digestivo con una presentación clínica inespecífica. Reportamos el caso clínico de un paciente de 83 años intervenido quirúrgicamente por una oclusión intestinal por duplicación intestinal del íleon terminal. Discutimos la presentación clínica, estudios de imagen, procedimiento quirúrgico y resultados del tratamiento. Revisamos la literatura actual pertinente por ser un hallazgo etiológico de oclusión intestinal poco frecuente.

Palabras clave: Duplicación intestinal, oclusión intestinal, abdomen agudo quirúrgico.

ABSTRACT

The intestinal duplication are congenital abnormalities; have been described throughout the digestive tract with a nonspecific clinical presentation. We report the clinical case of a patient of 83 years underwent surgery for an intestinal occlusion by intestinal duplication of the terminal ileum. We discuss the clinical presentation, image studies, surgical procedure and results of treatment. We review the current literature relevant to be a finding etiological diagnosis of intestinal occlusion rare.

Key words: Intestinal Duplication, intestinal obstruction, acute surgical abdomen.

INTRODUCCIÓN

Las duplicaciones intestinales son anomalías congénitas que se presentan con una frecuencia de 0,2% en niños¹. Estas malformaciones se han descrito a lo largo de todo el tracto digestivo, desde la base de la lengua hasta el recto¹⁻⁴. La localización más frecuente de las duplicaciones es el íleon (más del 40% de los casos), y con menor frecuencia se encuentran en esófago, colon, yeyuno, estómago, duodeno y recto¹⁻⁷. Habitualmente se presentan como duplicaciones únicas,

pero pueden ser múltiples hasta en el 15% de los casos¹.

La clínica de las duplicaciones intestinales es inespecífica, presentándose con náusea, vómito, dolor abdominal recurrente, presencia de masa abdominal, hemorragia digestiva, perforación y obstrucción intestinal².

El tratamiento quirúrgico consiste en la resección de la lesión y el intestino adyacente seguido de una anastomosis primaria^{1,2,8,9}. En el presente reporte discutimos un caso de oclusión intestinal por duplicaciones intestinales múltiples del yeyuno.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino 83 años de edad, que consulta a la urgencias por un cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por dolor abdominal por crisis, distensión abdominal progresiva asociado a náuseas y vómitos de contenido alimentario; 24 hs antes del ingreso presenta detención de heces y gases.

Ingres a hemodinámicamente estable, afebril. Al examen físico presenta el abdomen distendido, blando poco depresible, doloroso intercrisis, con RHA aumentados en número, no se palpan tumoraciones. Al tacto rectal ampolla rectal dilatada sin heces en su interior, no se tactan tumoraciones en recto.

Se realiza reanimación con cristaloides, se colocan sonda vesical y nasogástrica con escaso débito biliar.

Se realiza Rx. de Abdomen de pie (**Figura 1**) donde se constata nivel hidroaéreo en hemiabdomen izquierdo no se observa gas en el recto, Rx. de tórax con IC mayor a 0,5 no se observa neumoperitoneo.

Con estos estudios el paciente se interna en la Urgencias y se práctica exámenes de sangre habituales, los que son arrojan urea y creatinina elevadas (probable IRA), resto normal. Se realiza una tomografía abdominal computarizada (TAC)

* Residente de 3° año Cirugía General Sala X Hospital de Clínicas. sandovalperez@hotmail.com- Autor principal.

** Coloproctólogo - Jefe de Sala Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica - Sub-Jefe de Guardia Urgencias de Cirugía Hospital de Clínicas. dmproctologo@gmail.com

Artículo recibido: 10/07/2016

Artículo aceptado: 5/09/2016

simple, en la cual se observa varias imágenes hipodensas de aspecto quístico con contenido líquido espeso, de contornos bien definidos y delimitada por una pared fina sin tabiques internos, algunos con niveles aire-líquido sin infiltrar los órganos o tejidos vecinos y asas dilatadas (Figura 2 al 4).

