

## PRESENTACIÓN DE CASO

### Vólvulo gigante de colon izquierdo

Kendry Axel Aguilera-Cruz<sup>1</sup> , Luis Alberto Escalona-Peña<sup>2</sup>, Alejandro Ramírez-Batista<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Estudiante de cuarto año de la carrera Medicina. Alumno ayudante de Cirugía General. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Filial de Ciencias Médicas Puerto Padre. <sup>2</sup>Especialista de Primer Grado en Cirugía General. <sup>3</sup>Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica y en Cirugía General, y de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López", Puerto Padre, Las Tunas, Cuba.

**Correspondencia a:** Kendry Axel Aguilera-Cruz, correo electrónico: axelkendry@gmail.com

*Recibido: 14 de septiembre de 2019*

*Aprobado: 19 de noviembre de 2019*

### Resumen

El vólvulo del colon sigmoide es una emergencia médica que puede poner en riesgo la vida si no es detectado y tratado oportunamente. Es un cuadro de obstrucción intestinal producido por la torsión de un asa sigmoidea sobre su eje mesentérico. Se hace la presentación clínica del caso de un paciente de 48 años de edad, sexo masculino, que hace cinco días comenzó a presentar estreñimiento, distensión abdominal y un dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio, intenso, que no se irradia, además se acompañó de varios vómitos el día anterior, escaso y de contenido bilioso, no expulsa gases por el recto. El abdomen distendido de forma asimétrica, dolor a la palpación en el hemiabdomen inferior y reacción peritoneal en esta misma área, hipertimpanismo abdominal, ruidos hidroaéreos abolidos, al tacto rectal ampolla rectal ocupada por heces y edema de la mucosa. El ultrasonido abdominal mostraba las asas intestinales distendidas, con gran barrera de gases en todo el abdomen. Se realizan rayos X simple de abdomen que revelan un colon sigmoide muy dilatado. Se decide realizar intervención quirúrgica urgente. Se encuentra vólvulo del colon descendente y sigmoide, muy distendido, con signos de necrosis en los mismos. Se realiza la desvolvulación y resección intestinal (colectomía) de flexura esplénica, colon descendente y sigmoide, colostomía tipo Hartmann. Se coloca drenaje en fondo del saco de Douglas y cierre con subtotales.

**Palabras clave:** VÓLVULO DEL SIGMOIDES; OBSTRUCCIÓN INTESTINAL; VÓLVULO DEL SIGMA.

**Descriptores:** OBSTRUCCIÓN INTESTINAL/cirugía; COLON SIGMOIDE.

### Introducción

El vólvulo del colon sigmoide es la rotación axial de un segmento del intestino lleno de aire sobre su mesenterio estrecho, el cual casi nunca ocurre cuando el colon está lleno con heces sólidas. Se produce cuando hay una elongación gradual y dilatación del colon sigmoide con la subsecuente torsión entorno al eje del mesenterio, desarrollando bridas entre los segmentos intestinales involucrados. El vólvulo del sigmoide generalmente produce

obstrucción y oclusión vascular mesentérica temprana, comprometiendo el flujo sanguíneo del colon llevando a isquemia tisular, hipoxia y necrosis, con la subsecuente perforación y peritonitis. <sup>(1)</sup>

El vólvulo de sigmoide se describió por primera vez en 1896 por Von Rokistanky. Su patogenia y las diversas opiniones que existen respecto a su tratamiento hacen que esta afección resulte interesante. Se conoce desde la antigüedad, como consta en el Papiro de



Citar como: Aguilera-Cruz KA, Escalona-Peña LA, Ramírez-Batista A. Vólvulo gigante de colon izquierdo. Revista EsTuSalud. 2019; 1. Disponible en: <http://revistaestudiantil.ltu.sld.cu/index.php/revestudiantil/article/view/8>.

