



Ensayo

Nombre del Alumno: José Francisco Pérez Pérez

Nombre del tema: Caso clínico de obstrucción intestinal

Parcial: 4to

Nombre de la Materia: Clínicas Quirúrgicas Complementarias

Nombre del profesor: Dr. Guillermo DelSolar Villarreal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

7° semestre

Ingresa a urgencias una paciente de 24 años, hispana, estudiante de licenciatura, sin antecedentes crónico-degenerativos, hospitalizaciones ni antecedentes quirúrgicos previos, quien refiere episodios recurrentes de dolor abdominal, constipación y distensión, de aproximadamente 5 años de evolución, los cuales han aumentado en intensidad y frecuencia en los últimos 6 meses, exacerbándose significativamente en las últimas 48 horas, acompañándose además de ausencia de evacuaciones e incapacidad para canalizar gases. Refiere uso habitual de antiinflamatorios no esteroideos y antiespasmódicos, sin requerir laxantes o enemas, con remisión espontánea de los cuadros previos. En la exploración física encontramos una



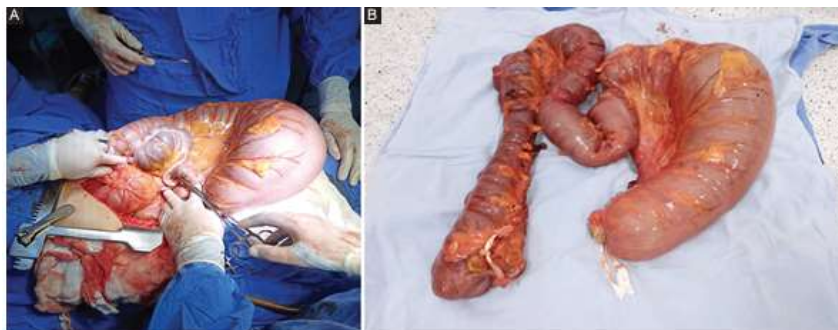
paciente ectomórfica con facies dolorosa, consciente, neurológicamente íntegra, con ataque al estado general y fiebre, taquicárdica a la auscultación cardiaca. Los campos pulmonares se aprecian adecuadamente ventilados. En la exploración abdominal se observa distensión significativa, de predominio en el cuadrante superior izquierdo, donde a la palpación se

aprecia una masa con timpanismo a la percusión, móvil, no adherida a planos profundos, así como datos de irritación peritoneal focalizados en dicha área. Al tacto rectal se encuentra un esfínter normotónico con descenso adecuado del músculo puborrectal, sin masas palpables, restos hemáticos ni materia fecal. Se realizan estudios de laboratorio, incluyendo biometría hemática completa, pruebas de función renal y hepática, electrolitos séricos, tiempos de coagulación y gasometría arterial, reportándose leucocitosis con neutrofilia ($23 \times 10^3/\mu\text{l}$, 90% neutrófilos), así como datos de acidosis metabólica y lesión renal aguda incipiente. Una radiografía de abdomen en bipedestación a su ingreso muestra importante dilatación del colon, de hasta 20 cm en su diámetro máximo, con imagen en «grano de café». Se realiza



hemáticos ni materia fecal. Se realizan estudios de laboratorio, incluyendo biometría hemática completa, pruebas de función renal y hepática, electrolitos séricos, tiempos de coagulación y gasometría arterial, reportándose leucocitosis con neutrofilia ($23 \times 10^3/\mu\text{l}$, 90% neutrófilos), así como datos de acidosis metabólica y lesión renal aguda incipiente. Una radiografía de abdomen en bipedestación a su ingreso muestra importante dilatación del colon, de hasta 20 cm en su diámetro máximo, con imagen en «grano de café». Se realiza

tomografía
 computarizada de
 abdomen y pelvis, la
 cual constata una
 importante dilatación
 del colon transverso,



descendente y sigmoides, con alteraciones del mesenterio. Ante la falta de disponibilidad de un servicio de endoscopia para intentar el manejo conservador, se decide realizar una laparotomía de urgencia bajo anestesia general, con la paciente en posición supina, encontrándose dilatación pancolónica, desde el ciego hasta el sigmoides, con vólvulo a nivel del mesosigmoides, por lo que se realiza colectomía total con cierre distal en bolsa de Hartmann en dos planos utilizando sutura absorbible e ileostomía terminal con técnica de Brooke en el flanco derecho. Se envía la pieza quirúrgica para su estudio histopatológico (Fig. 3). El procedimiento fue realizado por un cirujano general adscrito al servicio y dos médicos residentes de tercer y segundo año. La paciente presenta una adecuada evolución posquirúrgica, permaneciendo en vigilancia durante 72 horas, con inicio de vía enteral en las primeras 24 horas y siendo posteriormente egresada sin complicaciones. Es remitida ulteriormente a la consulta de cirugía de colon y recto para seguimiento y posterior protocolo de restitución del tracto gastrointestinal, donde a los 3 meses de seguimiento no reporta complicaciones, con adecuada cicatrización de las heridas y gastos estables a través de la ileostomía. El reporte histopatológico de la pieza confirma la presencia de una neuropatía entérica consistente con agangliosis del adulto, así como enterocolitis con infiltrado inflamatorio mixto, hiperplasia folicular linfoide y áreas de atrofia epitelial con predominio en el sigmoides. En la tinción tricrómica de Masson se evidencia fibrosis en submucosa, perivascular y en plexos de Auerbach, con inmunohistoquímica negativa para calretinina, confirmándose el diagnóstico de enfermedad de Hirschprung.

BIBLIOGRAFÍA

Claudio D. Rojas-Gutiérrez, Jorge S. Haro-Cruz¹, Diego F. Cabrera-Eraso, Víctor M. Torres-García, Juan C. Salas-Álvarez y Javier O. Valencia-Jiménez - Reporte de caso: vólvulo de sigmoides en un adulto joven, una manifestación de enfermedad de Hirschsprung - 2021 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permanyer.