En la cirugía se identifican múltiples tumoraciones quísticas en número de 10 distribuidas entre 30 y 110 cm del Treitz y una de ellas formando parte de la cabeza de volvulación del segmento ileal a 60 cm de la válvula ileocecal. Se realiza desvolvulación manual. No se constatan perforaciones. Líquido libre en moderada cantidad. (Figura 5 y 6).



FIG. 1.



FIG. 2.



FIG. 3.

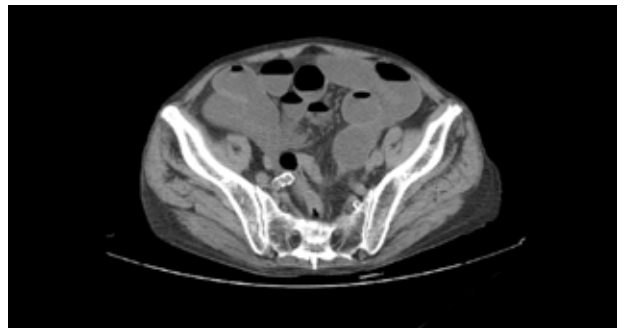


FIG. 4.



FIG. 5.



FIG. 6.

DISCUSIÓN

En 1884 Reginald Fitz introdujo el término “duplicación intestinal” para describir y explicar las anomalías quísticas congénitas del tracto gastrointestinal, las que él pensó que eran remanentes del conducto onfalomesentérico⁵. La mayoría de las publicaciones sobre duplicaciones intestinales constituían entonces reportes de casos clínicos, en los que se utilizaban diversos términos para referirse a estas anomalías. En 1937 Ladd recomendó el uso del término “duplicaciones del tracto alimentario”, y las observaciones de este autor consolidaron la clasificación de esta entidad y clarificaron su diferenciación de otras malformaciones quísticas del tracto gastrointestinal¹⁰. Posteriormente, Gross y Holcomb en 1952, con la intención

de simplificar la nomenclatura retrocedieron hasta los trabajos de Fitz, y propusieron que el término “duplicación intestinal” fuera utilizado para todas estas anomalías independientemente de su sitio de origen, morfología o derivación embriológica⁶. Esta nomenclatura es la que actualmente continúa en uso.

Muchas teorías se han propuesto sobre el origen embriológico de las duplicaciones intestinales, ninguna de ellas absolutamente conclusiva. A pesar de que algunas teorías explican el desarrollo de las duplicaciones en diferentes segmentos específicos del tracto digestivo, ninguna puede explicar satisfactoriamente el origen de todas las duplicaciones.

Clásicamente se describe la teoría del “gemelo abortivo” que explicaría las duplicaciones del colon asociadas a duplicaciones de estructuras genitales y urinarias¹¹. La teoría del “divertículo embriológico persistente” sugiere que pequeños divertículos habitualmente transitorios que se encuentran en el lado antimesentérico de la pared intestinal en el embrión, persisten y se desarrollan en duplicaciones intestinales; sin embargo, la mayoría de las duplicaciones se encuentran en el lado mesentérico del intestino por lo que esta teoría no es fácilmente justificable¹². Una teoría similar explica satisfactoriamente y asocia entre sí las malformaciones broncopulmonares y esofágicas; sin embargo, no es útil para explicar las duplicaciones intestinales en el resto del tracto digestivo¹³. Una de las teorías más populares es la denominada “teoría de la recanalización luminal aberrante” que explica adecuadamente las duplicaciones de aquellas áreas del tracto digestivo que pasan por una fase sólida como el esófago, intestino delgado y colon¹⁴.

Actualmente, la teoría más aceptada para las duplicaciones intestinales, principalmente las del intestino delgado, es la del “accidente vascular intrauterino”, la cual postula que estas anomalías se producen como resultado de accidentes vasculares intrauterinos¹⁵. Esta gran variedad de explicaciones, sin una teoría completamente aceptada o demostrada, sugiere que el origen de las duplicaciones intestinales puede ser multifactorial y que la investigación genética y molecular actual probablemente nos brindará una explicación aceptable respecto a estas anomalías en el futuro próximo.