Ebers, fue reportado en las antiguas Grecia y Roma, donde era tratado con purgantes y laxantes. <sup>(2,3)</sup> Se puede observar en múltiples latitudes, sin embargo, representa del 2 % al 5 % de las obstrucciones del colon en los países occidentales y del 20 % al 50 % de las obstrucciones en los países del Este. Los países de África, Asia, Oriente Medio, América del Sur, Europa del Este y del Norte, así como Turquía, son regiones endémicas. <sup>(1,3)</sup> En el área andina representa más del 50 % de todas las obstrucciones intestinales y aún mantiene altos índices de mortalidad. <sup>(2,4-5)</sup>

Generalmente afecta a adultos, con la incidencia más alta observada en las décadas de la cuarta a la octava, por otra parte, predomina marcadamente en el sexo masculino, puesto que la mayor amplitud de la pelvis en el femenino permite que se desvuelva más fácilmente en caso de torsión.

<sup>(1)</sup> Diferentes segmentos del colon pueden volverse, pero el sigmoide es el más afectado (60-70 % de los casos), seguido en orden de frecuencia por el ciego (20-30 %), el transverso y las flexuras cólicas; estas dos últimas excepcionalmente. Los vólvulos del colon derecho son más raros. No presentan una distribución geográfica definida, como en el vólvulo de sigmoide, lo que indica que en el no tienen mayor incidencia los factores externos productores de enfermedades intestinales. <sup>(4)</sup>

La presentación clínica puede ocurrir de manera aguda, con dolor abdominal tipo cólico súbito y severo asociado a constipación y distensión abdominal; subaguda con ataques recurrentes de dolor abdominal agudo de tipo cólico, el cual puede ceder antes de que el paciente llegue a consultar a un centro médico; también puede ser crónica, con episodios de dolor o molestia abdominal acompañados de constipación, en ocasiones la distensión abdominal es la única queja del paciente. La presencia de dolor abdominal generalizado, hipersensibilidad, fiebre e hipovolemia, sugieren que la estrangulación ha ocurrido con consecuencias graves y progresión hasta la gangrena de la pared. <sup>(5,6)</sup>

Existen personalidades relevantes dentro de la historia de la medicina a las cuales se les atribuyen logros avances importantes en el tratamiento de esta entidad, como es el caso de Hipócrates, al cual se le acredita el haber usado un supositorio de 12 pulgadas de

longitud e insuflación con aire para destorcer el intestino, método muy semejante al que se usa en la actualidad. <sup>(7-9)</sup>

Existen divergencias en lo que se refiere a su tratamiento. Desde el trabajo inicial de Brusgaard ha llamado la atención por el hecho de evitar la cirugía, en cuyo lugar se practica el vaciamiento del asa torcida por medio de la rectosigmoidoscopia. Si bien esta forma de tratamiento puede ofrecer resultados excelentes, ella ha sido objeto de discusión entre distintos autores, por juzgar que una simple rectosigmoidoscopia no puede resolver etiopatológicamente la enfermedad, debido, entre otras hipótesis, a que puede existir necrosis del asa torcida en mayor o menor grado, que es imposible de ser detectada en la endoscopia; puede ocurrir perforación por ocasión y a veces no ocurre la distorsión del vólvulo. <sup>(5-6)</sup>

Los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento del vólvulo sigmoideo se dividen en resectivos y no resectivos. Para decidir la técnica a realizar resultan de gran importancia las condiciones generales del paciente y las condiciones locales del colon. Los procedimientos quirúrgicos no resectivos son la desvolvulación con mesocoloplastia, la desvolvulación con sigmoidopexia y la desvolvulación con extraperitonealización del colon sigmoide. Todos se acompañan de alto índice de recurrencia. <sup>(5)</sup>

Los tratamientos quirúrgicos resectivos establecidos se realizan en dos tiempos y comprenden dos variantes técnicas: la resección sigmoidea en un primer tiempo mediante técnica de Rankin-Mickulicz complementada con cierre extraperitoneal de la colostomía y la resección sigmoidea con colostomía de Hartmann complementada con la anastomosis intraperitoneal del colon en un segundo tiempo. <sup>(9)</sup> Ambas técnicas obligan al paciente a portar una colostomía durante un período de tiempo variable que oscila entre tres y seis meses, y necesitan de un segundo tiempo quirúrgico para la restitución del tránsito intestinal, previa preparación del colon, lo que provoca insatisfacción personal y familiar. <sup>(6,9)</sup>

El objetivo del presente artículo es la presentación clínica de un paciente de 48 años de edad, sexo masculino, acude con

diagnóstico de oclusión intestinal por vólvulo de sigmoides.

