

## CASOS CLINICOS

# Vólvulo de sigmoides

## Devolvulación endoscópica

Dres. Gonzalo Estapé, Nelson Marabotto  
y Omar Rompani

Los autores presentan un caso de vólvulo del colon sigmoides, que corrigieron mediante fibrocolonoscopia. Analizan los diferentes métodos incruentados utilizados hasta el presente (intubación ano-rectal, desgravitación por rectosigmoidoscopia y devolvulación por colonoscopia), demostrando las ventajas del practicado en este enfermo. Señalan la importancia que tiene el evitar la intervención quirúrgica de urgencia, de tan elevada mortalidad, aunque admiten que sólo la resección visceral será la solución definitiva.

Palabras Claves (Key Words, Mots Clés) Medlars: Sigmoid/Intestinal Obstruction/Colonoscopy.

### SUMMARY SIGMOID VOLVULUS TREATED BY FIBEROPTIC COLONOSCOPY

A case of sigmoid volvulus treated by fiberoptic colonoscopy is presented. The authors analyze the different nonoperative treatment procedures utilized at now (ano-rectal intubation, proctosigmoidoscopy and volvulus reduction by colonoscopy), showing the advantages of the procedure utilized in this case. The importance of avoiding an emergency operation which implies high mortality risk is pointed out. According to the authors resection is the definitive treatment.

### RÉSUMÉ VOLVULUS DE SIGMOIDE. DEVOLVULATION ENDOSCOPIQUE

Les auteurs présentent un cas de volvulus de colon sigmoïde, corrigé par fibrocolonoscopie. Ils analysent les différentes méthodes utilisées jusqu'à présent (intubation ano-rectale, dégravitation par rectosigmoidoscopie et dévolvulation par colonoscopie) en soulignant les avantages du procédé pratiqué à ce malade. Ils remarquent l'importance d'éviter l'intervention chirurgicale d'urgence ayant une mortalité

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 27 de Julio de 1981.

Prof. Adj. Cirujano del Depto. de Emergencia, Asistente de Nutrición y Digestivo y Asistente de Clínica Quirúrgica. Dirección: Blanca del Tabaré 2950, Montevideo (Dr. G. Estapé)

*Dpto. de Emergencia (Prof. Dr. G. Ríos Bruno)  
y Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. J. Pradines)  
Hospital de Clínicas - Facultad de Medicina,  
Montevideo*

té très élevée bien qu'ils admettent que seulement la résection viscérale apportera la solution définitive.

### INTRODUCCION

Entre los múltiples usos terapéuticos de la fibrocolonoscopia, es sin lugar a dudas, la devolvulación, el menos conocido y utilizado.

El hecho de haber tratado con éxito un paciente añoso, con graves taras orgánicas, portador de un vólvulo de sigmoide, que creemos es el primero en nuestro medio, ha motivado esta publicación.

### CASO CLINICO

E.R.D., de 82 años de edad, sexo masculino, consulta en el Depto. de Emergencia del Hospital de Clínicas, por detención del tránsito para materias y gases de 2 días de evolución.

Portador de una cerebroesclerosis y enfermedad obstructiva crónica, con disnea y estertores húmedos bilaterales.

El examen revela un abdomen muy distendido y asimétrico, con franca elevación del epigastrio, flanko e hipocondrio izquierdos, con acentuado timpanismo, y escasos ruidos gruesos.

El tacto rectal comprueba una ampolla vacía. La radiografía (fig. 1) simple de abdomen, muestra el colon distendido a nivel del hemiabdomen superior.

Con el diagnóstico de vólvulo de sigmoides y dado el mal terreno del paciente, se realiza una colonoscopia, con la intención de desgravitar y devolvular el asa. El instrumento se introduce hasta los 85 cms. del margen anal (ángulo esplénico), momento en el cual, el paciente elimina gases y escasa cantidad de materias. Una vez realizada la devolvulación, el enfermo tiene numerosas deposiciones de materias líquidas, cediendo la distensión abdominal.

La radiografía realizada posteriormente al estudio (fig. 2), fue normal.

El enfermo fue dado de alta en buenas condiciones, con un tránsito intestinal normalizado.

