

Diagnóstico y tratamiento del vólvulo del colon sigmoide

Dres. GONZALO ESTAPE y HUMBERTO VIOLA NUÑEZ *

INTRODUCCION

La gravedad de la patología a que nos referimos, la escasa frecuencia de su presentación en nuestro medio y el hecho de haber vivido directamente cuatro casos en los últimos meses, nos ha llevado a profundizar en el conocimiento del tema, analizando cada uno de los pacientes tratados en la clínica en que actuamos, y revisar la bibliografía nacional e internacional sobre el mismo.

En efecto, la incidencia actual del vólvulo sigmoideo, es del 0,16 % de los enfermos que ingresaron al Hospital de Clínicas (2, 10) y del 0,30 % de los del Hospital Pasteur.

Las cifras son sensiblemente inferiores a las del norte de la República, donde el megacolon chagásico es un factor decisivo en la etiopatogenia de la afección.

Como causa de oclusión de colon, el vólvulo sigmoideo está presente en un 12 % de los casos (2), frente al 6 % de los de ciego.

En cuanto a la gravedad del pronóstico, nos remitimos a cifras ya publicadas, donde la mortalidad oscila entre el 27,5 % (2) y 34,7 % (10), a lo que agregamos 4 muertes de los 7 casos por nosotros analizados.

No pretendemos hacer un exhaustivo tratamiento del tema, sino simplemente presentar nuestras 7 observaciones con su documentación respectiva y realizar algunas consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

En nuestro medio, se han ocupado del tema varios autores a quienes citamos (1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 18).

CASUISTICA

Obs. N° 1.— Enfermo de 45 años, que desde hace 3 días presenta estreñimiento, dolores cólicos abdominales intensos, vómitos biliosos y distensión abdominal. A.P.: estreñimiento crónico.

Adjunto y Residente de Cirugía, Fac. Med. Montevideo.

Presentado el 19 de noviembre de 1972.

Examen: buen estado general. Pulso de 100 p.m.; P.A.: 17/10; enorme distensión abdominal asimétrica, a predominio en epigastrio e hipocondrio derecho; se ven movimientos de reptación lentos; se auscultan ruidos de timbre metálico; hipersonoridad, salvo en hipoepigastrio, donde hay matidez.

La radiografía simple muestra gran distensión del asa colónica que ocupa el hemiventre superior y niveles. El colon por enema presenta una interrupción de la columna baritada formando un espiral.

Se diagnostica vólvulo de sigmoide y se interviene, comprobándose una torsión de 270° en sentido horario; el asa es de 1 m. de longitud y de 10 cm. de diámetro, viable; se hace resección de la misma con abocamiento de los dos cabos colónicos, suturados en caño de escopeta.

Obs. N° 2.— Enferma de 18 años, que desde hace 12 horas presenta un síndrome de lucha abdominal y hace 8 horas, un vómito abundante. Examen: mal estado general; pulso de 120 p.m.; PA: 10/6; distensión abdominal asimétrica, dolor difuso, escasos ruidos hidrogaseosos; el tacto rectal revela un Douglas doloroso.

La radiografía simple muestra una oclusión de colon.

Se interviene con diagnóstico de vólvulo sigmoideo; se comprueba una torsión de 180° de un asa cianótica, que se recolorea al destorcerla; se reseca dejando los dos cabos pinzados y exteriorizados.

Obs. N° 3.— Hombre de 38 años, que comienza diez días antes del ingreso con dolor cólico, intenso en región periumbilical y flanco derecho, que luego se generaliza, diarrea, vómitos, escalofríos y distensión abdominal progresiva; no expulsó gases ni materias en las últimas 24 hs. Examen: abdomen con distensión asimétrica, predominando en epigastrio e hipocondrio izquierdo, tenso y doloroso a la palpación; se auscultan ruidos hidrogaseosos; el tacto rectal comprueba materias negras.

La radiografía simple comprueba oclusión de colon

Se interviene con diagnóstico de vólvulo sigmoideo, comprobándose un megasigmoide con una torsión de 360°; se devolvula y fija al peritoneo posterior.

