

Caso Clínico

ISQUEMIA AGUDA SEGMENTARIA DE ÍLEON SECUNDARIA A BRIDA CONGÉNITA

Dra. Dulce Lozada Tena

Médico Becario de Cirugía General

Dr. Héctor Hernández Remess

Médico Becario de Cirugía General

Dr. Isaías Enrique Vázquez Rodríguez

Médico Adscrito Especialista en Cirugía General

Hospital General de Tlaxcala

Nombre: JHA. Se trata de paciente masculino de 63 años de edad, casado, con educación primaria, católico de ocupación albañil.

Con antecedentes familiares maternos de DM2, habitación propia, construcción de material perdurable, con servicios básicos de urbanización, convivencia con animales (perros), alcoholismo ocasional desde los 25 años, sin llegar a la embriaguez. Tabaquismo negativo, otras toxicomanías negadas. Dieta basada en carbohidratos, hipoproteica, desconoce hemotipo.

Los antecedentes personales patológicos referidos fueron: varicela en la infancia sin complicaciones, niega antecedentes quirúrgicos.

Como padecimiento actual refiere dolor abdominal de 12 horas de evolución con las siguientes características, localizado en epigastrio de tipo cólico, con intensidad 5/10 de la escala visual análoga con irradiación hacia mesogastrio e hipogastrio, como síntoma acompañante de náusea llegando a la emesis en dos ocasiones sin cuantificación, sin horario predominante, lo cual motivó que acudiera al hospital.

A la exploración física se encontró con FC 52 latidos/minuto, FR 20 respiraciones/minuto, T 36.8 °C

TA 120/60 mmHg, Peso 51 kg., Talla 1.66 metros, IMC 18.54

Se observa paciente masculino de edad similar a la cronológica, con ligera palidez de tegumentos, despierto. Glasgow 15, cooperador, facies algica, mucosas deshidratadas, cuello con tráquea central móvil, pulsos carotídeos presentes normales, no se palpan visceromegalias, campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular presente, no se integra síndrome plaurpulmonar, precordio normodinámico, sin fenómenos agregados, abdomen plano, cicatriz umbilical equidistante, hiperalgesia, peristalsis disminuida en frecuencia e intensidad, hiperbaralgesia, signo de McBurney positivo, signo de Rovsing positivo, Giordano bilateral positivo, miembros hipotróficos, íntegros, sin más alteraciones.

Los estudios auxiliares de laboratorio Biometría Hemática: Hemoglobina 14 g/dl, Hematocrito 43.3%, Volumen Corpuscular Medio 39,7 fL, Concentración media de hemoglobina 30.30 pg., Plaquetas 253000xUL, Leucocitos 13.6%, Neutrófilos 31.3%, Linfocitos 5.6%. Química Sanguínea: Glucosa 142 mg/dl, BUN 11.6 mg/dl, Urea 24.82 mg/dl, Creatinina 0.70 mg/dl, Albumina 4.1 mg/dl, Bilirrubina Total 0.70 mg/dl, Bilirrubina Directa 0.10 mg/dl, Bilirrubina Indirecta 0.60 mg/dl, Electrolitos séricos: Sodio 125, Potasio 4.6 mEq/l, Cloro 103 mEq/L, Lipasa 21 U/L, TP 13.5, INR 1.12, TPT 28, Examen General de Orina: color amarillo, Aspecto ligeramente turbio, Glucosa negativo, bilirrubinas negativo, Cuerpos cetónicos 60, Densidad > 1.030, Ph 5.5, Proteínas 20, Urobilinógeno normal, Nitritos negativo, Sangre 0.3, Esterasa leucocitaria negativo, Células epiteliales escasas, Bacterias escasas, Leucocitos 0-3, Eritrocitos 5-7

Se plantearon los siguientes diagnósticos, sindrómico Síndrome Doloroso Abdominal, Síndrome Febril, Síndrome de Oclusión Intestinal. Diagnóstico diferencial con Apendicitis, Íleo Mecánico, íleo Metabólico, Perforación Intestinal.

Diagnóstico preoperatorio Abdomen Agudo Secundario a probable Apendicitis complicada se programa para una Laparotomía Exploradora, con los siguientes resultados

Diagnóstico Postoperatorio: Isquemia Aguda Segmentaria de Íleon Secundaria a brida congénita

Intervención: Laparotomía Exploradora más Apendicectomía tipo Pouchet, Resección Intestinal, Enteroanastomosis termino-terminal

Hallazgos: Líquido libre en cavidad 2.5 litros de carácter hemático, Asas de intestino delgado íleon necrosado 1.60 metros a 3.20 metros del ligamento de Treitz, secundario a brida congénita proveniente de mesenterio y a 5 cm de la válvula ileocecal.

COMENTARIOS

Se ha considerado relevante la difusión de el caso clínico – quirúrgico porque aun cuando la patología no es muy rara en otras etapas de la vida principalmente en recién nacidos, en adultos es extremadamente rara, seguramente tiene otra fisiopatología, que ha sido difícil de encontrar

De ahí la importancia de esta difusión que tiene como otros objetivos, desde buscar una explicación convincente, hasta establecer las posibilidades y hasta donde sea posible poder establecer todas sus características fisiopatológicas

BIBLIOGRAFIA

- Murshed R, Nichols G, Spitz L. Intrinsic duodenal obstruction: Trends in management and outcome over 45 years (1951-1995) with relevance to prenatal counseling. Br J Obstet Gynaecol. 2001;106:1197-9.
- Dalla Vecchia LK, Grosfeld JL, West KW, Rescorla FJ, Scherer LR, Engum SA. Intestinal atresia and stenosis: A 25-year experience with 277 cases. Arch Surg. 2004;133:490-7.
- Corteville JE, Gray DL, Langer JC. Bowel abnormalities in the fetus. Correlation of prenatal ultrasonographic findings with outcome. Am J Obstet Gynecol. 2006;175:724-9

**ESTUDIO SIMPLE DE ABDOMEN CON DATOS DE OBSTRUCCION
INTESTINAL**



IMÁGENES QUE MUESTRAN EL SITIO DE LA LESION ENCONTRADA

