



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PACIENTES ADULTOS CON
VÓLVULO INTESTINAL EN EL HOSPITAL ESPAÑOL. EXPERI-
ENCIA DE 10 AÑOS**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA GENERAL**

**PRESENTA:
DR. OMAR ALBERTO PÉREZ BENÍTEZ**

**ASESOR:
DR. JORGE FERNÁNDEZ ÁLVAREZ**

CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO A 23 DE OCTUBRE DE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PACIENTES ADULTOS CON VÓLVULO INTESTINAL EN EL HOSPITAL ESPAÑOL. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.

OMAR ALBERTO PEREZ BENITEZ^{1*}, JORGE FERNÁNDEZ ÁLVAREZ^{1,2}

1 Departamento de Cirugía Gastrointestinal, Hospital Español de México, México.

2 Profesor Titular de la Especialidad en Cirugía General del Hospital Español de México, México.

***Correspondencia:**

Dr. Omar Alberto Pérez Benítez

e-mail: perezbenitezomar@gmail.com



HOSPITAL ESPAÑOL

RESUMEN

Antecedentes: El vólvulo intestinal (de *volvo*, y éste del latín *volvere*, revolver, voltear) es la torsión o rotación axial de un segmento del intestino sobre el mesenterio que ocasiona oclusión al tránsito intestinal y compromiso vascular. Los sitios más comunes de presentación de un vólvulo intestinal son el colon sigmoidees y el ciego [1-4]. El vólvulo de otras porciones del tracto digestivo como el estómago, la vesícula biliar, el intestino delgado, la flexora esplénica y el colon transverso, son muy raros. Es una patología común de la edad pediátrica, especialmente durante el primer mes de vida. Sin embargo, su presentación en adultos es una condición sumamente rara y que puede ser pasada por alto, lo cual puede estar asociado a un pobre pronóstico debido a isquemia intestinal y sus complicaciones [5-6].

Material y métodos: Realizamos una revisión de todos los casos de oclusión intestinal que presentaban características clínicas sugestivas de vólvulo intestinal, los cuales se presentaron al servicio de urgencias de nuestro hospital entre los años 2008 y 2018. Todos los casos de vólvulo intestinal fueron confirmados por estudios de imagen tales como rayos X y tomografía axial computarizada (TAC), asimismo se realizaron exámenes de laboratorio a todos los pacientes. Todos los casos fueron resueltos con cirugía abdominal de urgencia.

Resultados: Entre los años de 2008 y 2018 tuvimos un total de 16 casos de vólvulo intestinal, un caso de vólvulo gástrico y un caso de vólvulo de vesícula biliar, los últimos dos no fueron incluidos en este estudio. Los rangos de edad de presentación fueron de 38 a 94 años. Se presentaron 12 casos en mujeres y 4 casos en hombres. No tuvimos mortalidad asociada. Los sitios de presentación fueron 8 casos en el ciego, 7 casos en el colon sigmoidees y 1 caso en el íleon terminal.

Conclusiones: _____

INTRODUCCIÓN.

El vólvulo intestinal (de *volvo*, y éste del latín *volvere*, revolver, voltear) es la torsión o rotación axial de un segmento del intestino sobre el mesenterio que ocasiona oclusión al tránsito intestinal y compromiso vascular. La descripción original fue realizada por Rokitansky en 1837 como causa de estrangulación

intestinal [1]. Los sitios más comunes de presentación de un vólvulo intestinal son el colon sigmoidees y el ciego [2-5]. El vólvulo de otras porciones del tracto digestivo como el estómago, la vesícula biliar, el intestino delgado, la flexura esplénica y el colon transversal, son muy raros. Es una patología común de la edad pediátrica, especialmente durante el primer mes de vida. Sin embargo, su presentación en adultos es una condición sumamente rara y que puede ser pasada por alto, lo cual puede estar asociado a un pobre pronóstico debido a isquemia intestinal y sus complicaciones [6-7]. La mortalidad global está relacionada con la presencia o ausencia de gangrena y con el tipo de cirugía, (electiva o urgente), y es independiente del procedimiento elegido. En cirugía de urgencia la mortalidad reportada es del 7 al 15% cuando el intestino se encuentra viable, y del 41% en presencia de gangrena. La mortalidad en cirugía electiva es baja [8].