Obs. N° 4.— Enfermo de 31 años, que desde hace 4 días presenta dolor epigástrico, vómitos de alimentos, hipo y distensión abdominal; el tránsito intestinal

es normal. Examen: gran distensión a predominio supraumbilical; timpanismo difuso; dolor a la compresión en epigastrio; se auscultan abundantes ruidos hidrogaseosos; el tacto rectal comprueba materias blandas en la ampolla.

La radiografía simple muestra enorme distensión de víscera hueca (colon o estómago) que ocupa la logia subfrénica izquierda. En el gastroduodeno el estómago está desplazado a derecha y hay un buen pasaje a duodeno. El colon por enema muestra la detención del bario a nivel del sigmoide, con imagen en "cabeza de serpiente".

Se interviene con diagnóstico de vólvulo sigmoideo, comprobándose megasigmoide con torsión de 180° en sentido antihorario; se devolvula y fija al peritoneo parietal posterior.

Obs. Nº 5.—Enfermo de 30 años, demente internado en el Hospital Vilardebó, que hace 4 días presenta dolor abdominal, y que desde hace 3 no expulsa materias ni gases. Examen: distensión abdominal asimétrica a predominio en epigastrio y fosa iliaca izquierda; se observan movimientos de reptación lentos; ampolla rectal vacía al tacto.

La radiografía simple, muestra un asa muy distendida con nivel hidrogaseoso y gran burbuja de aire; colon derecho muy distendido por gas.

Se opera con diagnóstico de vólvulo sigmoideo comprobándose una rotación de 270° en sentido antihorario; bridas fibrosas en el pie del asa; colon derecho muy distendido. Se realiza resección del asa, y anastomosis terminoterminal en dos planos.

Obs. Nº 6.—Enferma de 36 años, que estando internada por crisis epiléptica presenta bruscamente intenso dolor abdominal difuso a predominio en la fosa iliaca izquierda; última deposición hace pocas horas. Examen: buen estado general; distensión abdominal moderada; dolor difuso a la palpación; abdomen depresible.

La radiografía simple muestra asa dilatada y niveles.

Se interviene con diagnóstico de vólvulo sigmoideo, comprobándose torsión de 180° en sentido horario; cólicosigmoide con paredes sanas. Se devolvula y fija al peritoneo parietal posterior.

Obs. Nº 7.—Enferma de 82 años, diabética, internada en casa de salud, que desde hace días (no se sabe cuántos) presenta dolor abdominal, vómitos actualmente porráceos y detención de materias y gases. Examen: palidez, grave estado; lengua asada; PA: 10/5; distensión abdominal asimétrica; defensa. El tacto rectal comprueba un Douglas doloroso.

La radiografía simple muestra importante neumoperitoneo, asa muy dilatada y algunos gases en el yeyunoíleon.

Se opera con diagnóstico de peritonitis por perforación de vólvulo sigmoideo, comprobándose la misma en el pie del asa; peritonitis fecaloidea generalizada; diverticulosis colónica. Se realiza operación de Hartmann.

DIAGNOSTICO

Es ya por todos conocido, que el diagnóstico se basa en la clínica y la radiología.

a) Clínica:

—Antecedentes: es posible hallar alteraciones previas del tránsito intestinal, como estreñimiento crónico o crisis suboclusivas, como hemos visto en el caso número uno.

—Tiempo de evolución: en general se trata de un cuadro agudo o subagudo, mediando un lapso de tiempo que va, en nuestros casos, de 12 hs. a 10 días entre el inicio y la internación.

