

VÓLVULO DEL COLÓN SIGMOIDE COMPLICADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Javier Estrada Lopez¹
Anaisa León Mursulí³
Yosniel Lugo Echevarría²
John Napari Masinde⁴
Yina Erazo Erazo⁴

Maria Del Carmen Castro Rojas⁴

¹Hospital Sambweweni. Ciudad Ukunda Condado de Kwale. Kenya.

²Hospital "Enrique Cabrera Cossío". La Habana, Cuba.

³Clínica Estomatológica "Felipe Soto", La Habana, Cuba.

⁴Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, "Enrique Cabrera". Cuba.

RESUMEN

Introducción: *el vólvulo de sigmoides es una causa frecuente de obstrucción intestinal mecánica en los servicios quirúrgicos que de no tratarse a tiempo pueden evolucionar a la necrosis y la perforación.*

Objetivo: *describir las características clínicas de un caso de oclusión intestinal por vólvulo de sigmoides complicado.*

Caso clínico: *Paciente masculino de 21 años, con distensión asimétrica y dolor abdominal intenso, a tipo cólico, náuseas y vómitos profusos de aspecto bilioso. Refiere no expulsar gases ni heces fecales por el recto hace 5 días. Se realizaron estudios de laboratorio e imagenológicos, los resultados fueron sugerentes de un síndrome obstructivo mecánico de intestino delgado complicado. Se decidió tratamiento quirúrgico, se diagnosticó un vólvulo de sigmoides con un vólvulo de íleon casi total.*

Conclusiones: *el diagnóstico del vólvulo de intestino delgado, requiere un alto índice de sospecha. El tratamiento es eminentemente quirúrgico; se impone la resección intestinal del segmento afectado cuando el tejido intestinal no es viable.*

Palabras clave: *oclusión intestinal; vólvulo de intestino delgado; vólvulo de íleon.*

INTRODUCCIÓN

El vólvulo del sigmoides es una entidad poco frecuente. En Occidente, Centro y Norteamérica, su incidencia es más baja, que la notificada en en otros países; en ellos ocupa el 5 % de las oclusiones intestinales. ^(1,3) El término vólvulo deriva del latín volveré, "enrollarse, doblarse". Se refiere a la torsión en asa alrededor de sí mismo y de su mesenterio; el colon sigmoides ocurre, cuando la última porción del colon gira sobre su eje, lo cual conlleva a una oclusión intestinal e isquemia. Si no se diagnostica y trata de forma adecuada, se perfora. ^(1,2)

Esta entidad es la tercera causa de obstrucción colónica en el mundo. En los países occidentales se presenta, por lo general, en los pacientes del sexo masculino y mayores de 70 años. Los sitios más afectados son el colon sigmoides (60 - 75 %) y el ciego (25 - 40 %), pero es infrecuente en el colon transverso o el ángulo esplénico (2 - 4 %). ^(1,2,3) Tiene un origen multifactorial, se relaciona con el consumo de una dieta alta en fibras, la constipación crónica, el abuso de laxantes, el internamiento en asilos, la diabetes, los padecimientos neuropsiquiátricos con una reducción de la autonomía, la postración prolongada en cama y tener antecedentes de laparotomía. No obstante, el factor predisponente más frecuente es la presencia de segmentos colónicos largos y redundantes (como el sigmoides), que tienen mesenterios largos y de base estrecha. ^(1, 2, 3)

La población que vive sobre los 3 000 metros de altura, tiende a presentar un colon de mayor

Artículo de Revisión

longitud y diámetro que aquella que habita en las regiones menos altas; a esta característica adquirida se le denomina “Dolicomegacolon Andino”, una enfermedad congénita que se caracteriza, por el colon duplicar su longitud, incluso, a veces triplica el tamaño normal. Se cree que un factor importante, en su desarrollo, es la menor presión atmosférica en la altura y de acuerdo a la ley física de Boyle y Mariotte, la expansión de los gases intraluminales puede influir en el incremento de las dimensiones intestinales. ^(2,3)

El diagnóstico de vólvulo del colón sigmoide es clínico, unido a un alto índice de sospecha. Dentro de los exámenes complementarios, la radiografía simple de abdomen en posición de pie y en decúbito supino, tiene una certeza diagnóstica cercana al 90 % y se presentan signos característicos, como el signo del grano de café. ⁽³⁾

Este trabajo tiene como objetivo, describir las características clínicas de un caso de oclusión intestinal por vólvulo de sigmoides complicado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de un paciente diagnosticado y tratado por vólvulo de sigmoides complicado. Se revisó la historia clínica y se aplicó el método clínico, lo cual permitió recoger los datos necesarios del interrogatorio y el examen físico. Se usaron medios diagnósticos y terapéuticos, entre los cuales se incluyeron: las pruebas imagenológicas (radiografías, ultrasonido), los exámenes de laboratorio, el paciente se operó y durante el procedimiento quirúrgico, se usó el instrumental necesario en el quirófano.

