

VOLVULOS DE INTESTINO GRUESO, ANALISIS DE 24 CASOS

Dr. Juan Ignacio Vergara Bahamondes

Dr. Christian Jensen Benítez

Dr. Leonardo Espíndola Silva

Dr. Gustavo Caballero Pezoa

Dr. Carlos Azolas Sagrista

Dr. Guillermo Pérez Oberreuter

Dr. Rogelio Garrido Crovetto

Dr. René Cárdenas de la Maza

Dr. Leopoldo Marine

Dra. Carolina Cabrera

Int. Daniel Soto

UNIDAD ACADEMICA DE COLOPROCTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA HOSPITAL CLINICO
UNIVERSIDAD DE CHILE

RESUMEN

Los vólvulos del intestino grueso constituyen una causa frecuente de obstrucción intestinal. Sin embargo aún permanece controversial el tratamiento quirúrgico al que deben ser sometidos. El objetivo de este trabajo es evaluar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de enfermos. Se realiza en forma retrospectiva una revisión de las historias clínicas de 24 pacientes que ingresaron a nuestro hospital con el diagnóstico de vólvulo de intestino grueso, entre los años 1987-1992. En ellos se evaluó los síntomas, distribución por sexo y edad, exámenes complementarios, tratamientos realizados y sus resultados. La edad promedio fue de 70,8 años (16-91), 11 hombres (46%) y 13 mujeres (54%). Los signos y síntomas principales de consulta fueron dolor, distensión abdominal y vómitos. El estudio empleado con mayor frecuencia fue la Rx. Abd. simple, que mostró dilatación de asas intestinales y niveles hidroaéreos. El 83,3% correspondió a vólvulos del sigmoides y 16,7% a ciego. Se operaron 19 casos (79%), en 2 se realizó sólo descompresión endoscópica, 2

casos tuvieron resolución espontánea y un caso falleció sin cirugía previa. Todos los vólvulos de ciego fueron intervenidos, realizándose sólo desvolvulación en 1 caso, con buena evolución, en los otros tres se realizó hemicolectomía derecha, efectuándose anastomosis inmediata sólo en 2 de ellos. Un vólvulo de ciego falleció por sepsis. En los casos de sigmoides, la cirugía más frecuente fue el Hartmann, luego desvolvulación con o sin pexia. La mortalidad de este grupo fue de 4 casos (19%). Hubo complicaciones postoperatorias en el 42% siendo la más frecuente la neumopatía. Se concluye que los vólvulos de intestino grueso, a pesar de los progresos en el cuidado postoperatorio, sigue siendo un problema grave y de difícil manejo, con alta morbilidad. La cirugía debe indicarse en forma inmediata en los casos de ciego, sospecha de necrosis de asa y ante la imposibilidad de descompresión endoscópica. Recomendamos la resección sin anastomosis primaria.

INTRODUCCION

Los vólvulos de intestino grueso, en general, representan una condición catastrófica, no sólo debido a su alta incidencia, sino que también, a que con mucha frecuencia se presentan con isquemia del segmento comprometido. En nuestro país, son causa importante de obstrucción de intestino grueso, llegando a representar del 20% al 70% dependiendo de la serie¹⁻³. Sin embargo, a pesar de la alta experiencia acumulada, aún existen controversias en cuanto al manejo de estos pacientes, siendo esto más evidente cuando se trata de vólvulos del sigmoides. Hemos querido presentar nuestra experiencia en los últimos años en el tratamiento de los pacientes portadores de esta condición.

MATERIAL Y METODO

Se presentan 24 pacientes que fueron ingresados al Hospital Clínico de la Universidad de

Chile, con el diagnóstico de vólvulos del intestino grueso, durante el período 1987-1992. En ellos se analiza la distribución por edad y sexo, el segmento de colon comprometido, los signos y síntomas de presentación, los métodos de estudio, el tratamiento efectuado y su evolución.

RESULTADOS

La serie está conformada por 11 hombres (46%) y 13 mujeres (54%), la edad promedio fue de 70,8 años (16-91). Los signos y síntomas al momento de la consulta se presentan en la tabla 1, destaca que el 70% lo hizo por dolor, siendo la distensión abdominal y los vómitos los otros de mayor frecuencia. Al momento del ingreso todos los pacientes fueron estudiados con radiografía de abdomen simple, la cual demostró en todos los casos distensión de asas de intestino y/o niveles hidroaéreos. En relación a la distribución, se pudo comprobar que 20 casos (83,3%) correspondieron a sigmoides y 4 casos (16,7%) a ciego. El tratamiento de acuerdo con la localización se presenta en la tabla 2. Fueron intervenidos quirúrgicamente 19 pacientes, dos tuvieron resolución espontánea, dos descompresión endoscópica y un paciente, que ingresó agónico falleció sin ser intervenido.