—Entre los síntomas y signos a tener en cuenta se destaca el dolor, que estuvo presente en todos los casos analizados, aunque con características disímiles, ya que en 3 eran de tipo cólico y en los otros 4, continuo; asimismo fue constante la distensión abdominal asimétrica, pero no la detención para materias y gases como hemos visto en la observación número 4; los vómitos se vieron en todos menos en la observación número 5. Como elemento físico de fundamental importancia para el diagnóstico, señalamos los movimientos de reptación, hecho no frecuente, presentes en las observaciones números 1 y 5. Irritación peritoneal hubo sólo en el caso número 7 debido a la perforación del asa volvulada.

b) *Radiología:* El estudio radiológico del abdomen podrá mostrar algunos de estos elementos (1,5,13): asa en arco a desarrollo ascendente, lo más ordinariamente mediana; puede ser enmascarada por la oclusión del colon suprayacente, y más aún si hay participación yeyunoíleal. También pueden verse complicaciones peritoneales por perforación, con el correspondiente neumoperitoneo (observación número 7).

c) Hay autores que citan a la rectosigmoidoscopia como otro elemento de valor en el diagnóstico, pero no tenemos experiencia al respecto.

Finalmente diremos que el diagnóstico correcto de vólvulo sigmoideo, se hizo en todos los casos.

TRATAMIENTO

Todos los casos fueron operados, pues se realizó previamente el diagnóstico de vólvulo sigmoideo, y creemos que una vez hecho el mismo, la intervención quirúrgica se impone.

No desconocemos que en circunstancias especiales puedan utilizarse métodos incruentos, como la intubación rectosigmoidea con o sin laparotomía complementaria, y aun los enemas, pero consideramos oportuno realizar la intervención siempre que ésta sea posible. La razón de esta aseveración, es que se trata de una oclusión-estrangulación, cuyas posibilidades evolutivas son bien conocidas.

La resección es, sin duda, el procedimiento adecuado, pues no sólo soluciona la complicación, sino que también actúa sobre la etiología (dólico o megasigmoide) impidiendo futuros vólvulos.

Puede ser de necesidad, cuando ya el asa presenta necrosis de sus paredes, como sucedió en nuestro caso número siete, o bien de elección como en los enfermos 1, 2 y 5.

El tránsito intestinal puede restablecerse en el mismo acto operatorio, como en nuestro caso número 5, o bien abocarse los dos cabos a la piel como en los números 1 y 2, o uno de ellos como el número siete.

Sin duda, el ideal es la resección y restablecimiento de la continuidad, pues resulta la

intervención definitiva y única, aunque puede correrse el riesgo de la dehiscencia de la sutura con sus graves consecuencias.

La evolución de nuestro único caso así solucionado, fue excelente, dado que se trataba de un paciente que gozaba de un buen estado general, con asa en buenas condiciones, de gruesa pared y luz amplia, y con un megarrecto, lo que posibilitó una segura anastomosis en dos planos.

La exteriorización de los dos cabos colónicos, permite la normalización del tránsito intestinal y otorga el tiempo suficiente para que la viscera vuelva a su estado normal, y así reintervenir en mejores condiciones.

El único caso tratado con la operación de Hartmann, fue de necesidad, pues la necrosis abarcaba una extensa zona, lo que no permitía exteriorizar el cabo inferior, que debió ser cerrado y abandonado en la pelvis.

La destorsión del asa con fijación al peritoneo parietal posterior, es sin duda el tratamiento más simple y mejor tolerado, pero creemos que debe ser la etapa previa a la resección del asa, pues la recidiva del vólvulo es muy frecuente en estos casos. Dicho procedimiento fue practicado en nuestros casos 3, 4 y 6, dos muy recientes y uno que falleció a los diez días de la intervención, por lo que no fueron sometidos ninguno de ellos al tratamiento definitivo.

Se puede agregar a la resección con restablecimiento de la continuidad la colostomía o cecostomía; no se han practicado en ninguno de los casos.

Finalmente diremos, que el tratamiento profiláctico es muy importante en zonas de infestación chagásica como el norte de nuestro país, ya que el megacolon está presente en un importante número de vólvulos, pero no lo hemos visto en ninguno de nuestros pacientes, aun cuando fueron investigados con la reacción de Guerreiro-Machado.

EVOLUCION

Tres de nuestros casos evolucionaron favorablemente, falleciendo los cuatro restantes por las siguientes causas:

—El número 1 por descompensación cardiovascular a las 36 horas de la operación (no se hizo autopsia).

