

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

“ EJERCICIO CLÍNICO. VÓLVULO DE SIGMOIDES RECURRENTE EN UN
HOMBRE DE 81 AÑOS”

Tesis que para obtener el título de Cirugía General presenta el Dr. Erick Eduardo
Céspedes Meneses.

Asesor:
Dr. Patricio Sánchez Fernández
Medico adscrito al servicio de Gastrocirugía
Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Dr. Antonio Castellanos Olivares
Jefe de la División de Educación en Investigación en Salud
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Dr. Roberto Blanco Benavides
Jefe del Servicio de Gastrocirugía
Profesor del curso de Cirugía General
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Patricio Sánchez Hernández
Asesor de Tesis
Medico adscrito al servicio de Gastrocirugía
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DELEGACION 3 SUROESTE D.F.
C.M.N. SIGLO XXI
HOSP. DE ESPECIALIDADES
RECIBIDO
29 SEP 2004
DIV. EDUCACION E INVESTIG. MEDICA

ÍNDICE

I. Resumen.....	4
II. Presentación del Ejercicio Clínico.....	5
III. Comentario.....	7
IV. Cuestionario	9
V. Anexo	
1. Figura 1.....	11
2. Figura 2.....	12
3. Figura 3.....	13
VI. Bibliografía.....	14

RESUMEN

El vólvulo es una torsión del intestino sobre sí mismo en su eje longitudinal y abarcando su pedículo vascular, se acompaña de obstrucción parcial o completa de la luz intestinal en ambos extremos, produciendo una asa cerrada. Produce del 1 al 7% de las oclusiones intestinales. Es el tipo de mas común de vólvulo colónico. Afecta principalmente pacientes ancianos y debilitados. Su mortalidad es del 10 al 15%, y 10% de los pacientes tiene perforación al momento de la presentación. Los factores predisponentes incluyen constipación crónica, cirugía abdominal previa, dieta alta en fibra y alteraciones anatómicas. El cuadro clínico es el de una oclusión intestinal.

Se presenta el caso de un paciente con vólvulo de sigmoides recurrente. Hombre de 81 años de edad con antecedente de resección de vólvulos de sigmoides con colocolo anastomosis hace 7 años. Ingresa en esta ocasión por dolor y distensión abdominal, náusea, incapacidad para evacuar y canalizar gases de cinco días de evolución. A su ingreso se encontró con signos vitales estables y a la exploración física demostró abdomen distendido, timpánico, peristalsis disminuida y sin datos de irritación peritoneal. Se efectuaron radiografías de abdomen con presencia de imagen en grano de café y niveles hidroaéreos. Se realizó diagnóstico de vólvulo de sigmoides, se descomprimió por colonoscopia y posteriormente se sometió a tratamiento quirúrgico: hemicolectomía izquierda y coloproctoanastomosis. El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Hombre de 81 años de edad con antecedente quirúrgico de vólvulo de sigmoides, manejado con sigmoidectomía y colocolo anastomosis 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 nauseas, mismos síntomas que persistían al acudir al Hospital General de Zona no.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.

Se realizan pruebas de laboratorio (cuadro 1) y radiografías simples de abdomen (figura 1 y figura 2).

Cuadro 1. 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 inició manejo conservador y se desvolvió al paciente por medio de colonoscopia. Evolucionó en el postoperatorio con distensión abdominal, incapacidad para canalizar gases y dolor abdominal, decidiéndose realizar manejo quirúrgico.

Durante la cirugía se tuvieron como hallazgos vólvulo de sigmoides de 60cm de longitud y 12cm de diámetro, eje de torsión en hernia interna de mesenterio, colon transverso y descendente redundantes (figura 3).

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

El paciente evolucionó hacia la mejoría, tolerando la ingesta de alimentos y se egresó posteriormente.

COMENTARIO.

El paciente referido en este caso curso con un cuadro de oclusión intestinal caracterizado por distensión, dolor abdominal, constipación. Las principales causas de oclusión intestinal dependen de la porción de intestino implicado. En caso de ser una oclusión de intestino delgado la principal causa es secundaria a adherencias y en segundo lugar a hernias; en la oclusión del colon la principal causa es consecuencia de cáncer y posteriormente a vólvulo o a enfermedad diverticular.

En este caso son de elevada trascendencia las radiografías simples de abdomen, ya que muestran dilatación importante del colon, engrosamiento de la pared del colon y no se observa gas en ampula rectal, lo que nos indica que la oclusión es a nivel de colon.

