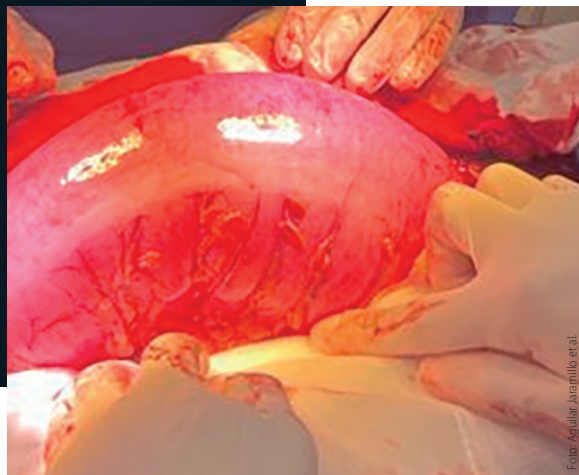


Obstrucción intestinal secundario a vólvulo de sigmoides en un paciente joven

Reporte de un caso

Andrés Manuel Aguilar Jaramillo^{a,‡}, Ricardo Bautista de la Cruz^a, José Antonio Bautista Sánchez^a, Luis Cruz Benítez^b, Daniel Nazario Cruz^b, Dafne Thamara Ayala Dávila^c



Resumen

El vólvulo de sigmoides ocurre como resultado de una torsión del eje mesentérico colónico, cuenta con una etiología multifactorial y controvertida, de fisiopatología no clara aún. Presenta un cuadro clínico de inicio inespecífico y posteriores signos y síntomas de oclusión intestinal; su diagnóstico se establece mediante tomografía computarizada, con una sensibilidad y especificidad mayor al 90%. El manejo dependerá de la condición clínica del paciente.

Caso clínico: Hombre de 29 años con antecedente de síndrome de Asperger. Refirió que desde 7 días previos a su in-

greso presentó dolor tipo cólico difuso, asociado a distensión abdominal e intolerancia a la vía oral. Acudió a valoración hospitalaria donde se realizó tomografía computarizada con niveles hidroaéreos, torsión de arteria mesentérica inferior de aspecto de torbellino. Se realizó laparotomía exploradora a través de la cual se encontró sigmoides dilatado y volvulado, con perforación en la unión rectosigmoidea; se realizó sigmoidectomía con coloproctostomía. Al quinto día presentó datos de respuesta inflamatoria con abdomen agudo, por lo que ingresó a laparotomía exploradora donde se encontró dehiscencia de anastomosis; se realizó procedimiento de Hartmann. El paciente presentó choque séptico y falleció a las 24 horas del postquirúrgico.

Discusión: La presentación de vólvulo sigmoides generalmente se presenta en personas mayores de 70 años, pocos casos se describen en personas jóvenes y están relacionados con enfermedad de dismotilidad intestinal. El paciente no contaba con factores predisponentes, el diagnóstico se estableció con imágenes características de la enfermedad, como la imagen en torbellino, se decidió manejo quirúrgico con la realización de resección con coloproctostomía.

Conclusión: La oclusión intestinal por vólvulo sigmoides es

^a Residente de cuarto. Especialidad de Cirugía General. Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca. Estado de México, México.

^b Servicio de Cirugía General. Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca. Estado de México, México.

^c Servicio de Patología. Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca. Estado de México, México.

ORCID ID:

[‡] <https://orcid.org/0009-0006-9615-8874>

* Autor para correspondencia: Andrés Manuel Aguilar Jaramillo. Correo electrónico: andre_ss20@live.com

Recibido 27-marzo-2023. Aceptado: 08-junio-2023.



una patología infrecuente en jóvenes y de clínica inespecífica. Ante un paciente que presente datos de oclusión intestinal deberá ser abordado de manera apropiada, sobre todo en pacientes en quienes hayan debutado con una clínica insidiosa y persistente de dolor abdominal secundario a oclusión intestinal, sean jóvenes con o sin factores de riesgo.

Palabras clave: *Vólvulo de sigmoides; signo de torbellino; dolor abdominal; obstrucción intestinal.*

Intestinal Obstruction Secondary to Sigmoid Volvulus in a Young Patient. Case report

Abstract

Sigmoid volvulus occurs due to a torsion of the colonic mesenteric axis, it has a multifactorial and controversial etiology, and its pathophysiology is not yet clear. Presenting a clinical picture of non-specific onset and later signs and symptoms of intestinal occlusion, its diagnosis is established with computed tomography with a sensitivity and specificity greater than 90%. Management will depend on the clinical condition of the patient.