### Presentación del caso

Se presenta el caso de un paciente masculino, blanco, de 48 años de edad, que acude al cuerpo de guardia del Hospital General Guillermo Domínguez. Refiere que hace 5 días comenzó a presentar estreñimiento, distensión abdominal y un dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio, intenso, que no se irradia, además se acompañó de varios vómitos el día anterior, escaso y de contenido bilioso, no expulsa gases por el recto. En la exploración el paciente se encontraba a febril, hemodinámicamente estable, eupneico en reposo, con coloración de piel y mucosas conservada y signos de deshidratación moderada. El abdomen distendido de forma asimétrica, dolor a la palpación en el hemiabdomen inferior y reacción peritoneal en esta misma área, hipertimpanismo abdominal, ruidos hidroaéreos abolidos, al tacto rectal ampolla rectal ocupada por heces y edema de la mucosa. El hemograma completo mostraba signos de ligera Leucocitosis  $14,6 \times 10^9 / L$ , con un 88 % de polimorfonucleares, un hematócrito de 0.30 %, la eritrosedimentación en 65 mm/h mostrándose considerablemente acelerada, la química sanguínea se encuentra dentro de valores normales. El ultrasonido abdominal mostraba las asas intestinales distendidas, con gran barrera de gases en todo el abdomen.

**Figura 1. Rayo X de abdomen simple**

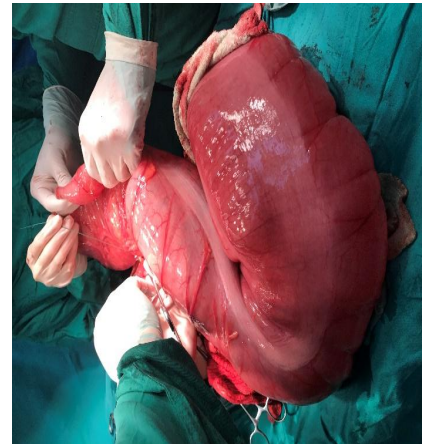


Se realizan rayos X simple de abdomen posición anterior de pie (**figura 1**), que revelan

un colon sigmoides muy dilatado, se encuentran niveles hidroaéreos que recuerda a una tubería doblada, con su vértice en el cuadrante superior derecho, el signo clásico del grano de café.

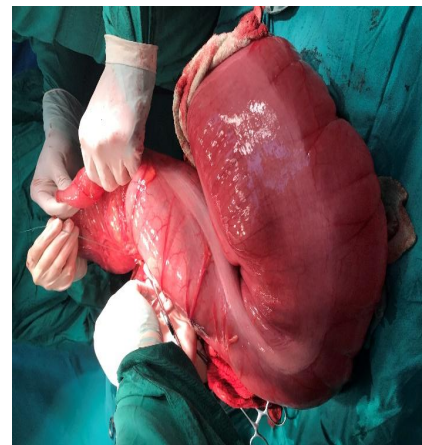
Se decide realizar intervención quirúrgica urgente. Se realiza una incisión media supra e infraumbilical, se encuentra vólvulo del colon descendente y sigmoides, muy distendido, con signos de necrosis en los mismos (**figura 2**).

**Figura 2. Vólvulo del colon descendente y sigmoides**



Se realiza la desvolvulación (**figuras 3**) y resección intestinal (colectomía) de flexura esplénica, colon descendente y sigmoides, colostomía tipo Hartmann. Se coloca drenaje en fondo del saco de Douglas y cierre con subtotaes.

**Figuras 3. Desvolvulación**



## Discusión

Los pacientes con un vólvulo sigmoideo pueden manifestar una obstrucción intestinal aguda o subaguda, con signos o síntomas inseparables de los causados por un cáncer del colon distal.