En los casos de vólvulos cecales, todos ellos fueron operados (Tabla 3), en tres oportuni-

**Tabla 1. Vólvulos del Intestino Grueso
n=24**

Signos y síntomas		
Dolor	17	(70%)
Distensión abdominal	11	(46%)
Vómitos	11	(46%)
Ausencia tránsito intestinal	7	(29%)
Diarrea	4	(17%)
Constipación	3	(13%)

**Tabla 2. Vólvulos del Intestino Grueso
n=24**

Tratamiento según localización		
Sigmoides	20	
Cirugía	15	(75%)
Descompresión endoscópica	2	
Resolución espontánea	2	
Fallecido	1	
Ciego	4	
Cirugía	4	(100%)

**Tabla 3. Vólvulos del Intestino Grueso
n=24**

Tratamiento Quirúrgico		
	Sigmoides	Ciego
Desvolvulación	3	1
Hartmann	8	0
Devine	1	0
Desvolvulación + ostomía	3	0
Hemicolectomía derecha	0	3
Total	15	4

des se realizó hemicolectomía derecha y en un paciente se efectuó desvolvulación sin pexia. Sólo en un caso no se realizó anastomosis inmediata y se trató de un paciente que tenía compromiso isquémico del asa volvulada, en los otros dos se efectuó ileotransverso anastomosis.

Quince (75%) de los pacientes portadores de vólvulo del colon sigmoides fueron operados (tabla 3), siendo el Hartmann el procedimiento que con mayor frecuencia se empleó, seguido, por la desvolvulación con o sin colostomía para fijar el asa.

En los casos no operados, se consiguió desvolvulación endoscópica en dos pacientes, otros

2 casos presentaron reducción espontánea y un paciente falleció por sepsis sin haber sido operado, probablemente secundaria a necrosis y perforación de asa.

La evolución de los pacientes se presenta en la tabla 4. Esta fue sin problemas en dos portadores de vólvulos cecales, sin embargo un paciente presentó infección de herida operatoria y un caso falleció (25%), la causa de muerte fue sepsis secundaria a dehiscencia de sutura. De los vólvulos sigmoideos, tres pacientes fallecieron, en dos de ellos se había efectuado sólo destorsión y el otro paciente había sido resecado, evolucionando con dehiscencia y peritonitis. Se presentaron complicaciones en el 31% de los operados por vólvulo sigmoideo, siendo la neumopatía y la infección de herida operatoria las más frecuentes.

**Tabla 4. Vólvulos del Intestino Grueso
n=24**

Evolución		
Sigmoides		
Sin complicaciones	10	(50%)
Neumopatía	2	
Infección herida operatoria	2	
Evisceración	1	
Sepsis	1	
Fallecidos	3	(20%)
Ciego		
Sin complicaciones	2	(50%)
Infección herida operatoria	1	
Fallecido	1	(25%)

DISCUSION

Los vólvulos intestinales han sido definidos como la torsión de algún segmento de éste sobre su meso, pudiendo presentarse con obstrucción parcial o total del lumen. Entre los principales factores

etiológicos de los vólvulos de intestino grueso, se mencionan las anomalías congénitas y factores adquiridos, teniendo en nuestro país un rol etiológico importante la enfermedad de Chagas. Los vólvulos constituyen una causa importante de obstrucción intestinal, encontrándose cifras de 20% a 70% dependiendo de las distintas series y de la región del país involucrada.

Llama la atención la edad avanzada de los pacientes al momento de su admisión en los centros asistenciales, es así como en nuestra serie la edad promedio fue de 70,8 años, y el 58% de los casos era mayor de 71 años, cifras similares han sido reportadas por otros autores³⁻⁵. Esta particularidad ha hecho de que se trate de un grupo de pacientes con alto índice de patología asociada y que presentan por lo mismo una elevada morbilidad.

Ha sido la experiencia de la mayoría de los autores que la mayor incidencia se presenta a nivel del colon sigmoide, distribución que también está presente en nuestro grupo de pacientes. Sin embargo, Burke y Ballantyne⁶ dieron cuenta de una mayor frecuencia de vólvulos cecales, sin que ellos mismos encontraran una explicación satisfactoria para este hecho.

La mayoría de estos pacientes son vistos en los servicios de urgencias, y en alto porcentaje existen discrepancias en cuanto al manejo de ellos.

Creemos que en aquellos casos en que el vólvulo se halla ubicado a nivel del ciego, el procedimiento más adecuado a realizar, dependerá de la viabilidad del asa comprometida. Al existir necrosis se debe realizar resección sin anastomosis inmediata; por el contrario, existiendo asa viable, recomendamos la resección, la cual puede ser acompañada de anastomosis, en caso de existir un equipo con experiencia, de no ser así, creemos que no se debe intentar efectuar anastomosis. El otro procedimiento que recomendamos cuando no contamos con un equipo de experiencia en el tema es la destorsión con pexia

cecal, la cual resuelve la emergencia. El mismo criterio de resección es recomendado por Anderson y Welch⁷; sin embargo, Burke y Ballantyne⁶ creen que la destorsión y cecopexia es lo adecuado, informando de sólo un caso de recidiva en 9 vólvulos cecales tratados de esta forma. Ha sido descrita la descompresión colonoscópica del colon derecho seguida de cecostomía percutánea⁸, lo que ha sido empleado con éxito en casos de Síndrome de Ogilvie. En casos seleccionados de vólvulos de ciego, podría emplearse este procedimiento, para así transformar la urgencia de un caso electivo. Sin embargo no tenemos experiencia con este método.