Clinical case: A 29-year-old man with a history of Asperger syndrome. He referred 7 days prior to admission with dif-

fuse cramping pain, associated with abdominal distension and oral intolerance. He went to the hospital for evaluation where a computed tomography was performed with air-fluid levels, torsion of the inferior mesenteric artery with a whirlwind appearance. Exploratory laparotomy was performed, finding a dilated and volvulated sigmoid with perforation at the rectosigmoid junction. A sigmoidectomy with colorectal anastomosis was performed. On the fifth day, he presented data of inflammatory response with acute abdomen, entering exploratory laparotomy finding anastomosis dehiscence, Hartmann procedure was performed. The patient presented septic shock, died 24 hours after surgery.

Discussion: The presentation of sigmoid volvulus generally occurs in people older than 70 years, few cases are described in young people and are related to intestinal dysmotility disease, the patient did not have predisposing factors, the diagnosis is established with characteristic images of the disease such as whirlwind image, surgical management is decided by performing resection with colorectal anastomosis.

Conclusion: Intestinal occlusion due to sigmoid volvulus is an infrequent pathology in young people and with non-specific symptoms. When faced with a patient presenting evidence of



intestinal occlusion, this should be appropriately addressed, especially in patients who have debuted with insidious and persistent symptoms of abdominal pain secondary to intestinal occlusion, whether they are young with or without risk factors.

Keywords: Sigmoid volvulus; whirlwind sign; abdominal pain; intestinal obstruction.