<sup>(10)</sup> El éxito en el tratamiento se relaciona con un diagnóstico temprano y una actuación adecuada. <sup>(4)</sup> Se demuestra tanto por elementos al examen físico como en las radiografías de abdomen. El diagnóstico se sospecha ante la aparición progresiva de dolor abdominal, náuseas, distensión abdominal y la incapacidad de expulsar gases y heces. El abdomen muestra, por lo general, gran distensión y timpanismo; la distensión suele ser más espectacular que en otras causas de obstrucción. Existe siempre la posibilidad de que este estado se asocie con isquemia, bien mural (asociada con la mayor tensión de la pared intestinal distendida), bien arterial, causada por la torsión de la perfusión arterial mesentérica; por este motivo, cualquier dolor abdominal intenso acompañado de manifestaciones de rebote y taquicardia constituye un signo ominoso. A veces, el enfermo refiere episodios previos de vólvulo agudo con remisión espontánea, en cuyo caso puede haber una enorme distensión abdominal con mínimo dolor durante la palpación. <sup>(10)</sup>

Los hallazgos radiográficos son a menudo llamativos y posibilitan un rápido diagnóstico y tratamiento. Las radiografías del abdomen revelan un colon sigmoidees muy dilatado que recuerda a una tubería doblada, con su vértice en el cuadrante superior derecho. Puede observarse un nivel hidroaéreo en el asa de colon dilatada y no suele haber gas en el recto.

<sup>(10)</sup> El signo del grano de café u omega es el hallazgo clásico y diagnóstico del vólvulo sigmoideo, consiste en un asa de colon sigmoidees marcadamente dilatada que se extiende desde la pelvis y ocupa la mayor parte del abdomen en una radiografía directa. <sup>(2-5)</sup> La tomografía computarizada, aunque no es necesaria para establecer el diagnóstico, revelará habitualmente una espiral mesentérica característica. Un enema de contraste mostrará de forma característica el punto de obstrucción con la deformidad en pico de ave patognomónica que revela la torsión que obstruye la luz sigmoidea. <sup>(10)</sup>

El tratamiento es muy discutido en la bibliografía, a pesar de que los objetivos son

claros, conseguir la reducción de vólvulo y evitar la recidiva del cuadro, el manejo de esta afección aún permanece controvertido. El tratamiento va a depender del estado del paciente, la presencia de peritonitis, la viabilidad del sigma y la experiencia del cirujano, <sup>(4)</sup> se divide en manejo quirúrgico y manejo no quirúrgico, dependiendo de la condición clínica del paciente, y a su vez, el manejo quirúrgico está dividido en resectivo y no resectivo, en cuanto a si se realiza o no la resección del colon sigmoideo, sin embargo, debido a la falta de estudios prospectivos aleatorizados, el manejo específico del vólvulo del sigmoide continúa siendo controversial. <sup>(5,6)</sup>

Se plantea diversas modalidades, dentro de ellas el tratamiento endoscópico en la fase aguda y luego cirugía definitiva, algunos autores recomiendan la colonoscopia solo para aquellos casos que no son candidatos para tratamiento quirúrgico definitivo, mientras que también hay autores que recomiendan reservar la cirugía solo para aquellos pacientes en los que fracase la desvolvulación endoscópica. <sup>(3,4)</sup>

Debido a la alta morbilidad de la cirugía emergente, se prefiere un manejo inicial no operatorio, mediante la reducción de vólvulo mediante un sigmoidoscopia. <sup>(4,5)</sup> Esta maniobra permite además apreciar la viabilidad del colon mediante la visualización directa de la mucosa.