Presentación del caso

Se trató de un paciente masculino de 21 años de edad, con el color de la piel negro. El paciente acudió al Servicio de Cirugía General del Hospital Sambweweni, en la ciudad Ukunda, perteneciente al condado de Kwale, en Kenya. Este paciente presentaba un cuadro de distensión y dolor abdominal intenso, difuso, a tipo cólico, asociado a náuseas y vómitos profusos, con un aspecto bilioso y refería no expulsar gases ni heces fecales por el recto hace 5 días. Además, presentaba toma del estado general y fiebre de 38 0C. En el examen físico general, se constató una deshidratación severa, facies peritoneal, pulso radial acelerado, hipotenso, con gradiente térmico, oligoanúrico y con una ligera toma del sensorio.

Se ingresó y realizó preoperatorio de urgencia, en el cual se confirmaron los trastornos hidrominerales y ácido-base, los cuales se llevaron a valores de estabilidad, se complementó el tratamiento con la antibioticoterapia parenteral adecuada y se aplicaron las medidas descompresoras y la reanimación hidroelectrolítica. Al examen radiológico se observó un patrón de oclusión intestinal mecánica del intestino delgado, con niveles hidroaéreos en escalera centrales, con signo del rosario. En el ultrasonido abdominal se confirmó la presencia de asas distendidas sin peristalsis, acompañada de líquido libre en la cavidad peritoneal.

En el quirófano, se ratificó la distensión de las asas delgadas, la presencia de líquido, un vólvulo de sigmoides gigante, con compromiso vascular, asociado a una volvulación parcial de intestino delgado (íleon terminal), que comprometía el riesgo sanguíneo y formaba parte del elemento estrangulante de la rotación del sigmoide. Al inicio, se hace el control y recepción del sigmoides comprometido casi total, con una posterior anastomosis, en un plano discontinuo con sutura 3/0 de ácido poliglicólico. Luego, se evalúa y se decide la recepción y anastomosis de casi 15 cm de intestino delgado, donde se realizó una ileostomía termino-lateral ascendente, en un plano discontinuo, con sutura 3/0 de ácido poliglicólico (reimplantación de la válvula ileocecal). Además, se realizó un lavado peritoneal, se dejaron dos drenajes tubulares abdominales, con la modalidad de relaparotomía a demanda. En su quinto día, el paciente presenta una evolución favorable, se cumple la terapia antibiótica, la alimentación parenteral total, la hidratación de

mantenimiento y las medidas suplementarias. El los 10 días de evolución. paciente tiene una buena evolución y se le da el alta a



Figura 1. Estudio radiológico preoperatorio de paciente con vólvulo de colon sigmoide complicado.



Figura 2. Imagen inicial durante la laparotomía de paciente con vólvulo de colon sigmoide complicado.



Figura 3. Ileon terminal necrosado del paciente con vólvulo de colon sigmoide complicado

DISCUSIÓN

El vólvulo de colón sigmoide complicado, ocurre cuando hay una elongación y dilatación del colon sigmoide, con la subsecuente torsión en torno al eje del mesenterio, desarrollando bridas entre los segmentos intestinales involucrados. Esta torsión causa obstrucción intestinal, pues disminuye el flujo sanguíneo y el intestino sufre isquemia. El primer caso de vólvulo descrito en la literatura data de 1841, descrito por von Rokitansky, quien lo señala, como una causa de estrangulación intestinal. ⁽²⁾

La presentación clínica de esta entidad corresponde a un cuadro abdominal agudo de tipo oclusivo. Su diagnóstico se demuestra, al constatar las alteraciones presentes al examen físico, así como, las que se observan en las radiografías simples de abdomen. En esta última, en el sitio de la obstrucción suelen identificarse cantidades anormales de gas, hay líquido y al determinar si hay distensión, se observan niveles hidroaéreos dentro de las asas obstruidas, lo que constituye un signo tardío ⁽¹²⁾, tal como se observó en este paciente.

Dentro de la práctica quirúrgica se plantean diversas modalidades de tratamiento y una de ellas es el tratamiento endoscópico ⁽¹³⁾, en la fase aguda y luego, realizar la cirugía definitiva. No obstante, otros realizan resecciones segmentarias y anastomosis primarias; mientras que, algunos se inclinan por la resección y colostomía de urgencia de Rankin Mickulicz, para hacer la restitución en un segundo tiempo. ⁽¹⁴⁾

Otros proscriben la desvolvulación endoscópica o con enemas de solución salina, esta técnica ya no se utiliza porque el intestino puede estar necrosado, perforarse y no lograrse la curación; ⁽¹⁵⁾ razón por la cual, se considera indicarla, como de carácter transitorio, hasta realizar el procedimiento definitivo.

Cuando se sospecha un vólvulo de intestino, sin importar los resultados del estudio por imágenes, se debe realizar la cirugía inmediata, como en el presente caso presentado. Se visualiza todo el intestino en busca de los puntos de obstrucción, luego se hace la resección de los segmentos afectados, con anastomosis primaria. Este procedimiento se considera el método quirúrgico de elección.