Dado el éxito del procedimiento y los riesgos de una intervención, no se planteó dicha eventualidad, siendo controlado en Policlínica Quirúrgica.

### DISCUSION

El vólvulo de colon sigmoides, es una frecuente causa de oclusión de colon: 120/o de los casos (1),

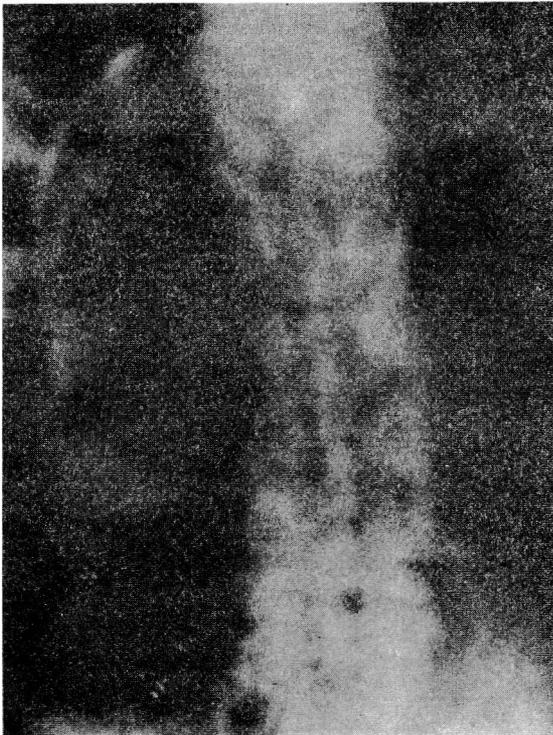


Fig. 1: Radiografía obtenida al ingreso, donde se ve el asa volvulada.

y acarrea una elevada mortalidad post-operatoria: 50-60o/o de los casos (5,8), ya que, en general, se intervienen de urgencia a enfermos añosos, y con severas taras orgánicas, como fue el caso de nuestro paciente.

Por este motivo, desde hace 30 años se han intentado maniobras que permitan la desgravitación o devolvulación del asa afectada (2,7,12), con la finalidad de poner al colon en las mejores condiciones para la intervención quirúrgica.

El método más sencillo es indudablemente la colocación de una sonda gruesa por el ano-recto, la que, luego de pasar por el pie de torsión del asa valvulada, la desgravita, solucionando el problema oclusivo.

Si no se hace con control rectoscópico, es una maniobra peligrosa, pues puede provocar una perforación, y permanecer desconocida hasta que aparezcan signos de peritonitis, con la consiguiente gravedad pronóstica.

El uso del recto-sigmoidoscopio, es de gran utilidad, pues es de manejo sencillo, y desgravita el colon bajo visión directa; además, puede diagnosticar precozmente la isquemia del pie de torsión, pues la mucosa es quien manifiesta más tempranamente la hipoxia (3).

Pero, sin duda, es la colonoscopia, método utilizado por Ghazi desde 1976, el procedimiento de elección, ya que, a las ventajas que le señaláramos a la rectosigmoidoscopia, se le agrega el hecho de po-

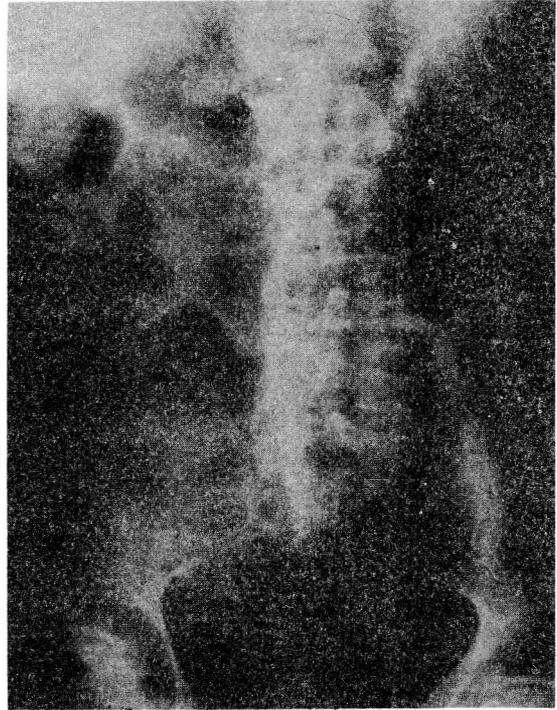


Fig. 2: Radiografía obtenida después de la devolvulación.

der devolvular el asa, lo cual soluciona temporalmente la enfermedad.