<sup>(4)</sup> Si el paciente no presenta signos de irritación peritoneal ni sospecha de necrosis intestinal se practica una sigmoidoscopia de urgencia. Los reportes indican un éxito de destorsión del 60 al 70 % usando un equipo flexible y 40 % o menos con un equipo rígido, por lo que la obstrucción intestinal causada por el vólvulo del sigmoide es frecuentemente resuelta mediante desvolvulación endoscópica, sin embargo, la terapéutica principal es quirúrgica, debido a que los índices de recurrencia después de una reducción no quirúrgica pueden ser superiores al 40 % o 55 %, o incluso del 90 %. <sup>(3,5)</sup> Si se tiene éxito en la reducción del vólvulo se estabiliza al enfermo, se prepara el intestino mecánicamente y se resecta de manera electiva el sigmoide. <sup>(5)</sup> Otros autores proscriben la desvolvulación endoscópica o con enemas de solución salina por tres razones: el intestino puede estar necrosado, perforarse y no se obtiene la curación; razones por las cuales se considera que la desvolvulación y pexia sólo debe hacerse con carácter transitorio hasta realizar el procedimiento definitivo. <sup>(5,6)</sup>

En el ambiente ideal, el tratamiento quirúrgico del vólvulo del sigmoideo consiste en una preparación colónica adecuada y una resección con anastomosis primaria, sin embargo, el tratamiento quirúrgico de urgencia debe guiarse por la condición general del paciente y el estado del asa colónica en el acto quirúrgico.

Si el paciente al momento del procedimiento quirúrgico presenta intestino no viable, no hay discusión en cuanto a la necesidad de resección, sin embargo, para casos en los que se encuentra colon viable, se han descrito procedimientos quirúrgicos no resectivos, los cuales incluyen la mesosigmoidoplastia (remodelación del mesocolon sigmoidees) o colopexia (fijación del colon a la pared abdominal con bandas, por ejemplo, Gore-Tex strips). Estas técnicas quirúrgicas son atractivas para los casos de colon viable, debido a que no requiere la elaboración de una anastomosis que pueda filtrar, ni lleva al paciente a la morbilidad adicional de una colostomía, sin embargo, los procedimientos quirúrgicos no resectivos para vólvulo del sigmoidees presentan altos índices de recurrencia.<sup>(5,9)</sup>

La resección es necesaria si se está desarrollando gangrena. Luego de la resección del sigmoidees, el cirujano debe tener en cuenta muchos factores para decidir entre la realización de un estoma y la realización de una anastomosis, teniendo en cuenta el diámetro entre los segmentos proximal y distal del intestino. La seguridad de una anastomosis puede disminuir en el caso de una diferencia significativa de los diámetros. La anastomosis entre dos segmentos de diferente diámetro puede ser técnicamente difícil y comprometer la irrigación sanguínea de la misma.<sup>(4,5)</sup>

En pacientes en buen estado general con el asa volvulada sin alteraciones significativas (no isquemia ni gangrena) se procede a la desvolvulación, sigmoidectomía y anastomosis término-terminal en un solo tiempo.<sup>(2,7)</sup> La popularidad de la anastomosis primaria se ha incrementado recientemente y ahora es reconocida como una alternativa segura para el tratamiento del vólvulo del sigmoidees, sin embargo, puede llevar a contaminación bacteriana. Un estudio reporta un índice de dehiscencia del 4,55 %.<sup>(5)</sup> En los pacientes en mal estado general y asa colónica gangrenada se realiza la desvolvulación, sigmoidectomía y

colostomía en tipo Rankin-Mickulicz (en cañón de escopeta),<sup>(6)</sup> pero si el asa sigmoidea con gangrena se extiende hasta los límites con el recto se practica la desvolvulación, sigmoidectomía y colostomía tipo Hartmann.<sup>(5,10)</sup> La desvolvulación, sigmoidectomía y colostomía es la mejor alternativa en pacientes con gangrena y perforación, sin embargo, hay que tener en cuenta que requieren un segundo tiempo quirúrgico para el cierre de la colostomía.<sup>(3,6,8)</sup> Para los pacientes en los que se logra la devolvulación endoscópica inicial y posteriormente son llevados a cirugía electiva, la sigmoidectomía asistida por laparoscopia luego de la descompresión exitosa del colon puede ser un buen tratamiento para un grupo seleccionado de pacientes en términos de minimización de complicaciones quirúrgicas y corto tiempo de convalecencia, permite una analgesia postoperatoria simple, estancia hospitalaria corta y una reincorporación más rápida a sus labores.