—El número 2 falleció a los 30 minutos de la intervención, por razones ajenas a la terapéutica quirúrgica realizada.

—El número 3 presentó una peritonitis por perforación del asa volvulada, la que en el acto operatorio impresionaba como viable, y en el que se realizó sólo la destorsión.

—El caso número siete se trataba de una paciente de 82 años, diabética, con grave estado general, portadora de una peritonitis fecaloidea por perforación del pie del asa volvulada.

Podemos concluir entonces, que ninguna de las muertes tuvo relación con la técnica empleada, ya que se realizó la destorsión y fijación en 1 caso, la operación de Hartmann en otro, y la resección con exteriorización de los dos cabos colónicos, en los dos restantes.

RESUMEN

Se hace notar la rareza y gravedad del vólvulo sigmoideo: se presentan siete observaciones con su documentación respectiva y se realizan consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

RÉSUMÉ

L'auteur fait remarquer la rareté et la gravité du volvulus sigmoïde et présente 7 observations accompagnées de la documentation correspondante, et formule des considérations diagnostiques et thérapeutiques.

SUMMARY

Sigmoid volvulus is rare and extremely serious; the author presents 7 cases with corresponding documentation and discusses diagnosis and therapy.

BIBLIOGRAFIA

1. ARIAS-BELLINI, M. Vólvulo del asa sigmoidea; su expresión radiológica. *An. Fac. Med. Montevideo*, 33: 479, 1948.
2. BOSCH DEL MARCO, L. Vólvulo del sigmoide. *IV Congreso Latinoamericano y I Congreso Peruano de Proctología*. Lima, 40, 1969.
3. BOTSFORD, T. W., HEALEY, S. J. and VEITH, F. Volvulus of the colon. *Am. J. Surg.*, 114: 900, 1967.
4. CHIFFLET, A. Vólvulo de sigmoide. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 5: 282, 1934.
5. CURUCHET, E. Roentgen diagnóstico de la urgencia quirúrgica del colon. *XXI Congr. Urug. de Cirugía*. 1970.
6. GARRIZ, R., STESCOBICH, D. y DONADIO, R. Vólvulo sigmoideo. *I Congr. Urug. de Proctología*. III: 1092, 1963.
7. GOMEZ-GOTUZZO, F. Megacolon y sus complicaciones. *I Congr. Urug. de Proctología*, III: 1068, 1963.
8. GRILLE-CENDAN, V. Vólvulo del sigmoide. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, I: 275, 1930.
9. MAINGOT, R. Operaciones abdominales. Ed. Méd. Panam. 1966.
10. PERTUSSO, J. C. Urgencia en cirugía de colon. *XXI Congr. Urug. de Cirugía*. 1970.
11. PIQUINELA, J. A. Vólvulo de sigmoide. *An. Fac. Med. Montevideo*, 39: 21, 1954.
12. PRADERI, R. C. Vólvulos sucesivos de ciego y sigmoide. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 32: 285, 1961.
13. PRAT, D. Ileo. Palacio del Libro. 1932.
14. TEJERINA-FOTHERINGHAM, W. Operaciones urgentes. Ed. El Ateneo. 1942.
15. TROSTCHANSKY, J. Vólvulo de sigmoide. Conducta quirúrgica a propósito de un caso. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 37: 191, 1967.
16. TURELL, R. Enfermedades del ano, recto y colon. Ed. Beta. 1962.
17. URIBURU, J. Obstrucción intestinal aguda. *XXXI Congr. Arg. Cirugía*. Buenos Aires. 1960.
18. VALLS, A., BALBOA, O. y TROSTCHANSKY, J. Estrangulación intestinal. *Rev. Cir. del Uruguay*, 40: 319, 1970.

DISCUSION

DR. VALLS.— Me felicito de haber escuchado estas dos comunicaciones porque éste es un tema que hemos aprendido muy bien cuando estábamos en la Clínica del Dr. Del Campo con el Profesor Piquinela y después hemos tenido oportunidad de ver enfermos que presentaron estos cuadros, amén de que algunos que fueron presentados en la comunicación fueron vistos por nosotros también.

