

Vólvulo del sigmoide y adenocarcinoma de colon descendente, una doble causa de obstrucción intestinal: un reporte de caso

Sigmoid volvulus and descending colon adenocarcinoma, a double cause of intestinal obstruction: a case report

Nairo Senejoa¹, Paola S. González-Ausique^{2*} y Nicolle Enamorado-Enciso³

¹Servicio de Coloproctología, Hospital Militar Central; ²Departamento de Cirugía General, Hospital Militar Central; ³Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central. Bogotá, Colombia

Resumen

La obstrucción del intestino grueso es causada por cáncer colorrectal, enfermedad diverticular o vólvulo. Este último, por la rotación del asa intestinal sobre su propio eje mesentérico, y se da en el colon sigmoide (80%) y en el ciego (15-20%). Su manejo incluye devolvulación por colonoscopia o quirúrgica. La obstrucción intestinal maligna es la presentación inicial en el 7-29% del cáncer colorrectal, y su tratamiento óptimo es controvertido. Describimos un caso clínico de una doble lesión obstructiva y su abordaje quirúrgico; una presentación inusual que conlleva un reto diagnóstico y de manejo médico quirúrgico.

Palabras clave: Vólvulo sigmoideo. Cáncer de sigmoide. Obstrucción colónica.

Abstract

Large bowel obstruction is caused by colorectal cancer, diverticular disease or volvulus. The latter is caused by rotation of the intestinal loop on its own mesenteric axis, and occurs in the sigmoid colon (80%) and in the cecum (15-20%). Its management includes devolution by colonoscopy or surgery. Malignant bowel obstruction is the initial presentation in 7-29% of colorectal cancer, and its optimal treatment is controversial. We describe a clinical case of a double obstructive lesion and its surgical approach, an unusual presentation that poses a diagnostic and medical-surgical management challenge.

Keywords: Sigmoid volvulus. Sigmoid cancer. Colonic obstruction.

Introducción

El vólvulo de colon es la tercera causa de obstrucción intestinal en todo el mundo y se produce en dos ubicaciones principales: el colon sigmoideo, en un 80% de los casos, y el ciego, en un 15-20% de los casos¹. Por otro lado, la obstrucción intestinal maligna ocurre en el 8% al 29% de los pacientes con cáncer colorrectal² y puede

ser su forma de debut hasta en el 80% de los casos, siendo más común su presentación en la neoplasia del colon distal al ángulo esplénico (70%)². Sin embargo, un vólvulo asociado a una lesión tumoral no relacionada es una presentación inusual que conlleva un reto diagnóstico y de manejo médico quirúrgico de estos pacientes.

A continuación, presentamos el caso de un paciente con un cuadro de obstrucción intestinal, con hallazgo intraoperatorio de una lesión neoplásica en el colon

*Correspondencia:

Paola S. González-Ausique
E-mail: stephanyg92@hotmail.com

Fecha de recepción: 14-03-2022
Fecha de aceptación: 25-07-2022
DOI: 10.24875/CIRU.22000179

Cir Cir. 2023;91(6):839-843
Contents available at PubMed
www.cirugiaycirujanos.com

0009-7411/© 2022 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

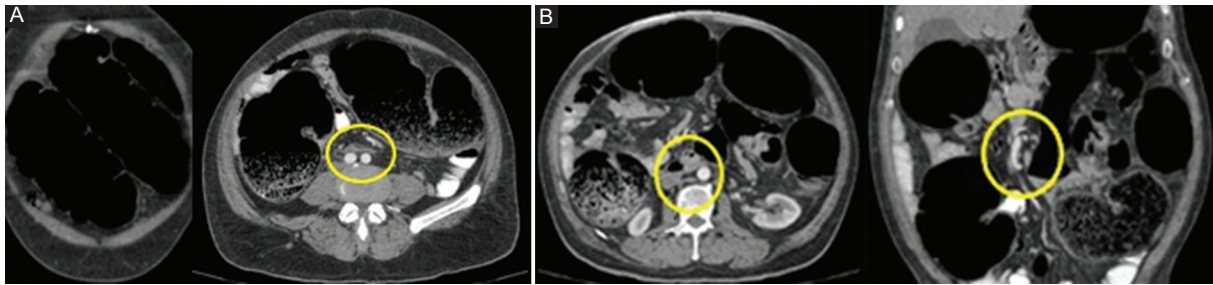


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen. **A:** zona de transición en la unión del colon descendente y sigmoide. **B:** engrosamiento focal, circunferencial, de segmento corto del colon descendente que forma una masa endoluminal.