## Referencias bibliográficas

1. Bacilio-Cardozo A. Vólvulo de sigmoidees. Rev Méd Panacea. 2018; (3): 107-11. Disponible en: <http://revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/view/258/202>.
2. Estepa-Pérez J, Santana-Pedraza T, Estepa-Torres J. Manejo del vólvulo de sigmoidees en tres hospitales integrales comunitarios de la misión médica cubana en Bolivia. Medisur. 2015 Feb; 11(1): 37-43. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2013000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000100006&lng=es).
3. González Pérez M, Comín Novella L, Oset García M. Manejo del vólvulo de colon en un hospital primario, ¿tratamiento conservador o quirúrgico? Revisión a 5 años en el Hospital General de Teruel Obispo Polanco. Revista Atalaya Medica. 2015; 8: 101-105. Disponible en: <http://atalaya.medica.comteruel.org/index.php/revista/article/view/120/127>.
4. López-Ruiz JA, Tallón-Aguilar L, Sánchez Moreno L, López-Pérez J, Oliva-Mompellán F. Tratamiento del vólvulo de colon sigmoidees mediante detorsión endoscópica seguida de sigmoidectomía asistida por laparoscopia en régimen de urgencia diferida. Cir Andal. 2017 Feb; 38(1): 39-42. Disponible en: [https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2017/ASAC\\_VOL28\\_N1\\_2017\\_notas1.pdf](https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2017/ASAC_VOL28_N1_2017_notas1.pdf).
5. Condori Cari JE. Características clínico-quirúrgicas del vólvulo de sigmoidees en el Hospital Carlos Monge Medrano. Perú:



- Universidad Nacional de Altiplano. 2017. Disponible en: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7835/Condori\\_Cari\\_Jos%C3%A9\\_A9\\_Enrique.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7835/Condori_Cari_Jos%C3%A9_A9_Enrique.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
6. Quevedo Guanche Lázaro. Vólvulo del sigmoides: diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir. 2007 Sep; 46(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932007000300016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300016&lng=es).
  7. Maddah G, Kazemzadeh GH, Abdollahi A, Bahar MM, Tavassoli A, Shabahang H. Management of sigmoid volvulus: options and prognosis. J Coll Physicians Surg Pak. 2014; 24(1): 13-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24411535>.
  8. Medrano Y, Rodríguez L, Zurbano J, Portal L, Santana S. Vólvulos de colon. Estudio de cuatro años. Servicio de cirugía. Hospital universitario "Arnaldo Milián Castro". Cirugía 2016. Disponible en: <https://www.revactamedicacentro.sld.cu%2Findex.php%2Famc%2Farticle%2Fdownload%2F688%2F818&usg=AOvVaw3YGg3yMbPAV>.
  9. Borda Mederos L, Kcam Mayorca E, Alarcon Aguilar P, Miranda Rosales L. Megacolon andino y vólvulo del sigmoides de la altura: Presentación de 418 casos entre 2008 - 2012 en el hospital C. Monge - Puno, Perú. Rev. gastroenterol. Perú. 2017 Oct; 37(4): 317-322. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292017000400004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000400004&lng=es).
  10. Courtney M, Townsend JR, Beauchamp D, Evers M, Evers K. Tratado de Cirugía General. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 20 th ed. Editor. ELSEVIER. Cap 52; p/ 1314-16. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiB97P9-KvmAhXjtlkKHTdvD\\_sQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.elsevier.com%2Fbooks%2Fsabiston-tratado-de-cirugia-expertconsult%2Funknown%2F978-84-9113-132-8&usg=AOvVaw3cmzScYtVhMwF1PKOkSczH](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiB97P9-KvmAhXjtlkKHTdvD_sQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.elsevier.com%2Fbooks%2Fsabiston-tratado-de-cirugia-expertconsult%2Funknown%2F978-84-9113-132-8&usg=AOvVaw3cmzScYtVhMwF1PKOkSczH).

Copyright EsTuSalud: Revista de Estudiantes de la Salud en Las Tunas. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.