En pacientes de edad avanzada y por los antecedentes de cirugías previas de vólvulo y sobre todo por la imagen característica que se observa en la radiografía como “grano de café”, debe sospecharse dicha patología. Se han descrito otros signos radiológicos como “la omega”, la “u” invertida, en herradura, etc. se hace evidente el diagnóstico de vólvulo de colon sigmoides, que representa entre el 45% y el 80% de los vólvulos de colon y éste a su vez forma parte del 1 al 7 % de las oclusiones intestinales.

El vólvulo es una torsión intestinal sobre el mesenterio, que origina alteración del flujo sanguíneo y para restaurarlo se requiere descompresión intestinal. Se maneja en múltiples

formas, desde la colocación de tubos o sondas, procedimiento inicialmente realizado por Bruusgaard en 1947, con un proctoscopio rígido, con lo cual disminuyó la mortalidad a 14%, ya que anteriormente era del 91% con la realización de tratamiento quirúrgico en primera instancia.

Actualmente con el advenimiento de la endoscopia se considera que debe realizarse inicialmente la descompresión del colon mediante colonoscopia, sin embargo la alta recurrencia del vólvulo (40-50%) implica que se realice posteriormente un procedimiento quirúrgico.

Se han desarrollado muchas técnicas desde la sigmoidopexia, sigmoidoplastia, técnica de extraperitonización de sigmoide y estomas, hasta la resección con anastomosis primaria. Siendo esta última la más realizada ya que cuenta con la menor tasa de recurrencias, sin embargo, aún se alcanza un 14% de mortalidad.

CUESTIONARIO.

1. ¿Qué es el vólvulo de sigmoides?
 - a) Es una torsión axial del colon sigmoides sobre su pedículo vascular (mesenterio).
 - b) Es un plegamiento sobre su mismo eje.
 - c) Es una dilatación importante del colon sin obstrucción.
2. ¿Qué porcentaje de casos con obstrucción intestinal son secundarios a la presencia del vólvulo de sigmoides?
 - a) Del 20% al 30%.
 - b) Del 1% al 7%.
 - c) Del .001 al .03%
3. ¿Cuál es la recurrencia del vólvulo de sigmoides, si es tratado únicamente con descompresión por endoscopia?
 - a) Es mínima del .01%
 - b) Es del 40% al 50% y algunos autores reportan recurrencias del 50 al 90%.
 - c) Es del 5 al 10%
4. ¿Cómo se realiza, primordialmente el diagnóstico del vólvulo de sigmoides?
 - a) Mediante la presentación del cuadro clínico y radiografías simples o con contraste de abdomen
 - b) Solo es importante los estudios radiológicos ya que no hay correlación clínica
 - c) El mejor método de diagnóstico se realiza mediante ecografía
5. ¿Cuál es la mortalidad que se presenta en los pacientes con vólvulo de sigmoides?
 - a) Es del 80 al 90%
 - b) Es del 10 al 15%, aunque en algunos reportes se menciona que es hasta del 46%
 - c) Es del .03 al 1%

6. ¿En qué casos se puede considerar apropiada la realización de colostomía percutánea por endoscopia, posterior a la descompresión por endoscopia?
- En pacientes con vólvulo de sigmoides recurrente, en quienes la resección con anastomosis primaria se considere poco segura, como por ejemplo con edad avanzada con enfermedad multisistémica crónica con riesgo elevado de mortalidad o morbilidad (fuga en la anastomosis, sepsis, etc.)
 - En todos los pacientes ya que disminuye la mortalidad
 - En ningún paciente aun cuando se encuentre hemodinámicamente inestable, siempre se debe realizar resección del vólvulo y anastomosis primaria.
7. ¿Qué signos radiológicos se pueden encontrar en pacientes con vólvulo de sigmoides?
- No existe ningún signo específico del vólvulo de sigmoides.
 - Se han descrito varios signos, entre los cuales se encuentra el de “la omega” ó “u” invertida, el “grano de café” y la herradura.
 - El engrosamiento de la pared del colon sigmoides con importante dilatación del colon son datos patognomónicos del vólvulo de sigmoides.
8. ¿Cuáles son algunos de los diagnósticos diferenciales del vólvulo de sigmoides?
- Carcinoma colorectal, la enfermedad de Hirshsprung, la Enfermedad de Ogilvie,
 - Pancreatitis, Úlcera péptica, divertículo del colon gigante.
 - Megacolon tóxico, Síndrome de intestino corto, Enfermedad inflamatoria intestinal.
9. ¿Qué procedimiento quirúrgico se recomienda en pacientes con megacolon o megarecto concomitantes al vólvulo de sigmoides?
- Solo realizar sigmoidopexia.
 - La colecto mía subtotal, para reducir el riesgo de recurrencias.
 - Colostomía
10. ¿Cuál es el tiempo recomendado que se debe esperar entre la descompresión por endoscopia y la realización de tratamiento quirúrgico del vólvulo de sigmoides?
- Inmediatamente después de realizar la endoscopia
 - Entre 48 y 72 horas para permitir que el paciente mejore su condición cardiovascular, pulmonar y renal.
 - No se aconseja realizar descompresión por endoscopia, solo debe realizarse el tratamiento quirúrgico mediante resección del vólvulo de sigmoides y anastomosis primaria.