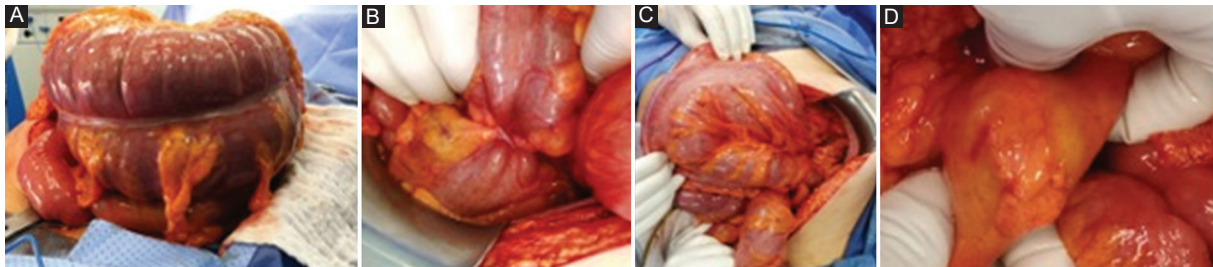


Figura 2. Hallazgos intraoperatorios. **A:** dilatación crítica del colon trasverso. **B:** lesión neoplásica en anillo de servilleta estenosante en el 100% a nivel del colon descendente. **C:** vólvulo del colon sigmoideo con dilatación. **D:** conglomerado ganglionar en la raíz del mesocolon.

descendente, asociado a un vólvulo del sigmoideo que condicionaba un segundo proceso obstructivo intestinal, no siendo en este caso el tumor del colon descendente el que condiciona la volvulación.

Caso clínico

Varón de 63 años que ingresa por un cuadro clínico de 5 días de distensión abdominal, ausencia de deposiciones y flatos. En la exploración física presenta abdomen distendido con disminución de ruidos intestinales y timpánico a la percusión, sin hallazgos relevantes ni evidencia de sangrado en el tacto rectal.

Los estudios de ingreso evidenciaron una ligera leucocitosis con neutrofilia, con gran distensión de asas gruesas sin gas distal en la radiografía de ingreso, por lo que se realiza una tomografía computarizada de abdomen con doble contraste que evidencia una imagen en grano de café, así como una zona de transición en la unión del colon descendente y el sigmoide con cambios retráctiles sugestivos de probable compromiso neoplásico, que condicionaba dilatación retrógrada de las asas intestinales gruesas, las cuales alcanzan un calibre en el colon transverso de hasta 95 mm y en el ciego de hasta 147 mm, con competencia de la válvula ileocecal (Fig. 1).

Se lleva el paciente a laparotomía exploratoria, encontrando dilatación crítica de colon transverso sin evidencia de isquemia de la pared, con un tumor de colon descendente en anillo de servilleta estenosante en el 100% que genera dilatación retrógrada del colon transverso, ascendente y ciego. A nivel del sigmoide, hacia distal se evidencia un vólvulo del colon sigmoide con un *twist* y dilatación; así mismo, se encuentran focos de carcinomatosis y foco metastásico de anaquele de Blummer en el fondo de saco y meso del colon ascendente con un conglomerado ganglionar de 3 × 4 cm (Fig. 2).

Se realizan devolvulación de colon sigmoide con mesosigmoidoplastia, descompresión de colon transverso con sonda Nelaton, descompresión de recto con tubo endorrectal y colostomía en asa del colon transverso, con una recuperación posoperatoria satisfactoria y alta temprana al cuarto día, sin ingreso ni complicaciones. El estudio histopatológico reveló tejido fibroadiposo con adenocarcinoma moderadamente diferenciado metastásico de colon KRAS y NRAS no mutados.

Discusión

En el caso de una doble lesión obstructiva, como se evidenció en nuestro caso clínico (obstrucción neoplásica

Tabla 1. Casos de lesiones neoplásicas con proceso obstructivo concomitante

Autores	Año	Edad del paciente (años)	Sexo	Localización del vólvulo	Localización de la lesión tumoral	Manejo quirúrgico
Lee et al. ³	2015	50	Femenino	Sigmoide	Recto	Ileostomía y resección anterior de recto
Mortensen y Hoffman ⁴	1979	36	Femenino	Transverso	Hemartoma	Descompresión, devolvulación y colopexia
Meyers et al. ⁵	1972	54	Masculino	Ciego	Carcinoma de colon izquierdo	Detorsión de vólvulo cecal y colostomía transversal
Figiel y Figiel ⁶	1953	80	Femenino	Colon ascendente	Carcinoma del ángulo esplénico	Cequectomía
Wecksell y Gordon ⁷	1979	80	Masculino	Colon ascendente	Adenocarcinoma del transverso	Devolvulación, hemicolectomía derecha y anastomosis primaria
Aras et al. ⁸	2015	80	Masculino	Colon sigmoide	Cáncer de colon sigmoide	Colectomía total y procedimiento de Hartmann

más vólvulo del sigmoide), la toma de decisiones es fundamental para la recuperación y para el pronóstico clínico y oncológico del paciente. Actualmente se conocen pocos casos de lesiones neoplásicas que cursen concomitantemente con un proceso obstructivo y que puedan dar a los profesionales en salud una guía en el manejo³⁻⁸ (Tabla 1).