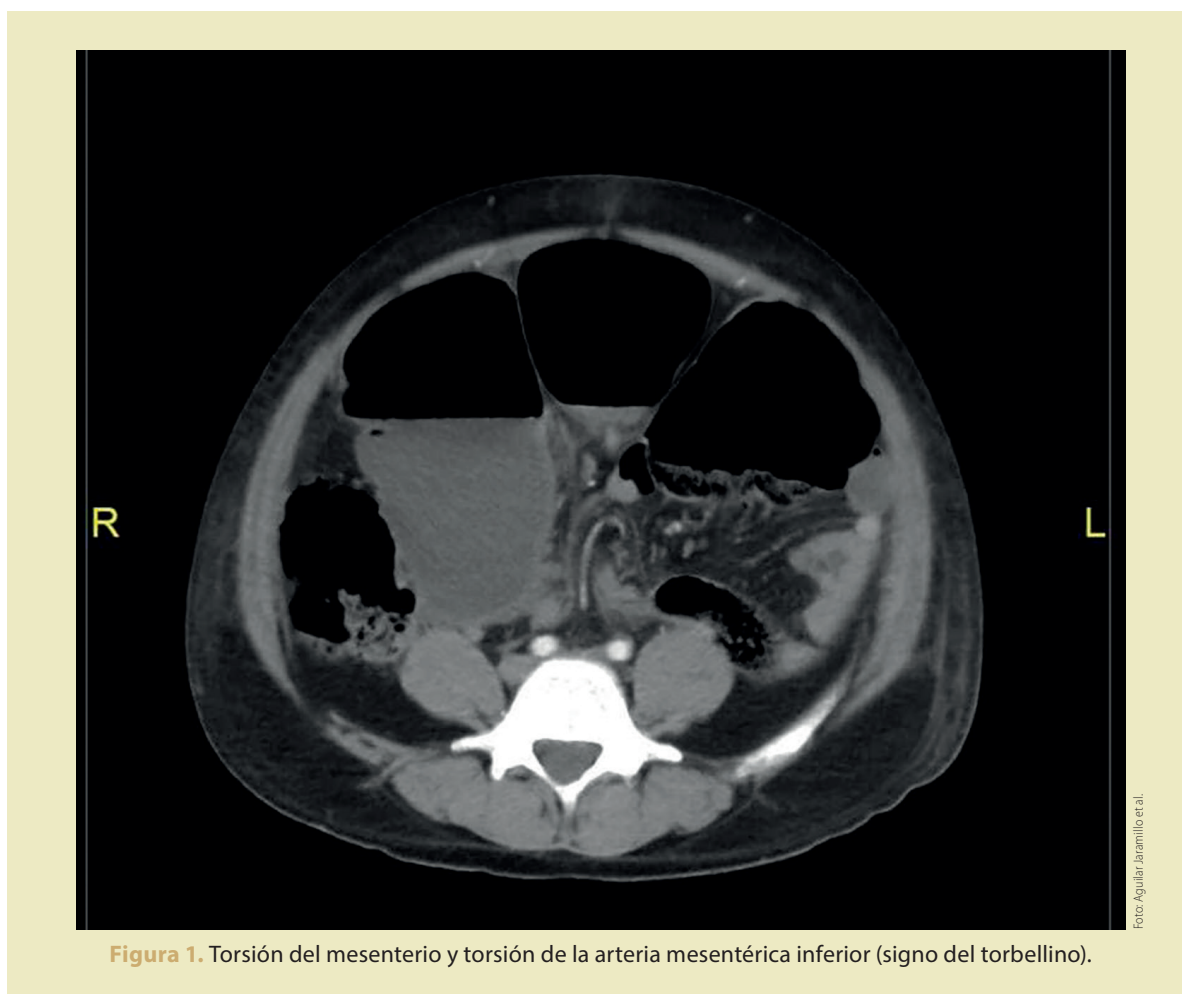
INTRODUCCIÓN

El vólvulo de sigmoides como causa de obstrucción intestinal es una entidad rara en occidente, que representa menos del 5%, y llega a representar del 13 al 42% de todas las obstrucciones¹. Es una torsión del eje mesentérico que provoca obstrucción del flujo sanguíneo arterial y venoso, lo que provoca isquemia progresiva, necrosis y, si no se trata, perforación²⁻³. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada, de etiología multifactorial, y se identifican varios factores predisponentes, como: dieta rica en fibra, estreñimiento crónico, cirugía abdominal previa, trastornos neurológicos, predisposición anatómica, megacolon, entre otros⁵.

Para establecer el diagnóstico se deberá contar con alta sospecha clínica y es necesario realizar estudios de imagen complementarios^{1,4}. La tomografía computarizada presenta una sensibilidad 100% y especificidad >90%, existen varios hallazgos característicos descritos en la literatura: una imagen de grano de café en la reconstrucción frontal, la apariencia de “pico de pájaro” creada por los dos extremos del segmento colónico afectado y que se unen en el punto de torsión, el signo de “torbellino”, que corresponde al punto de torsión alrededor del cual se envuelven las asas intestinales y los vasos mesentéricos¹.

La estrategia terapéutica dependerá de la presentación clínica, hallazgos paraclínicos iniciales y del estado del paciente.⁴ Los criterios de gravedad clínica o evidencia radiológica de necrosis o perforación de colon exigen manejo quirúrgico de urgencia, que puede ser mediante la realización de procedimiento de Hartmann o la resección con anastomosis.

Si no hay criterios de gravedad, la colonoscopia es el manejo inicial tanto para diagnóstico como para el tratamiento debido a que logra la detorsión del vólvulo con una tasa de éxito del 70-95% y con



una mortalidad del 4-10%¹⁻⁴. Debido al alto riesgo de recurrencia, se recomienda realizar resección dentro de los 2 a 5 días de la detorsión endoscópica o después del primer episodio de vólvulo sigmoideo^{5,6}.

CASO CLÍNICO

Hombre de 29 años con antecedente médico de síndrome de Asperger. Negó el resto de antecedentes. Ingresó por dolor que inició 7 días previos, caracterizado por ser difuso tipo cólico de una intensidad moderada, acompañado de distensión abdominal, náusea, vómito e intolerancia a la vía oral. Motivo por el cual acudió a valoración.

Examen físico: presión arterial (TA), 110/60 mmHg; frecuencia cardíaca (FC), 114 lpm; fre-

cuencia respiratoria (FR), 18 rpm; temperatura (T), 37.3 °C; SatO₂, 94% al aire ambiente; consciente, orientado, tórax con campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos acelerados, abdomen muy distendido, timpánico, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel generalizado, rígido, ruidos peristálticos ausentes. En exámenes de laboratorio presenta leucocitosis de 19.7 UI, neutrofilia de 86,5%, resto normal.