ANEXO



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

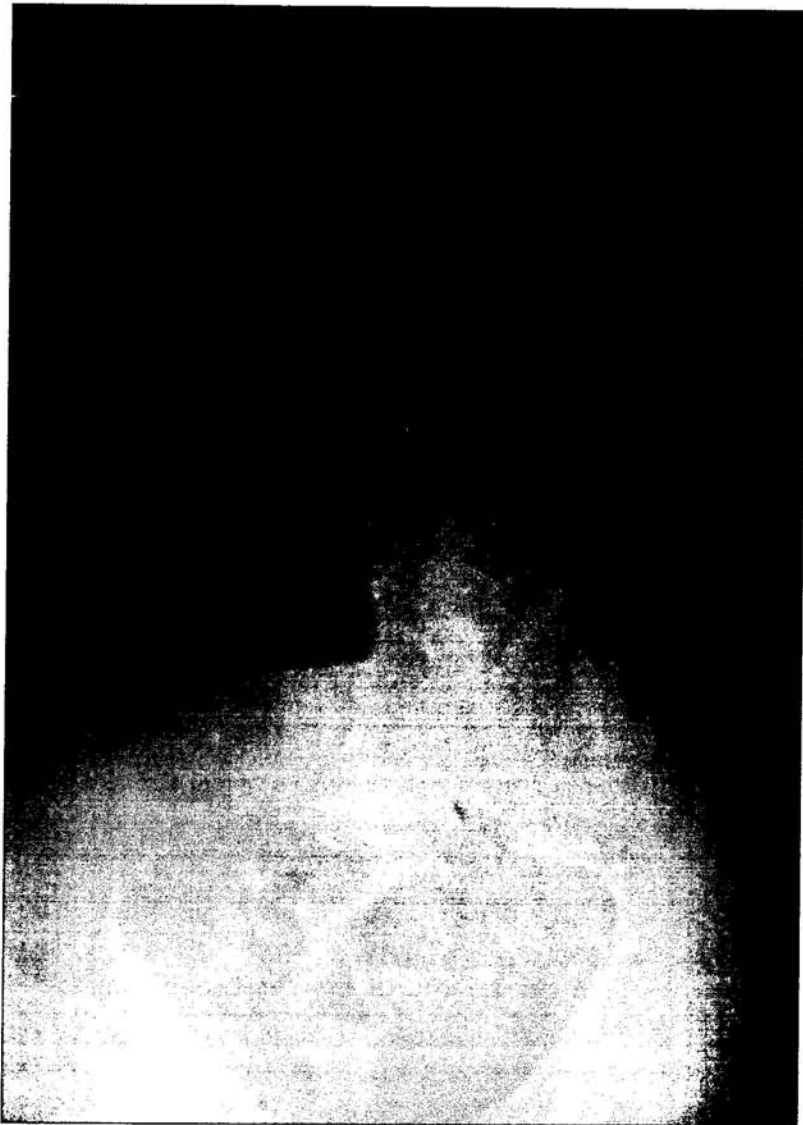


Figura 2. Radiografía simple de abdomen de pie con dilatación de colon y nivel hidroaéreo.



Figura 3. Vólvulo de Sigmoides.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Akgin Y. Mesosigmoplasty 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 Volvuus. *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. *Brithis Journal of Surgery*. 2000; 87(10): 1419.
7. Fariyj RM Rigers M. Surgical Workshop: Double Stapled Transabdominal Anastomosis for One-StaeResection 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.