

Coordinador: Dr. Manuel de la Llata-Romero
Colaboradores: Dr. Juan Urrusti-Sanz
Dr. Jesús Aguirre-García
Dr. Roberto Sánchez-Ramírez

Hombre de 81 años con distensión abdominal, dolor, cólico difuso, náuseas e incapacidad para expulsar gases y evacuar

Evelyn Contreras-Jurado,^{a*} Erick Céspedes-Meneces,^b Gilberto Guzmán-Valdivia Gómez,^b Patricio Sánchez-Fernández^a

^aHospital de Especialidades del CMN Siglo XXI, IMSS;

^bHospital General de Zona No. 1 "Gabriel Mancera", IMSS, México, D. F. México

Presentación del caso

Hombre de 81 años de edad con antecedente quirúrgico de vólvulus de sigmoides, con sigmoidectomía y colo-coloanastomosis hace siete años.

Inicia su padecimiento actual cinco días previos a su ingreso, con incapacidad para canalizar gases y evacuar, distensión abdominal, dolor cólico difuso y náuseas, síntomas que persistían al acudir al Hospital General de Zona 1 Gabriel Mancera del IMSS.

Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, signos vitales con TA 130/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 90 por minuto, frecuencia respiratoria de 24 por minuto y temperatura de 37°C.

A la exploración física se encontraba consciente, orientado, sistema cardiopulmonar con ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares con murmullo vesicular presente. Abdomen distendido, timpánico, peristalsis disminuida, sin datos de irritación peritoneal.



Figura 1. Radiografía simple de abdomen que muestra imagen en grano de café.

Cuadro I. Exámenes de laboratorio

Hb.(g/dl)	12
Hto (%)	33
Leucocitos	10 400
Glucosa (mg/dl)	84
Cr (mg/dl)	1.3
Na	135
K	3.6

Se realizan pruebas de laboratorio (Cuadro I) y radiografías simples de abdomen (Figura 1 y Figura 2).

Se inició manejo conservador y se corrigió la torsión mediante colonoscopia. Durante el postoperatorio el paciente cursó con distensión abdominal, incapacidad para canalizar gases y dolor abdominal, por lo que se decidió realizar una intervención quirúrgica.

* Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dra. Evelyn Contreras-Jurado. Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI. IMSS. Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, 06725, México, D. F.

Durante la cirugía fue evidente la presencia de vólvulus de sigmoides de 60 cm de longitud y 12 cm de diámetro, con eje de torsión en hernia interna de mesenterio y colon transverso y descendente redundantes (figura 3).

Se realizó hemicolectomía izquierda reseccándose 130 cm, y posteriormente se efectuó coloproctoanastomosis.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, tolerando la ingesta de alimentos por lo que fue dado de alta.



Figura 2. Radiografía simple de abdomen, de pie, con dilatación de colon y nivel hidroaéreo

El vólvulus es una torsión intestinal sobre el mesenterio, que origina alteraciones en el flujo sanguíneo y para restaurarlo se requiere de descompresión intestinal. Se ha manejado de múltiples formas, desde la colocación de tubos o sondas, procedimientos inicialmente realizados por Bruusgaard en 1947 o bien mediante el proctoscopio rígido lográndose reducir la mortalidad.



Figura 3. Vólvulo de sigmoides.

Actualmente se considera a la descompresión del colon mediante colonoscopia como el tratamiento inicial; sin embargo la alta recurrencia del vólvulus (40-50%) justifica que se realice posteriormente el abordaje quirúrgico para evitar recidivas.

La sigmoidopexia, sigmoidoplastia, la extraperitonización de sigmoides y estomas, hasta la resección con anastomosis primarias, representan alternativas para el tratamiento quirúrgico; esta última es la más empleada, ya que cuenta con la menor tasa de recurrencia, sin embargo la mortalidad es aún del 14%.

Comentario

El paciente referido en este caso cursó con un cuadro de oclusión intestinal caracterizado por distensión, dolor abdominal y constipación. Las principales causas de oclusión intestinal dependen de la porción de intestino implicado. En el caso de ser una oclusión de intestino delgado, la principal causa es secundaria a adherencias y en segundo lugar a hernias. En casos de obstrucción del colon, el cáncer y la enfermedad diverticular son las más frecuentes.

En estos casos las radiografías simples de abdomen son de gran utilidad, ya que muestran dilatación importante del colon con engrosamiento de su pared sin gas en el ámpula rectal, lo que nos indica que la oclusión es a nivel de colon.

Por su edad avanzada el antecedente de cirugía previa por vólvulus y sobre todo por la imagen radiológica en "grado de café", "omega" y "u invertida", se consideran características de esta patología.

Bibliografía

1. **Akgin Y.** Mesosigmoidoplasty as Definitive Operation in Treatment of Acute Sigmoid Volvulus. *Colon & Rectum* 1996;39(5):579-581.
2. **Bhatnagar BN, Sharma CL.** Nonresective alternative for the Cure of Nongangrenous Sigmoid Volvulus. *Colon & Rectum* 1998;41(3):381-388.
3. **Caruso DM, Kassir AA.** Use of Trepine Stoma in Sigmoid Volvulus. *Colon & Rectum* 1996;39(11):1222-1226
4. **Chung RS.** Colectomy for Sigmoid Volvulus. *Colon & Rectum* 1997;40(3):363-365.
5. **Chung UF, EU KW.** Minimizing recurrence after sigmoid volvulus. *British Journal Surgery* 1999;86(2):231-233.
6. **Daniels IR, Lamparelli MJ.** Recurrent sigmoid volvulus treated by percutaneous endoscopic colostomy. *British Journal of Surgery* 2000;87(10):1419.
7. **Farij RM, Rigers M.** Surgical Workshop: Double Stapled Transabdominal Anastomosis for One-Stage Resection of acute Sigmoid Volvulus. *British Journal Surgery* 1997;84(3):83-84
8. **Grossmann EM, Longo WE.** Sigmoid Volvulus in Department of Veterans Affairs Medical Centers. *Colon & Rectum* 2000;43(3):414-418.
9. **Pinedo G, Kirberg A.** Percutaneous Endoscopic Sigmoidopexy in Sigmoid Volvulus with T-Fasteners: report of Two Cases. *Colon & Rectum* 2001;44(12): 1867-1869.
10. **Raventhiran V.** Emptiness of the left iliac fossa: a New clinical sign of sigmoid volvulus. *British Medical Journal*. 2000;79(900):638-641.