Mayor controversia existe cuando se trata de casos de sigmoide y la morbilidad permanece aún extremadamente alta. La baja incidencia de gangrena y la alta predominancia de pacientes añosos y con múltiples patologías asociadas, han hecho que los procedimientos no quirúrgicos adquieran importancia fundamental en el manejo actual de estos pacientes. Es así como luego de los resultados espectaculares, reportados por Bruusgaard⁹ han orientado el tratamiento de estos enfermos hacia la descompresión endoscópica. En nuestro grupo de pacientes se ha tratado de generalizar el uso de este procedimiento; creemos sí, que es fundamental el concurso de un cirujano especialista quien será capaz de determinar la necesidad de algún procedimiento mayor o no, dependiendo de las condiciones generales y locales de cada paciente. Está totalmente contraindicado el pasaje de sonda rectal a proximal, sin el apoyo de un endoscopista, ya que se trata de un procedimiento a ciegas y con alto riesgo de perforación. Cuando no estamos seguros de la viabilidad del asa recomendamos cirugía inmediata. Al igual que en otras series la operación de Hartmann es la que con mayor frecuencia se realiza. La simple destorsión se ha acompañado de un importante índice de recidiva durante la misma hospitalización, y es por esta razón que nos inclinamos por la resección.

Al revisar la literatura nacional, sólo encontramos referencias a vólvulos del sigmoide.

Soto¹⁰ presenta 28 casos, de los cuales el 53,6% fue descomprimido inicialmente con rectoscopia, sin embargo, el mismo autor tuvo una incidencia de recidiva del vólvulo de 46,6% necesitando repetir el procedimiento más de una vez. Contreras y colaboradores¹¹ presentan 10 casos de descompresión endoscópica con muy bajo índice de recidiva del vólvulo; lo que les permitió tratar posteriormente a los pacientes del megacolon que originaba su problema, en forma electiva. Ibáñez y colaboradores¹² publican su experiencia con 35 vólvulos; ellos necesitaron de cirugía de urgencia en el 69% de sus casos.

La cifra de morbimortalidad sigue siendo alarmante; lamentablemente se trata de pacientes de edad avanzada y que ingresan en muy malas condiciones generales, muchas veces lue-

go de varios días de haberse iniciado el cuadro, con trastornos severos de su homeostasia. En el presente grupo de pacientes, uno de ellos no alcanzó a ser intervenido y falleció por sepsis.

Como conclusiones de nuestro trabajo, creemos que los resultados de la cirugía de estos pacientes, están en relación directa con la consulta y el diagnóstico tardío, así como también con un tratamiento adecuado. Es importante tratar de superar la emergencia, y convertir a' paciente en electivo, para lo cual la descompresión endoscópica ha demostrado ser de alta utilidad, cuando ha estado indicada. En los casos de vólvulos del ciego, el manejo primario debe ser quirúrgico, al existir asa no viable recomendamos diferir la anastomosis para un segundo tiempo. En vólvulos del sigmoides con asa no viable la operación de Hartmann es la de elección.

REFERENCIAS

1. CASTILLO O, RADDATZ S, IBÁÑEZ L. Obstrucción de colon. *Revista de resúmenes LV Congreso Chileno de Cirugía* p. 64
2. CONTRERAS J, RODRÍGUEZ E, ESCOBAR J, FASOLA C. Obstrucción intestinal en cáncer de colon y recto. *Rev Chil Cir* 1978; 30: 259-64.
3. SOTO J. Descompresión endoscópica del vólvulo de sigmoides. *Rev Chil Cir* 1981; 33: 124-26.
4. WELCH GH, ANDERSON JR. Acute volvulus of the sigmoid colon. *World J Surg* 1987; 11: 258-62.
5. MANGIARTE EC, CROCE SA, FABIAN TC, MOORE OF, BRITT LG. Sigmoid volvulus. A four decade experience. *Ann Surg* 1989; 55: 41-44.
6. BURKE JB, BALLANTYNE GH. Cecal volvulus: low mortality at a city hospital. *Pic Colon Rectum* 1984; 27: 737-40
7. ANDERSON JR, WELCH GH. Acute volvulus of the right colon: An analysis of 69 patients. *World J Surg* 1986; 10: 336-42.
8. PONSKY JL, ASZODI A, PERSE D. Percutaneous endoscopic cecostomy; a new approach to non obstructive colonic dilatation. *Gastrointestinal Endoscopy* 1986; 32: 108-13.
9. BRUUSGAARD C. Volvulus of the sigmoid colon and treatment. *Surgery* 1947; 22: 466-78.
10. SOTO SJ. Descompresión endoscópica del vólvulo de sigmoides. *Rev Chil Cir* 1981; 33: 124-26.
11. Contreras J, Bannura G, Muñoz L, Fasola C. Vólvulo de sigmoides con colon viable. *Rev Chil Cir* 1981; 33: 127-29.
12. Ibáñez L, Raddatz A, Seitz J, Castillo O. Vólvulo sigmoides. *Rev Chil Cir* 1985; 37: 45-8.