

## Presentación infrecuente de Vólvulo del Sigmoides en 2 casos

Byron Sánchez B.\* Aulestia David\*\*; Vega Cueva M. Carlos\*\*\*

\*Cirujano General Hospital General byronsb@hotmail.com drbyronsb@gmail.com

\*\* Médico Residente Hospital General de Latacunga. jdabk@yahoo.es

\*\*\* Interno Rotativa de Medicina Hospital General de Latacunga: carlosve94@gmail.com

### CASO CLÍNICO

**Resumen:** Los vólvulos constituyen la tercera causa de abdomen obstructivo. Es producida por alteraciones anatómicas, fisiológicas y mecánicas. Varios factores aumentan el riesgo de presentar esta patología siendo representativas la dieta rica en fibra, estreñimiento crónico, adherencias, aumento en la movilidad del colon y alteraciones de la motilidad intestinal asociadas con el embarazo. Reportamos dos casos de presentación infrecuente de vólvulos de sigma, en los que existió antecedentes de resección de colon sigmoides por vólvulo y que acudieron por cuadro de abdomen agudo obstructivo.

**Palabras clave:** Vólvulo de colon izquierdo recidivante, Vólvulo de colon transverso, Colectomía subtotal.

**Abstract:** Volvulus is the third cause of the obstructive abdomen. It is produced by anatomical abnormalities, physiological and mechanical causes. Several factors that increase the risk of presenting this pathology are representative of the diet rich in fiber, chronic constipation, adhesions, and increased mobility of the colon and alterations of intestinal motility with pregnancy. We report two cases of infrequent presentation of sigmoid volvulus, in which there was a history of resection of the sigmoid colon by volvulus and who presented with acute obstructive abdomen.

**Keywords:** Recurrent left colon volvulus, Transverse colon volvulus, Subtotal colectomy.

### INTRODUCCIÓN

El término "vólvulo" se origina del latín volveré o "voltar" que significa torsión, y en este caso se refiere a la torsión del colon sobre su base mesentérica, causando una obstrucción intestinal, que si no es tratado a tiempo puede desarrollar isquemia, necrosis llevando a perforación, peritonitis, sepsis y hasta la muerte; por lo que constituye una emergencia quirúrgica. Los síntomas más frecuentes incluyen distensión abdominal, dolor, vómito, fiebre, estreñimiento.<sup>1,2,5</sup>

El vólvulo del colon ocurre con mayor frecuencia entre las edades de 30 a 70 años, es una causa frecuente de obstrucción colónica, ubicándose principalmente en el colon sigmoide (43- 80%), ciego (15-43%) y en raras ocasiones en el colon transverso o ángulo

esplénico (2-4%). El vólvulo se atribuye a dos mecanismos: estreñimiento crónico y una dieta alta en fibra; y entre los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología se encuentran variaciones anatómicas como la mesenteritis retráctil, constipación crónica, cirugías abdominales previas, embarazo, enfermedad de Chagas.<sup>3,4</sup>

La población que vive sobre los 3,000 metros de altura tiende a presentar un colon de mayor longitud y diámetro que los habitantes que viven en menores altitudes, ésta característica adquirida se denomina Dolicomegacolon Andino. Se cree que un factor importante en el desarrollo del Dolicomegacolon Andino 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 podría

influir en el incremento de las dimensiones intestinales. La principal complicación del Dolicomegacolon Andino es el vólvulo.<sup>16</sup>

Se presenta dos casos, que hacen referencia a vólvulo de colon izquierdo recidivante, en pacientes con antecedentes de resección de colon sigmoides + colostomía y posterior restitución de tránsito intestinal hace 9 y 3 años. Paciente masculino de 59 años, raza mestiza, agricultor, analfabeto, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial controlada, múltiples episodios de obstrucción intestinal con resolución clínica, como antecedentes quirúrgicos resección de colon sigmoides por vólvulo hace 9 años asociado a colostomía, y posterior restitución de tránsito intestinal 1 año después. Acude al área de Emergencia del Hospital General Latacunga, por presentar cuadro de dolor abdominal tipo cólico de 48 horas de evolución acompañado náusea vómito distensión abdominal dolor y constipación, sin causa aparente.