La obstrucción intestinal por vólvulo más común es a nivel del sigmoide, adjudicando un 50-90% de los casos de vólvulo colónico. La devolvulación endoscópica es el manejo preferido en los casos de estabilidad hemodinámica y ausencia de peritonitis, dado que permite evaluar la viabilidad de la mucosa del colon y resolver su malrotación durante el mismo procedimiento; sin embargo, se debe tener en cuenta el riesgo de nueva volvulación, que alcanza hasta el 67% de los casos⁹. Por ello, se recomienda realizar un manejo definitivo mediante colectomía con o sin anastomosis durante la misma hospitalización. En 2018, Dolejs et al.⁹ realizaron un análisis comparativo entre colectomía con anastomosis primaria sin derivación proximal y colectomía con colostomía terminal tipo Hartmann, encontrando resultados similares en cuanto a morbilidad y mortalidad entre los dos procedimientos.

A pesar de esto, la colostomía tipo Hartmann continúa siendo uno de los manejos de preferencia sin importar el escenario del paciente. Cabe señalar que ante inestabilidad hemodinámica o signos de peritonitis el manejo debe ser indiscutiblemente quirúrgico, mediante una sigmoidectomía posterior a la resolución de la fase aguda del vólvulo, tal como recomienda la American Society of Colon and Rectal Surgeons¹⁰, con

el fin de prevenir la recurrencia. En caso de no poderse realizar la resección quirúrgica se recomienda una mesosigmoidoplastia o una sigmoidopexia.

No obstante, el abordaje más eficaz para el tratamiento quirúrgico del vólvulo sigmoide ha sido motivo de controversia durante mucho tiempo. Con el advenimiento de la laparoscopia, la cirugía mínimamente invasiva ha ganado terreno debido a sus beneficios a corto y mediano plazo, como demuestran Lee et al.¹⁰, que compararon los resultados posoperatorios entre cirugía laparoscópica y abierta en pacientes con vólvulo sigmoide en cirugía electiva o de emergencia, evidenciando una mayor tasa de complicaciones posoperatorias, un mayor requerimiento de estoma y un mayor tiempo de hospitalización en el abordaje abierto de urgencias en comparación con la cirugía laparoscópica electiva posterior a la descompresión del sigmoides.

Las obstrucciones intestinales malignas suelen ser la presentación inicial de la patología oncológica colorectal en el 8% al 29% de los pacientes^{2,11}, representando una causa frecuente de cirugía de urgencia. La ubicación más común de obstrucción es el colon sigmoide y suele presentarse en etapas avanzadas de la enfermedad.

El tratamiento convencional para la obstrucción intestinal maligna ha sido la cirugía resectiva, adhiriéndose a los principios oncológicos y basándose en tres principios terapéuticos: resección de la lesión tumoral con o sin anastomosis primaria, colostomía proximal y posterior cierre del estoma. Teniendo en cuenta esto, se dispone de diversas opciones quirúrgicas, que incluyen

resección primaria y anastomosis sin o con una ileostomía de protección, colectomía derecha, izquierda, casi total o total con anastomosis ileocólica o ileorrectal, y manejo paliativo mediante colostomía con o sin resección de la lesión.

En los casos en los que se decida el manejo con colostomía, la técnica Hartmann es la más utilizada, permitiendo la resección del segmento comprometido sin anastomosis primaria con un tiempo operatorio menor en el contexto de cirugía de urgencias, y evitando la morbilidad asociada a una anastomosis. Sin embargo, se debe tener en cuenta que para el cierre se requiere un segundo tiempo quirúrgico, con una morbilidad del 5% al 57% y una mortalidad del 0% al 34%. Debido a la comorbilidad (síndrome de adherencia grave o progresión de la patología oncológica), solo el 60% logran un adecuado cierre.

En las últimas dos décadas, la descompresión endoscópica mediante colocación de *stent* para paliación o como puente a la cirugía con intención curativa se ha propuesto con el objetivo de convertir la cirugía de urgencia en cirugía electiva, reduciendo significativamente el riesgo de eventos adversos y la necesidad de una estoma temporal^{9,12-15}.

Cabe señalar que, posterior a la colocación del *stent*, se debe evaluar el inicio de quimioterapia para reducir el riesgo de crecimiento del tumor. Los casos deben ser cuidadosamente seleccionados por el riesgo a largo plazo de perforación y migración del *stent*^{3,14}.