Se realizó tomografía abdominal, la cual reportó dilatación de asas de intestino delgado y colon con niveles hidroaéreos en su interior asociado a vólvulo a nivel del colon sigmoideos donde se aprecia torsión del mesenterio con involucro de la arteria mesentérica inferior (signo del torbellino), sigmoideos distal y recto, colapsados, sin gas en su interior (**figura 1**).

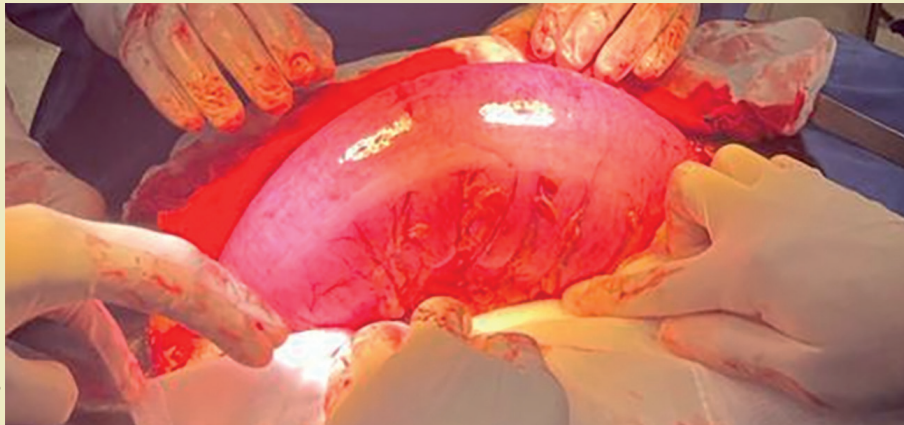


Foto: Aguilar Jaramillo et al.

Figura 2. Colon sigmoides dilatado debido a obstrucción distal.

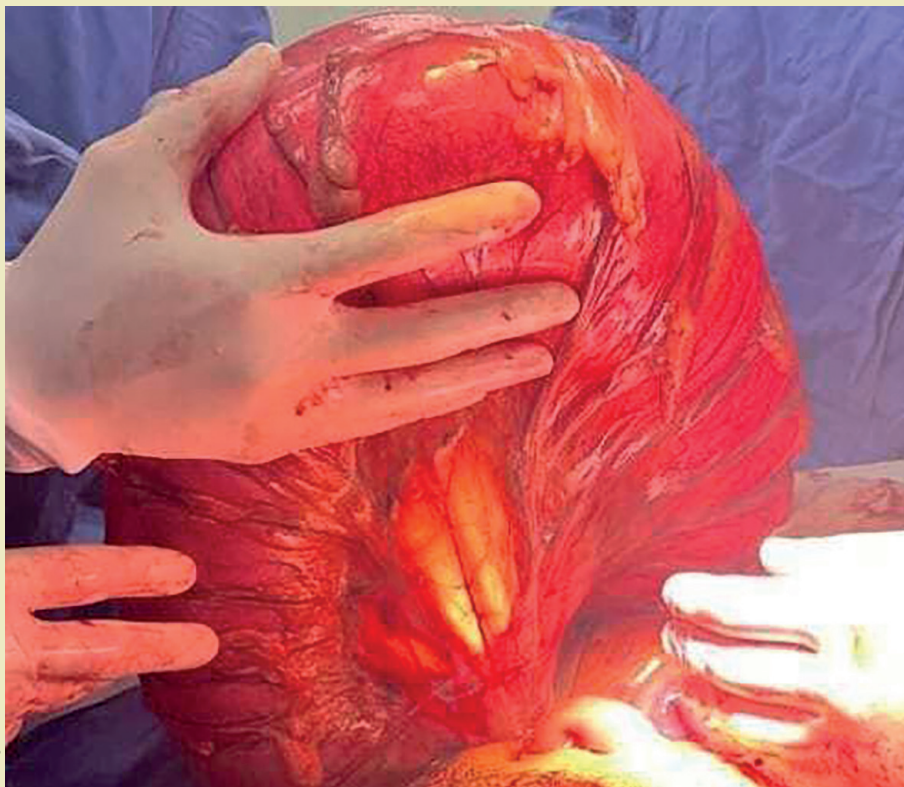


Foto: Aguilar Jaramillo et al.

Figura 3. Colon sigmoides y mesenterio torsionados.