#### EXPLORACIÓN FÍSICA AL INGRESO:

General: Presión Arterial 139/90 mmHg; Frecuencia cardíaca 58 x/min; Frecuencia respiratoria 16 x/min; Temperatura axilar 36,6 °C.; Saturación de oxígeno 86 % (aire ambiente), peso: 55 kg, talla: 1.60 m.

Abdomen: Distendido, doloroso a la palpación difusamente, ruidos hidroaéreos disminuidos en todos los cuadrantes, presencia de cicatriz media infraumbilical, colostomía, e irritación peritoneal.

Dentro de los exámenes de laboratorio e imagen se solicita biometría hemática dentro de parámetros normales y química sanguínea que reporta Glucosa 134 mg/dl, siendo el resto de los parámetros normales.

Con el diagnóstico de abdomen agudo obstructivo se autoriza la intervención quirúrgica, realizándose laparotomía exploratoria y obteniendo como hallazgo operatorio la volvulación

del colon izquierdo a 360° sin compromiso vascular, líquido libre en cavidad aproximadamente 200 mililitros, mesenteritis retráctil de colon izquierdo, dilatación de intestino delgado en todos sus segmentos. Se realizó colectomía subtotal izquierda y colorecteanastomosis primaria termino terminal más apendicetomía.



Tuvo una evolución favorable durante el postoperatorio, al sexto día hay tolerancia a la vía oral y adecuado tránsito gastrointestinal, por lo cual se decide el alta hospitalaria.

#### REPORTE DE CASO 2

Paciente masculino de 61 años de edad, de raza mestiza, electricista, con antecedentes patológicos personales de etilismo crónico, y como antecedentes quirúrgicos resección de colon

sigmoides por vólvulo hace 3 años, asociado a colostomía de tipo Hartmann. Se restituyó el tránsito intestinal 1 año después. Acude al área de Emergencia del Hospital General Latacunga, por presentar cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución, sin causa aparente, de inicio súbito, tipo cólico, se localiza en flanco izquierdo, acompañado de náuseas que no llegan al vómito, distensión abdominal, ausencia de deposiciones por 3 días y alza térmica no cuantificada.

### EXPLORACIÓN FÍSICA AL INGRESO:

**General:** Presión Arterial 156/96 mmHg; Frecuencia cardíaca 108 x/min; Frecuencia respiratoria 22 x/min; Temperatura axilar 36,7 °C.; Saturación de oxígeno 90 % (aire ambiente). Mucosas orales secas.

**Abdomen:** Distendido, tenso, doloroso a la palpación en forma difusa, en flanco izquierdo en relación a cicatriz de colostomía previa se palpa defecto aponeurótico de aproximadamente 5cm de diámetro con protrusión de masa de 8 cm de diámetro que aparenta asas intestinales misma que es reductible, no dolorosa, atribuible a hernia incisional. Presencia de cicatriz media infraumbilical de laparotomía previa.

Dentro de los exámenes de laboratorio e imagen se solicita biometría hemática que reporta leucocitosis (10.30 103/uL) con neutrofilia (72.7%); Química Sanguínea con Glucosa de 150 mg/dl, resto de exámenes de laboratorio normales. En la radiografía de abdomen se observó distensión importante de colon con niveles hidroaéreos.

Durante la valoración prequirúrgica se evidencia fibrilación auricular paroxística y probable Acromegalia. Con el diagnóstico presuntivo de abdomen agudo obstructivo, se realiza laparotomía exploratoria emergente, obteniendo como hallazgo intraoperatorio la volvulación de colon izquierdo (transverso y descendente) de 360 grados sin compromiso vascular,

líquido libre en cavidad aproximadamente 200 mililitros, y defecto herniario en relación a colostomía previa. Importante dilatación gástrica y de todas las vísceras huecas. Se optó por la realización de colectomía subtotal con anastomosis primaria colo-cólica término terminal.