Como resaltaba el Profesor Piquinela en los vólvulos de sigmoide hay una oclusión doble en el colon, hay una oclusión en el mismo vólvulo y una oclusión del colon, lo que se ve radiológicamente porque el enfermo, presenta y se ve en las placas, dos asas o los pies de dos asas y además lo que corresponde a la oclusión del colon derecho, es decir, que hay tres zonas de niveles, distinto a como se ve por ejemplo en el vólvulo de ciego, donde se encuentran dos niveles nada más.

Con respecto a la radiología, muchas veces uno se encuentra con esa radiología, pero a veces, en la placa de abdomen es muy difícil hacer el diagnóstico, porque en una circunstancia hace poco, hubo un enfermo, un débil mental en el Hospital de Clínicas en que había sido vencida la válvula ileocecal y tenía gran cantidad de niveles de delgado que ocultaba completamente la imagen del sigmoide. Tanto la ocultaba que alguien preguntó si no podía ser un vólvulo de sigmoide. Se le dijo que lo único que no podía ser era un vólvulo de sigmoide. Era un vólvulo de sigmoide, para demostrar que nunca hay que decir lo único que no puede ser.

En otras circunstancias puede no verse la imagen típica y hacerse el diagnóstico por el colon por enema. Esto pasa si hay lesiones irreversibles del asa volvulada que puede estar totalmente llena de líquido y sin gases. Nosotros, cuando hace dos o tres años presentamos a la Sociedad de Cirugía el problema de estrangulación intestinal, entre los casos presentados mostrábamos un enfermo que tenía un vólvulo de sigmoide, presentábamos las placas del enfermo. Había una opacidad en el vientre izquierdo en la zona correspondiente al vólvulo no había absolutamente nada, se veía una oclusión de colon y no se veía para nada la

zona volvulada; nosotros pensamos que era un vólvulo de sigmoide porque el estudio radiológico de colon por enema mostraba la imagen en llama de vela y además tenía una distensión asimétrica.

Ahora, con respecto a la gravedad evidentemente es una afección muy grave, como pusieron de manifiesto los comunicantes; el segundo comunicante mostro que el 50 % fallecen, y en la primera comunicación se ve, muchas veces en parte por la misma enfermedad y en parte por las lesiones asociadas.

Muchas veces ocurre que se trata de megacolones que son de origen chagásico y lo que está enfermo no es el sigmoide sino el recto que está por debajo. Cuando se hace la resección es posible que prenda, pero muy a menudo si uno espera se ve que recidiva, que recidiva el megacolon. Hace poco nosotros operamos una enferma en el Hospital de Clínicas que se le reseco, hace un par de años un megacolon y se hizo una anastomosis que prendió muy bien y volvió a tener megacolon y sufrió una impactación.

Creo personalmente que puede hacerse, a veces, la resección y la anastomosis, pero sería más justo en la etapa de urgencia hacerle una colostomía y nada más y después resolverlo con una operación de anastomosis.

DR. ANAVITARTE.— Quería recordarle al Dr. Piquinela que fue un año antes, en 1947, en Río de Janeiro, en la Sociedad de Medicina y Cirugía de Río de Janeiro que presentó o hizo una exposición sobre el tema de oclusión de colon en la cual citó el vólvulo de sigmoide.

En cuanto a lo que dijo el Dr. Valls y el doctor Suiffet, estoy en perfecto acuerdo en que la resección del ansa si se trata de enfermos con megacolon no cura la enfermedad, de manera que hay que ir a una operación posterior o ir a una operación más radical en el primer momento.

DR. ESTAPÉ.— Agradezco a los Dres. Mérola, Valls, Suiffet y Anavitarte y especialmente al Dr. Piquinela de quien hemos aprendido mucho con la lectura del trabajo que él citaba del Congreso de La Paz, que fuera publicado en Anales de la Facultad. Agradezco mucho las consideraciones y los aportes al tema que analizamos.