Se concluye que, la aparición de vólvulo de sigmoides, asociado a una volvulación del intestino delgado es infrecuente y de difícil diagnóstico, es por ello que, se requiere de la pericia del cirujano y un índice de sospecha elevado. Las manifestaciones clínicas y los hallazgos de la imagen son útiles para el diagnóstico temprano. El tratamiento es quirúrgico, se impone la resección intestinal del segmento afectado, siempre que el tejido intestinal no sea viable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beyuma-Mora H E., Labastida-Ramírez DL., Vera-Bernal J A., Murguía-Zamora L M., Guevara-Valmaña O I. "Sigma Volvere" acerca del vólculo de sigmoides, diagnóstico y manejo quirúrgico, reporte de serie de casos. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Abr 10]; 65(2): 34-42. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422022000200006&lng=es. Epub 30-Abr-2022. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.2.05>.
2. Aulestia D, Sánchez B, Vega Cueva C. Presentación infrecuente de Vólculo del Sigmoides en 2 casos. Medicencias UTA [Internet]. 2018;2(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31243/mdc.uta.v2i1.61>. 2018
3. González Cornejo A, Bruno V. Vólculo de sigmoides: Experiencia de 5 años en el hospital regional Rafael Hernández. david, Chiriquí. Enero 2013- diciembre 2018. Revista Médico Científica. 2021; 33(2):13–9.
4. Sierra E E, Bermúdez Chávez F, Almenares Lombillo N,. Vólculo del sigmoides: Morbilidad y mortalidad. Estudio de 63 pacientes. Rev Cubana Cir [Internet]. 1997 Ago [citado 2023 Abr 10]; 36(2): 147-152. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931997000200010&lng=es.
5. Quevedo Guancho L. Vólculo del sigmoides: diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir [Internet]. 2007 Sep [citado 2023 Abr 10]; 46(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300016&lng=es.
6. Alejandra BC. Vólculo de sigmoides. Revista Médica Panacea. 2019;7(3).
7. Pinto Monrroy FR, Portugal Gallegos LY. Volvulo de sigmoides en el hospital de apoyo departamental Hipolito Unanue de Tacna 1996- 2000. Revista Médica Basadrina. 2019;1(1):18–21.
8. Rivera-Nava JC. Vólculo Simultáneo de íleon y sigmoides. Revista de Gastroenterología de México. 2015;80(1):115–6.
9. Sacta Rivera DE, Ocampo AM, Lozado Munzón AM. Vólculo del Sigmoides. SUTURANDO CONOCIMIENTOS EN EL ARTE DE LA CIRUGÍA. 2022.
10. Obando A, Reyna R. Vólculo de sigmoides: Reporte de Caso. Revista Médica de Panamá - ISSN 2412-642X. 2021;:26–9.
11. López-Casillas N, Cuevas-González A, Zambrano-Lechuga R. Vólculo Primario de íleon: Una rara forma de obstrucción intestinal en el adulto. Reporte de Caso y Revisión de la Literatura. Revista Chilena de Cirugía. 2017 Mar 28.
12. Dhatt HS, Berh SC, Miracle A, Wang ZJ, Yeh BM. Radiological evaluation of bowel ischemia. Radiol Clin North Am [Internet]. 2015; 53(6):1241-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633709/>
13. Muñoz García D, Cardona Gomez D, Hoyos Mendez Y. Volvulo del sigmoides. Rev Cie sal [Internet] 2020. [Citado 09 Nov 2023] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
14. Altadill R, Barbastro N, Fumanal B, Castán M. Vólculo de colon sigmoides. Rev Sanit Invest [Internet]. 2023 [Citado 09 Nov 2023] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/volvulo-de-colon-caso-clinico/>
15. Batista Ramírez A, Kedisobua E, Ramírez J. Vólculo de Sigmoides. Presentación de caso. Mediciego. [Internet] 2014. [Citado 11 Nov 2023] Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu>

SUMMARY

Introduction: *sigmoid colon volvulus is a common cause of mechanical intestinal obstruction in surgical services. In patients who do not receive adequate treatment, this condition can progress to necrosis and perforation.*

Objective: *to describe the clinical characteristics of a case of intestinal obstruction due to complicated sigmoid colon volvulus.*

Clinical case: *21-year-old male patient with asymmetrical distention and intense, colic-like abdominal pain, nausea and profuse vomiting with a bilious appearance. He reports not passing gas or feces through the rectum for 5 days. Laboratory and imaging studies were performed, the results of which suggested a complicated mechanical obstructive syndrome of the small intestine. Surgical treatment was decided, a sigmoid volvulus was diagnosed, with an almost total ileal volvulus.*

Conclusions: *the diagnosis of small intestine volvulus requires a high index of suspicion. The treatment is surgical; It is necessary to perform an intestinal resection of the affected segment when the intestinal tissue is not viable.*

Keywords: *intestinal obstruction; small intestine volvulus; ileal volvulus, intestinal resection*