En el presente estudio se analiza la experiencia obtenida en el manejo de pacientes con vólvulo intestinal estudiados en los últimos 10 años en el Hospital Español de México, con el objetivo de determinar el segmento anatómico del colon afectado, la presencia de complicaciones relacionadas al vólvulo en el momento de la intervención quirúrgica, analizar los resultados de morbilidad operatoria y recurrencia del vólvulo, así como determinar la existencia de factores de riesgo para morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, en el Hospital Español de 16 pacientes atendidos con el diagnóstico de vólvulo intestinal, durante el periodo comprendido entre enero de 2008 hasta diciembre de 2018. Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes cuyos datos estuvieron disponibles a través de su expediente clínico.

Las variables independientes analizadas de manera estadística descriptiva fueron: la edad, el sexo, signos y síntomas, tiempo de evolución, procedimientos de diagnóstico, tratamiento no quirúrgico (colon por enema, rectosigmoidoscopia, colonoscopia), procedimientos quirúrgicos de urgencia, complicaciones y morbilidad.

RESULTADOS

De los 16 casos incluidos en este trabajo, 12 correspondieron al sexo femenino y 4 al sexo masculino, existiendo un predominio del sexo femenino 3 a 1. El rango de edad varió de 38 a 94 años, con una edad promedio de ____ años.

La totalidad de los 16 pacientes se presentó con (distensión abdominal, dolor abdominal, constipación, imposibilidad para canalizar gases, vómito), en tantos enfermos se presentó (distensión abdominal, dolor abdominal, constipación, imposibilidad para canalizar gases, vómito) ***poner porcentajes***

En todos los casos*** (verificar con expedientes)*** se realizaron radiografías simples de abdomen con el paciente en posición de bipedestación y en decúbito supino, encontrándose datos de oclusión intestinal en ***tantos de ellos***.

****Tantos**** pacientes fueron manejados de manera inicial mediante reposición hidroelectrolítica y colocación de sonda nasogástrica. ****verificar****

En ****tantos*** pacientes se requirió tratamiento quirúrgico de urgencia (poner porcentaje), en tanto que en *tantos* pacientes se pudo realizar tratamiento no quirúrgico del vólvulo (poner porcentaje y verificar información). En *tantos* casos el tratamiento no quirúrgico se realizó con colonoscopia, en *tantos* con rectosigmoidoscopia y en *tantos* mediante colon por enema. El tiempo de evolución de los pacientes en los que se intentó el tratamiento no quirúrgico fue de _____ horas en promedio y en ninguno de los casos hubo sospecha de necrosis o perforación del asa volvulada.

De los pacientes a los que se realizó cirugía de urgencia, a *tantos* se les realizó ***sigmoidectomía/cecostomía/hemicolectomía/pexia/+ bolsa de Hartmann/+ anastomosis primaria**. Ningún paciente sometido a cirugía falleció por lo cual reportamos una mortalidad de 0%. *tantos* pacientes presentaron complicaciones postoperatorias *necrosis/deshiscencia/absceso*, teniendo una morbilidad de _____%.

De los pacientes a los cuales se realizó tratamiento no quirúrgico inicial, fueron programados tantos para tratamiento quirúrgico definitivo el cual consistió en ***sigmoidectomía/cecostomía/hemicolectomía/pexia/+ bolsa de Hartmann/+ anastomosis primaria**.

DISCUSIÓN

La incidencia de vólvulo cecal es de 2.8 a 7.1 personas por millón por año. Es responsable del 1 al 1.5% de todas las obstrucciones intestinales en el adulto. Se estima que su incidencia aumenta un 5.53% por año, mientras que la incidencia del vólvulo sigmoideo se mantiene estable. El vólvulo cecal es común en mujeres jóvenes. Por el contrario, el vólvulo sigmoideo es frecuente en hombres mayores de 70 años. [8-9]. Se han descrito varios factores predisponentes, entre ellos: el estreñimiento crónico, tumores abdominales, embarazo, cirugía abdominal previa (23 a 53% de los casos), inmovilidad prolongada, ingesta alta de fibra, íleo paralítico y antecedente de colonoscopia. [10].