Durante el postoperatorio el paciente presenta evolución favorable sin complicaciones. Durante el sexto día postquirúrgico se apertura la vía oral, cursando con importante distensión y dolor abdominal. Los análisis de laboratorio denotan leucocitosis (26,70 103/uL) y neutrofilia (90.0 %). En la ecografía abdominal evolutiva se informa presencia de líquido libre en cavidad; asas intestinales a peristálticas, y en el extremo distal de la herida quirúrgica se observa protrusión de grasa epiploica. La Tomografía de Abdomen corrobora los hallazgos y además observa neumoperitoneo. El paciente es intervenido mediante re laparotomía exploratoria encontrando dehiscencia parcial de la anastomosis colo-cólica, líquido seropurulento aproximadamente 200 mililitros diseminado en cavidad abdominal, asas de intestino delgado y colon con áreas de edema y congestivas. Se realiza colostomía (transversostomía) terminal. En el postoperatorio el paciente permanece

estable sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, con buena tolerancia oral, por lo que recibe el alta hospitalaria 6 días posteriores a la cirugía.

## DISCUSIÓN

El vólvulo ocurre cuando un asa de intestino se retuerce alrededor de sí misma y del mesenterio que la sostiene, causando una obstrucción intestinal, como consecuencia el flujo de sangre disminuye lo que produce un intestino isquémico. El primer caso reportado de vólvulo en la literatura es de 1841 por Rokitansky lo describió como una causa de estrangulación intestinal.<sup>3,6</sup>

La distribución geográfica del vólvulo es variable con una mayor incidencia en Latinoamérica, África, Europa oriental, Escandinavia, Rusia, India y Pakistán, regiones que se conocen como el “Cinturón del Vólvulo”, donde la incidencia es hasta del 54% en comparación con las zonas de baja presentación, como son Norteamérica, Europa occidental y Australia, donde se presenta entre 3 al 5%.<sup>17</sup>

La frecuencia de vólvulo de colon transverso es baja (1-3%), siendo descrita por primera vez en 1932 por el Dr. Kallio, con un predominio masculino. En el caso de vólvulo de colon transverso, la tasa de mortalidad es del 33%, que es mucho más alta que la tasa de mortalidad en el vólvulo del colon sigmoide 21% o ciego 10%. Entre las causas mecánicas se incluyen obstrucción colónica distal, adherencias, una mala reposición del colon después de cirugía abdominal, aumento en la movilidad del colon derecho, vólvulo anterior del colon sigmoide, estenosis, carcinoma y alteraciones de la motilidad intestinal asociada con el embarazo. Las causas fisiológicas dieta rica en fibra y estreñimiento crónico, y como causas anatómicas tenemos fijación anormal al mesenterio y errores congénitos en la rotación del intestino medio.<sup>1,10,11.</sup>

La sintomatología clínica no es específica, incluye dolor abdominal, vómito, distensión

abdominal, obstrucción intestinal, fiebre. La distensión severa puede comprometer la respiración en un porcentaje de los pacientes que presenten esta patología.<sup>2,7</sup>

El diagnóstico de vólvulo de colon izquierdo recidivante es desafiante para el galeno dado su baja incidencia, y el vólvulo de colon transverso de igual manera dado que las características radiográficas no son específicas como lo suele ser en el vólvulo sigmoide (grano de café). De forma frecuente se suele encontrar en estudios radiográficos la presencia de un asa en forma de “U” invertida en el cuadrante superior izquierdo lo que puede sugerir el diagnóstico.<sup>12,13,14.</sup>

En el tratamiento de esta patología existe la posibilidad de una descompresión endoscópica pero el riesgo de recurrencia y la dificultad de las maniobras la convierten en una modalidad ineficaz y de peligrosidad, por lo que el tratamiento quirúrgico es el de elección. El manejo quirúrgico incluye detorsión abierta o laparoscópica con o sin colopexia, dado el riesgo de recurrencia se debe realizar una colectomía del segmento afectado. En el estudio de Ballantyne y colaboradores existió una mortalidad del 100% de los pacientes con vólvulo de colon recidivante a quienes solamente se les realizó una detorsión con pexia, sin resección intestinal.<sup>3,15.</sup>

La recurrencia del vólvulo de sigma en la literatura reporta que al realizar una resolución no quirúrgica es de aproximadamente el 67%, mientras que en el manejo endoscópico es de hasta el 46,2% el cual se asocia a diferentes factores para su éxito como son antecedentes de cirugía abdominal previa, y uso de laxantes, la recurrencia en la detorsión abierta es mucho menor de aproximadamente el 3%.<sup>18,19</sup>

## CONCLUSIONES

Ante la presencia de un abdomen obstructivo se debe sospechar en la presencia de un vólvulo dada la alta incidencia que se reporta en lugares por encima de los 3.000 metros de altura, de la misma manera una complicación de la

devolución es la recidiva dependiendo la técnica y factores de riesgo que presente el paciente.