Las manifestaciones clínicas de las duplicaciones intestinales son muy inespecíficas y dependen del tipo de duplicación, de su localización, de la presencia de mucosa gástrica heterotópica y de las complicaciones que pudiesen ocasionar. Los síntomas descritos con mayor frecuencia son el dolor abdominal recurrente, náuseas y vómitos, presencia de masa abdominal y sintomatología asociada a las complicaciones como hemorragia digestiva, obstrucción intestinal y perforación libre hacia el peritoneo.

La hemorragia digestiva es una complicación frecuente que se presenta en 34% de los casos y se debe a la ulceración de la mucosa por la producción de ácido por mucosa gástrica heterotópica o por la isquemia secundaria a compresión extrínseca del intestino normal por una duplicación quística adyacente. La obstrucción intestinal se debe a invaginación, vólvulo intestinal o compresión extrínseca por una duplicación quística. La invaginación intestinal por esta causa se presenta característicamente en el período neonatal. La perforación intestinal es bastante infrecuente y se manifiesta como peritonitis^{1,2,7-9}.

Nuestro paciente de 83 años se presentó con un cuadro de oclusión intestinal completa alta y cuyo hallazgo etiológico es poco frecuente. No encontramos un reporte previo donde la causa fuera un asa intestinal ileal que aprisiona a

nivel de la raíz del mesenterio causando la obstrucción, las situaciones clínicas reportadas tuvieron relación con invaginaciones, vólvulos y compresiones extrínsecas.

Se dice que el diagnóstico preoperatorio de las duplicaciones intestinales es infrecuente^{8,9,17-20}, sin embargo, esta opinión depende del período histórico de las publicaciones. En el caso reportado la tomografía simple de abdomen demostraba asas dilatadas en pila de monedas y niveles hidroaéreos, en el contexto de un pante sin cicatrices operatorias previas y sin fibrilación auricular que pudiese orientar el diagnóstico hacia una oclusión intestinal por bridas o un infarto del mesenterio respectivamente.

El año 1998; Long et al¹⁶, clasificaron las duplicaciones intestinales de acuerdo al tipo de irrigación de la malformación y su relación con el intestino delgado y su mesenterio (**Tabla 1**). Las duplicaciones intestinales Tipo 1 son las que se encuentran a un lado del mesenterio y las arterias que las irrigan transcurren paralelas e independientes a la vascularización intestinal. Las duplicaciones intestinales Tipo 2, son las que se encuentran en el medio de ambas cubiertas peritoneales del mesenterio y su irrigación proviene de las arterias que irrigan el intestino y que rodean ambas superficies de la duplicación (**Figura 7**).

De acuerdo a esta clasificación, las duplicaciones intestinales de nuestro paciente corresponden a una duplicación quística tipo 1A y 1C en la cual la malformación presenta un mesenterio vascular propio. La resección completa de la duplicación no es habitualmente posible en los subtipos 1C y 2, por lo que el reconocimiento apropiado del subtipo de duplicación es fundamental para planificar la estrategia quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico de las duplicaciones intestinales debe estar dirigido a la completa resección de toda la malformación y el intestino delgado adyacente comprometido; esto es habitualmente posible reconstituyendo después la anatomía con anastomosis término-terminales^{8,9,17-20}.