En nuestro país es una causa frecuente de obstrucción intestinal, después del cáncer y la enfermedad diverticular, siendo la tercera causa más frecuente de obstrucción colónica. **** (revisar este dato). Esta patología es más común en Europa oriental, India y África donde se presenta hasta en el 50% de las causas de obstrucción colónica, mientras que en Estados Unidos y el Reino Unido se presenta hasta en el 4% de los casos de obstrucción colónica [11]. **** (revisar este dato).

Los factores pronósticos más importantes para los pacientes con vólvulo intestinal son la viabilidad intestinal y la edad, factores que a su vez son fundamentales en la elección del tratamiento. [12].

La presentación clínica va desde episodios de dolor abdominal intermitente hasta la catástrofe abdominal; esto depende del patrón, gravedad y duración de la obstrucción intestinal. El dolor abdominal asociado con náuseas, vómito y distensión abdominal es reportado como el síntoma más común [10].

CONCLUSIONES

A high index of suspicion is needed to diagnose malrotation of the gut in adults. This condition should be suspected in patients with recurrent episodes of abdominal pain and bilious vomiting with no history suggestive of tuberculosis or any history to support an adhesive cause. In the emergency setting, an ultrasound looking for the reversed relation of superior mesenteric vessels can be very useful. Timely diagnosis will prevent the deadly complications of this disease. (5)

BIBLIOGRAFÍA

1. Rokitsansky C. Intestinal strangulation. Arch Gen Med. 1837; 14:202-4.
2. Ballantyne GH, Brandner MD, Beart RW Jr, Ilstrup DM. Volvulus of the colon. Incidence and mortality. Ann Surg 1985; 202:83.
3. Friedman JD, Odland MD, Bubrick MP. Experience with colonic volvulus. Dis Colon Rectum 1989; 32:409.
4. Hiltunen KM, Syrjä H, Matikainen M. Colonic volvulus. Diagnosis and results of treatment in 82 patients. Eur J Surg 1992; 158:607.
5. Pählman L, Enblad P, Rudberg C, Krog M. Volvulus of the colon. A review of 93 cases and current aspects of treatment. Acta Chir Scand 1989; 155:53.
6. Bhatia S, Jain S, Singh C B, et al. (March 12, 2018) Malrotation of the Gut in Adults: An Often Forgotten Entity. Cureus 10(3).
7. Kotobi, H., Tan, V. & Parc, Y. Int J Colorectal Dis (2016) 31: 1373.
8. Moisés Marino Ramírez-Ramírez, Eduardo Villanueva-Sáenz, Gustavo Ramírez-Wiella-Schwuchow. Colectomía derecha laparoscópica electiva por vólvulo cecal: reporte de un caso y revisión de la literatura, Cirugía y Cirujanos, Volume 85, Issue 1, 2017, Pages 87-92.
9. Halabi WJ, Jafari MD, Kang CY, Nguyen VQ, Carmichael JC, Mills S, et al. Colonic volvulus in the United States: Trends, outcomes, and predictors of mortality. Ann Surg 2014;259:293-30.
10. Hasbahceci M, Basak F, Alimoglu O. Cecal volvulus. Indian J Surg. 2012;74(6):476-9.
11. Rodríguez-Wong U, Badillo BA, Cruz RJM, Roveló LE. Vólvulo de sigmoides en el Hospital Juárez de México: 20 años de experiencia. Enfermedades del Ano, Recto y Colon 2006; 12 (3)
12. Remes-Troche JM, Pérez-Martínez C, Rembis V, Arch Ferrer J, Ayala González M, Takahashi T. Surgical treatment of colonic volvulus. 10-year experience at the Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Rev Gastroenterol Mex. 1997 Oct-Dec;62(4):276-80.