

Cartas al Director

Vólvulo de ciego en un trasplantado cardiaco. Presentación de un caso y revisión crítica

Palabras clave: Vólvulo cecal. Trasplante cardiaco. Complicaciones gastrointestinales.

Key words: Cecal volvulus. Cardiac transplantation. Gastrointestinal complications.

Sr. Director:

Las complicaciones agudas abdominales en los pacientes trasplantados cardiacos exigen ser diagnosticadas y tratadas precozmente debido a su alta mortalidad (20-25%). El 45% ocurren en los primeros treinta días, periodo en el que otros eventos pueden dificultar el diagnóstico diferencial y su tratamiento (1-3).

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 61 años trasplantado cardiaco que en el décimo día del postoperatorio desarrolló un vólvulo de ciego.

El paciente presentaba una miocardiopatía dilatada con fracción de eyección del 23% secundaria a cardiopatía isquémica tratado con doble bypass aortocoronario. Como antecedentes destacar apendicectomía, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia renal crónica.

Fue sometido a trasplante cardiaco ortotópico con anastomosis bicava. El tiempo de isquemia fue de 280 min con una duración de la circulación extracorpórea de 200 min. Presentó tendencia a la hipotensión con requerimiento de drogas vasoactivas y hemoderivados. Recibió profilaxis antibiótica y trata-

miento de inducción inmunosupresor con micofenolato mofetil, solu-moderin y daclizumab.

En el postoperatorio inmediato presentó diarreas y fiebre, descartándose la presencia de *Clostridium difficile* mediante determinación de la toxina A y B en las heces por enzoinmunoanálisis. El décimo día del postoperatorio presentó cuadro de dolor abdominal intenso, distensión abdominal, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha con leucocitosis (35.000 l/mm³). Se realizó TAC abdominal urgente, objetivándose distensión de ciego de hasta 12 cm de diámetro, compatible con el diagnóstico de vólvulo tipo "báscula cecal" (Fig. 1).



Fig. 1. Imagen de TC en proyecciones coronal y axial que muestran una gran dilatación de ciego de hasta 12,3 cm (flecha), con colon ascendente de calibre normal (*).

Se realizó laparotomía urgente y se confirmó el vólvulo cecal con signos de necrosis intestinal, sin perforación. Se practicó hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica manual.

El enfermo desarrolló un postoperatorio sin incidencias. El informe anatomopatológico: infarto hemorrágico intestinal con necrosis transmural. Fue dado de alta a los 45 días post-trasplante sin presentar complicaciones postquirúrgicas abdominales. La función del injerto fue normal, con fracción de eyección del 77% a los dos meses del trasplante.

En nuestra experiencia las complicaciones colónicas agudas afectan al 2% de los trasplantados, siendo más frecuentes en varones y con una edad media superior a los 55 años (2,3).

La patogenia se ha relacionado con el tratamiento inmunosupresor, especialmente los esteroides, bien por presentar un episodio de rechazo agudo o por acontecer en los primeros días post-trasplante. La otra causa posible son las derivadas del compromiso vascular gastrointestinal bien por patología vascular previa abdominal o por el bajo gasto cardiaco tras el trasplante (isquemia intestinal no oclusiva) (1-3). Deben descartarse las infecciones, especialmente cuando el enfermo había desarrollado fiebre, leucocitosis y diarrea. En los primeros días post-trasplante la infección por *Clostridium difficile* cursa con diarreas, fiebre y leucocitosis, descartándose en nuestro caso por la determinación de la toxina A y B (6).

El paciente descrito presentaba varios factores de riesgo como el tratarse de una reintervención, duración prolongada de la intervención, transfusión de hemoderivados y necesidad de drogas vasoactivas en el postoperatorio inmediato (dobutamina, noradrenalina).

Discusión

Los vólvulos de ciego representan entre el 20 y 40% de los vólvulos de colon (4). Son más frecuentes en mujeres y como factores desencadenantes se han descrito: la existencia de un ciego móvil, bridas y la dilatación distal del colon. En el caso descrito el paciente estaba intervenido de apendicectomía y presentó un cuadro de diarreas y distensión del colon secundaria al bajo gasto cardiaco en los primeros días post-trasplante. Aunque la colonoscopia puede llegar a "desvolvular" en algunos casos el ciego, conlleva riesgo de perforación. La hemicolectomía es la técnica de elección sobre técnicas conservadoras como la cecopexia o la destorsión y cecostomía (4,5).

Según datos del Registro Español de Trasplante Cardiaco, hasta diciembre de 2008 en España se habían realizado 5.774 trasplantes cardiacos, con una mortalidad precoz del 19% (primeros treinta días tras el trasplante) y una vida media de 10,7

años.

Estos datos realzan la importancia de conocer y tratar las posibles complicaciones abdominales de estos pacientes, en los que es de vital importancia el diagnóstico precoz.

Agradecimientos

A Dr. Luis Almenar Bonet. Director del Registro Español de Trasplante Cardiaco.

A Lydia Munárriz por su colaboración en la elaboración de este manuscrito.

A. Bueno Delgado¹, F. Martínez Regueira¹, P. Martí Cruchaga¹, G. Zozaya Larequi¹, A. García-Lallana², G. Rábago³ y J. A.-Cienfuegos¹

Departamentos de ¹Cirugía General, ²Radiología y ³Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona, Navarra

Bibliografía

1. Merrel SW, Aures SA, Nelson EW, Renlund DG, Karwande SV, Burton NA, et al. Major abdominal complications following cardiac transplantation. Arch Surg 1989; 124: 889-94.
2. Kirklin JK, Holm A, Aldret JS, White C, Bourge RC. Gastrointestinal complications after cardiac transplantation. Ann Surg 1990; 211: 538-41.
3. Cates J, Chávez M, Laks H, Drunkwater D, Stevenson L, Kobashigawa J, et al. Gastrointestinal complications after cardiac transplantation: a spectrum of diseases. Am J Gastroenterol 1991; 86: 412-6.
4. Hellinger MD, Steinhagen R. Colonic volvulus. En: Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD, editors. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. New York: Springer (science + business media, LLC); 2007. p. 286-98.
5. Margolin DA, Whitlow CB. The pathogenesis and etiology of colonic volvulus. Semin Colon Rectal Surg 1990; 10: 129-38.
6. Kelly CP, LaMont JT. Clostridium difficile. More difficult than ever. New Eng J Med 2008; 359(18): 1932-40.