Los tubos de drenaje transanal son una opción terapéutica en los casos de obstrucción intestinal maligna. Han demostrado una tasa de éxito de hasta el 80%, con una tasa de complicaciones graves, como la perforación, menor del 5%¹⁶. Un metaanálisis realizado por Xu et al.¹⁶ comparó los efectos de los *stents* metálicos y de los tubos endorrectales en el alivio de los síntomas obstructivos en pacientes con obstrucción por cáncer colorrectal, y halló que no hubo diferencia estadísticamente significativa en términos de éxito técnico. Sin embargo, si se evidenciaron un mayor éxito clínico y una menor tasa de complicaciones con el uso de *stents* metálicos.

Conclusiones

La elección del manejo quirúrgico de la obstrucción maligna depende de la ubicación de la lesión, de las características de esta, de la presencia de neoplasias

sincrónicas, de la urgencia clínica, del estado hemodinámico del paciente y de la propuesta de manejo curativo o paliativo, lo cual puede ser desafiante para el cirujano. En nuestro paciente se consideró realizar un abordaje quirúrgico mediante laparotomía, y ante los hallazgos intraoperatorios de distensión crítica de asas gruesas con riesgo de perforación intestinal, asociado a una doble lesión obstructiva, siendo una de ellas una lesión neoplásica en estadio avanzado dado por el compromiso peritoneal, se realizó un abordaje paliativo mediante descompresión de colon con sonda Nelaton y tubo endorrectal, mesosigmoidoplastia para el manejo del vólvulo y colostomía en asa del trasverso, sin resección de la lesión tumoral, con el fin de disminuir la morbilidad quirúrgica y llevar al paciente a un tratamiento oncológico complementario. Este abordaje permitió una recuperación del paciente en un periodo de 48 horas, con un egreso hospitalario temprano y un rápido inicio del manejo oncológico.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Akinkuotu A, Samuel JC, Msiska N, Mvula C, Charles AG. The role of the anatomy of the sigmoid colon in developing sigmoid volvulus: a case-control study. *Clin Anat.* 2011;24:634-7.
2. Hsu J, Sevak S. Management of malignant large-bowel obstruction. *Dis Colon Rectum.* 2019;62:1028-30.
3. Lee S-H, Ahn B-K, Baek S-U. Volvulus of the sigmoid colon associated with rectal cancer: a case report. *Gastroenterol Res.* 2015;8:160-2.
4. Mortensen NJ, Hoffman G. Volvulus of the transverse colon. *Postgrad Med J.* 1979 Jan;55(639):54-7.
5. Meyers JR. Cecal volvulus: a lesion requiring resection. *Arch Surg.* 1972;104:594.

6. Figiel LS, Figiel SJ. Volvulus of the cecum and ascending colon. *Radio-logy*. 1953;61:496-515.
7. Wecksell A, Gordon LA. Simultaneous double obstruction of the proximal colon: a case report. *Gastrointest Radiol*. 1979;4:303-5.
8. Aras A, Kızıltan R, Batur A, Çelik S, Yılmaz Ö, Kotan Ç. Colon cancer presented with sigmoid volvulus: a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2015;17:16-8.
9. Dolejs SC, Guzman MJ, Fajardo AD, Holcomb BK, Robb BW, Waters JA. Contemporary Management of Sigmoid Volvulus. *J Gastrointest Surg*. 2018;22(8):1404-11.
10. Lee GJ, Kim HJ, Baek J-H, Lee W-S, Kwon KA. Comparison of short-term outcomes after elective surgery following endoscopic stent insertion and emergency surgery for obstructive colorectal cancer. *Int J Surg*. 2013;11:442-6.
11. Frago R, Ramírez E, Millán M, Kreisler E, del Valle E, Biondo S. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. *Am J Surg*. 2014;207:127-38.
12. Ormando VM, Palma R, Fugazza A, Repici A. Colonic stents for malignant bowel obstruction: current status and future prospects. *Expert Rev Med Devices*. 2019;16:1053-61.
13. van Hooft JE, Bemelman WA, Oldenburg B, Marinelli AW, Lutke Holzik MF, Grubben MJ, et al. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicentre randomised trial. *Lancet Oncol*. 2011;12:344-52.
14. Vogel JD, Feingold DL, Stewart DB, Turner JS, Boutros M, Chun J, et al. Clinical practice guidelines for colon volvulus and acute colonic pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum*. 2016;59:589-600.
15. Saito S, Yoshida S, Isayama H, Matsuzawa T, Kuwai T, Maetani I, et al. A prospective multicenter study on self-expandable metallic stents as a bridge to surgery for malignant colorectal obstruction in Japan: efficacy and safety in 312 patients. *Surg Endosc*. 2016; 30:3976-86.
16. Xu J, Zhang S, Jiang T, Zhao Y-J. Transanal drainage tubes vs metallic stents for acute malignant left-sided bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99:e18623.