## REFERENCIAS

1. Gingold D, Murrell Z. Management of Colonic Volvulus. *Clin Colon Rectal Surg.* diciembre de 2012;25(4):236-44.
2. Severiche D, Rincón R, Montoya A, Concha A. Vólvulo del colon transverso espontáneo: reporte de dos casos. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología.* 2016.
3. Bhimji SS, Cooper W. Volvulus. En: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2017. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441836/>*
4. Morgado GC, Correa CB, Cocco RM, Roth FB, Pezoa MEM. Vólvulo del colon transverso. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana.* 2013;43(4):31-3.
5. Sana L, Ali G, Kallel H, Amine B, Ahmed S, Mohamed Ali E, et al. Spontaneous transverse colon volvulus. *Pan Afr Med J [Internet].* 25 de abril de 2013;14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683526/>
6. Walczak A, Czerwinska M, Falek W, Trzeciak P. Volvulus of transverse colon as a rare cause of obstruction- a case report and literature review. *Department of General Surgery, John Paul II Memorial Hospital in Bełchatów.* 2013
7. Rokitsansky C. *Wien, Alemania: Braumüller u. Seidel; 1841. Handbuch der Pathologischen Anatomie. Vol. Yo, Anatomie.*
8. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *Journal of Visceral Surgery.* 1 de junio de 2016;153(3):183-92.
9. Grossmann E M, Longo W E, Stratton M D, Virgo K S, Johnson F E. Sigmoid volvulus in Department of Veterans Affairs Medical Centers. *Dis Colon Rectum.* 2000;43(3):414-418.
10. Valsdottir E, Marks JH. Volvulus: Small Bowel and Colon. *Clin Colon Rectal Surg.* mayo de 2008;21(2):91-3.
11. Sparks DA, Dawood MY, Chase DM, Thomas DJ. Ischemic volvulus of the transverse colon: A case report and review of literature. *Cases Journal.* 22 de septiembre de 2008;1:174.
12. Codina Cazador A, Farres Coll R, Olivet Pujol F, Pujadas de Palol M, Martín Grillo A, Gomez Romeu N, et al. Vólvulo de colon y recidiva del vólvulo: ¿qué debemos hacer? *Cir Esp.* :237-42.
13. Ballesteros Gómiz E, Torremadé Ayats A, Durán Feliubadaló C, Martín Martínez C, Caro Tarragó A. Malrotación-vólvulo intestinal: hallazgos radiológicos. *Radiología.* 1 de enero de 2015;57(1):9-21.
14. Scharl M, Biedermann L. A Symptomatic Coffee Bean: Acute Sigmoid Volvulus. *Case Rep Gastroenterol.* 22 de mayo de 2017;11(2):348-51.
15. Fung AT, Konkin DE, Kanji ZS. Malrotation with midgut volvulus in an adult: a case report and review of the literature. *J Surg Case Rep [Internet].* 10 de mayo de 2017;2017(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5441244/>
16. FRISANCHO, Oscar. "Dolicomegacolon Andino y Vólvulos Intestinales de Altura". *Revista de Gastroenterología del Perú.* 2008, vol 28, p. 248- 257.
17. Raveenthiran V, Madiba TE, Atamanalp SS, De U. Volvulus of the sigmoid colon. *Colorectal Disease.* 1 de julio de 2010;12(7Online):e1-17.
18. Al BS et. Comparison of two surgical techniques for resection of uncomplicated sigmoid volvulus: laparoscopy or open surgical approach? - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25262965>
19. Bruzzi M, Lefèvre JH, Desaint B, Nion-Larmurier I, Bennis M, Chafai N, et al. Management of acute sigmoid volvulus: short- and long-term results. *Colorectal Dis.* 1 de octubre de 2015;17(10):922-8.