Lógicamente, el tratamiento definitivo será quirúrgico, resecaando el sigmoides redundante, ya que, de lo contrario, la recidiva del vólculo es la regla (6, 10, 11, 13, 14, 16).

La técnica endoscópica tiene algunas particularidades: luego de sobrepasar el pie del asa, se entra en la rama eferente, generalmente distendida por gases y pocas materias; se avanza sin insuflación por la razón anotada, recorriendo todo el sector volvulado. Para ello es necesario ir rotando el instrumento, hasta llegar aproximadamente a los 180 grados, de forma de no perder la visión de la luz colónica.

Una vez llegado al colon descendente, se prosigue hasta el ángulo esplénico, con la finalidad de insinuarse en el transverso, y, con el instrumento flexionado, "engancharlo". (4)

Seguidamente, se va retirando el fibroscopio y concomitantemente realizando la destorsión, hasta ponerlo en la posición inicial. Logrado esto, el asa que ha disminuido su tamaño gracias a la aspiración de su contenido, se endereza y se va "arrugando" o "acordoneando" teniendo como tutor al instrumento.

No necesariamente debe llegarse al ángulo esplénico, pues, en general, con sobrepasar el asa volvulada, alcanza para destorcerla, sin fijar el extremo del instrumento en el colon transverso. Esto fue lo que sucedió en nuestro caso, en el que, al llegar al descendente, comenzó la eliminación de gases y materias, como testimonio de la devolvulación.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOSCH DEL MARCO, L. - Vólvulo del sigmoides. Congreso Latinoamericano, 4o. y Congreso Peruano de Proctología 1o. Lima. 1969.
2. BOULVIN, R. - L'intubation recto-sigmoidienne sous controle rectoscopique dans le volvulus aigu du sigmoide. Lyon Chir., 62:19, 1966.
3. BRUSGAARD, C. - Volvulus of the sigmoid colon and its treatment. Surgery, 22:466, 1947.
4. DEMLING, L.; CLASSEN, M.; FRUHMORGEN, P. - Atlas de Enteroscopia. Barcelona. Jims. 1977.
5. ESTAPE, G.; VIOLA, H. - Diagnóstico y tratamiento del vólvulo del colon sigmoides. Cir. Urug. 43:419, 1973.
6. HINSHAW, D.; CARTER, R. - Surgical management of acute volvulus of the sigmoid colon. Ann. Surg., 146:52, 1957.
7. ISAACSON, W.; GREER, D. - The conservative treatment of the acute form of sigmoid colon. Ann. Surg., 146:52, 1957.
8. KALECHSZTAJN, J.; BERMUDEZ, J.; LIARD, W. - Vólvulo de sigmoides. Cir. Urug. 43:413, 1973.
9. MAIGNOT, R. - Operaciones abdominales. Buenos Aires. Méd. Panamericana. 1966.
10. PERTUSSO, J. - Cirugía de urgencia del colon. Cir. Urug. 40:469, 1970.
11. PIQUINELA, J. - Vólvulo de sigmoides. An. Fac. Med. Montevideo, 39:21, 1954.
12. REIS-NETO, J. - Redução endoscopica do volvulo sigmoideu. Congreso Uruguayo de Proctología 1o., 3:1065, 1963.
13. TEJERINA-FOTHERINGHAM, W. - Operaciones urgentes. Buenos Aires, El Ateneo, 1942.
14. TROSTCHANSKY, J. - Vólvulo de sigmoides. Conducta quirúrgica. A propósito de un caso. Cir. Urug. 37:191, 1967.
15. TURELL, R. - Enfermedades del ano, recto y colon. Buenos Aires, Beta, 1962.
16. WUEPPER, K.; OTTEMAN, M.; STAHLGREN, L. - An appraisal of the operative and nonoperative treatment of sigmoid volvulus. Surg. Gynecol. Obstet., 122:84, 1966.