TABLA 1. Clasificación de las duplicaciones intestinales

Tipo	Descripción de la duplicación
1	Extramesentérica
1A	Meso independiente del meso intestinal
1B	Meso común con el meso intestinal
1C	Duplicación unida al intestino por una pared muscular común
2	Intramesentérica
2A	Pared de la duplicación separada de la pared intestinal
2B	Duplicación unida al intestino por una pared muscular común

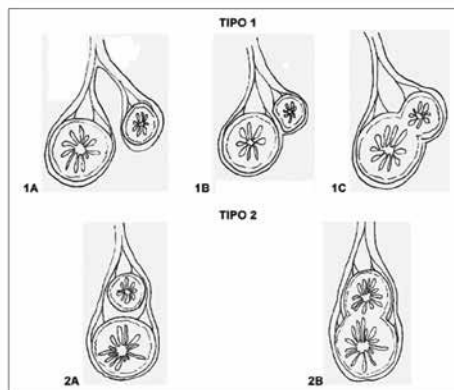


FIG. 7.

REFERENCIAS

1. Seguel FR, Alvarez MBQ, Ollero JCF, Rollan VV. Duplicación intestinal independiente. *Cir Pediatr* 2002;15: 127-129.
2. Soares-Oliveira M, Castañón M, Carvalho JL, Ribo JM, Bello P, Estevao-Costa J, et al. Duplicaciones intestinales: Análisis de 18 casos. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 430-433.
3. Pintér AB, Shubert W, Szemplédy F, Göbel P, Schäfer J, Kusos G. Alimentary tract duplications in infants and children. *Eur J Pediatr Surg* 1992; 2: 8-12.
4. Chandramouli P, Iyer CP, Mahour GH. Duplications of the alimentary tract in infants and children. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 1267-1270.
5. Fitz RH. Persistent omphalo-mesenteric remains: Their importance in the causation of intestinal duplication, cyst formation, and obstruction. *Am J Med Sci* 1884;88: 30-57.
6. Gross RE, Holcomb GW, Farber S. Duplications of the alimentary tract. *Pediatrics* 1952; 9: 449-468.
7. Macpherson RI. Gastrointestinal tract duplications: Clinical, pathologic, etiologic, and radiologic considerations. *RadioGraphics* 1993; 13: 1063-1080.
8. Holcomb GW, Gheissari A, O'Neill JA, Shorter NA, Bishop HC. Surgical management of alimentary tract duplications. *Ann Surg* 1989; 209: 167-174. Ildstad ST, Tollerud DJ, Weiss RG, Ryan DP, McGowan MA, Martin LW. Duplications of the alimentary tract:
9. Clinical characteristics, preferred treatment, and associate malformations. *Ann Surg* 1988; 208: 184-189.
10. Ladd WE. Duplications of the alimentary tract. *South Med J* 1937; 30: 363.
11. Edwards H. Congenital diverticula of the intestine: With report of a case exhibiting heterotopia. *Br J Surg* 1929; 17: 7-21.
12. Lewis FT, Thyng FW. The regular occurrence of intestinal diverticula in embryos of the pig, rabbit, and man. *Am J Anat* 1908; 7: 505-519.
13. Heithoff KB, Sane SM, Williams HJ, Jarvis CJ, Carter J, Kane P. Bronchopulmonary-foregut malformations: A unifying etiologic concept. *Am J Radiol* 1976; 126: 46-55.
14. Bremer JL. Diverticula and duplications of the intestinal tract. *Arch Pathol* 1944; 38: 132-140.
15. Favara BE, Franciosi RA, Akers DR. Enteric duplications: Thirty-seven cases: A vascular theory of pathogenesis. *Am J Dis Child* 1971; 122: 501-506.
16. Long L, Zhang JZ, Wang YX. Vascular classification for small intestinal duplications: Experience with 80 cases. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 1243-1245.
17. Bower RJ, Sieber WK, Kiesewetter WB. Alimentary tract duplications in children. *Ann Surg* 1978; 188: 669-674.
18. Webb JRD. Two cases of duplication of the alimentary canal. *Proc Royal Soc Med* 1950; 43: 613-614.
19. Fecher MP, Day SM, King FG. Ileal duplications. *Ann Surg* 1952; 135: 555-559.
20. Hardaway RM, Wedgwood RJ, Swartley RN, Rudman I. Duplication of the terminal ileum. *Ann Surg* 1952;136: 296-298.