Ante datos de irritación peritoneal, se realizó laparotomía exploradora mediante la que se encontró sigmoides dilatado y volvulado que ocupaba

casi toda la cavidad abdominal, perforación en la unión rectosigmoidea de 2 cm, y dilatación de colon descendente, transverso y ascendente (**figura 2 y 3**).

Ante los hallazgos, se realizó sigmoidectomía con colorecteoanastomosis termino terminal mecánica. Se envió pieza a patología y se identificaron plexos submucoso y mientérico a toda la longitud de los especímenes resecaados, además del daño isquémico agudo transmural. Al quinto día del postquirúrgico, presentó datos de respuesta inflamatoria sistémica e irritación peritoneal, acompañado de salida de líquido intestinal a través del drenaje, por lo que se realizó una nueva laparotomía exploradora de urgencia y se encontró dehiscencia de anastomosis. Se realizó estoma y lavado de la cavidad abdominal. Sin embargo, presentó datos de *shock* séptico y falleció a las 24 horas del procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

El vólvulo en sigmoides ocurre generalmente en personas mayores de 70 años⁸. En su mayoría son pacientes con antecedentes de enfermedad neurológica o psiquiátrica y estreñimiento⁹. Los pocos casos descritos en personas jóvenes se han descrito en pacientes con enfermedad de dismotilidad intestinal y enfermedad de Crohn¹⁰⁻¹¹. El paciente es un hombre de 30 años, sin antecedentes crónico-degenerativos ni quirúrgicos de importancia, con un cuadro clínico inespecífico e insidioso, como lo descrito en la literatura médica. Los exámenes de laboratorio presentaron leucocitosis sin más alteraciones. Al no tener una etiología clara, se realizó una tomografía abdominal, debido a que es la prueba con mayor sensibilidad y especificidad, y se reportó patrón de torbellino dado por dilatación de sigmoides alrededor del mesocolon y vasos, así como una apariencia de pico de pájaro de los segmentos colónicos aferentes y eferentes. Según la literatura médica, podrían no encontrarse estos hallazgos en una cuarta parte de las tomografías computarizadas realizadas en pacientes con vólvulo sigmoides¹². Ante los datos de abdomen agudo, se realizó una laparotomía exploradora y se encontró sigmoides volvulado, sin datos de isquemia, ensanchado y con una perforación distal (**figuras 2 y 3**).

Con relación al tratamiento que se debe realizar en estos pacientes, dependerá de si presentan datos de peritonitis secundaria a perforación intestinal, tanto por imagen como por clínica¹³. Si el paciente

La oclusión intestinal por vólvulo sigmoides es una patología infrecuente en pacientes jóvenes y de clínica inespecífica, por lo que su diagnóstico es complejo. Sin embargo, ante un paciente que presente datos de oclusión intestinal, este deberá ser abordado de manera apropiada, incluyendo este diagnóstico dentro de las probables etiologías de la obstrucción, sobre todo en los que hayan debutado con una clínica muy insidiosa y persistente de dolor abdominal secundario a oclusión intestinal.

no se encuentra con datos de perforación, se puede realizar detorsión endoscópica; sin embargo, presenta alta tasa de recidiva¹³. En nuestro caso, el paciente presentó datos de respuesta inflamatoria sistémica, por lo que está indicada la realización de una laparotomía exploradora, y según el compromiso intestinal, se deberá elegir entre la resección con anastomosis intestinal o realizar estoma según las condiciones del paciente¹³.

Ya analizada la muestra de patología, se descartaron problemas de dismotilidad intestinal al encontrar los plexos de Meissner y de Auerbach íntegros, eliminando la causa más común reportada en paciente jóvenes; además, sin datos anatomopatológicos que sugieran enfermedad inflamatoria intestinal relacionada, como lo es la enfermedad de Chron¹⁰ (**figuras 4 y 5**).

Aún no se entiende del todo la fisiopatología de este padecimiento, por lo que resulta complicado encontrar factores de riesgo que expliquen la patología¹⁰. El manejo establecido se realizó en apego a la literatura internacional y actual, sin embargo, la respuesta del paciente ante el *shock séptico* provocó una falla multiorgánica que lo llevo a su deceso. Ante el fallecimiento del paciente, no se pudo dar seguimiento para estudiar más factores riesgo que pudieron contribuir al desarrollo de la patología.

CONCLUSIÓN

La oclusión intestinal por vólvulo sigmoides es una patología infrecuente en pacientes jóvenes y de clínica

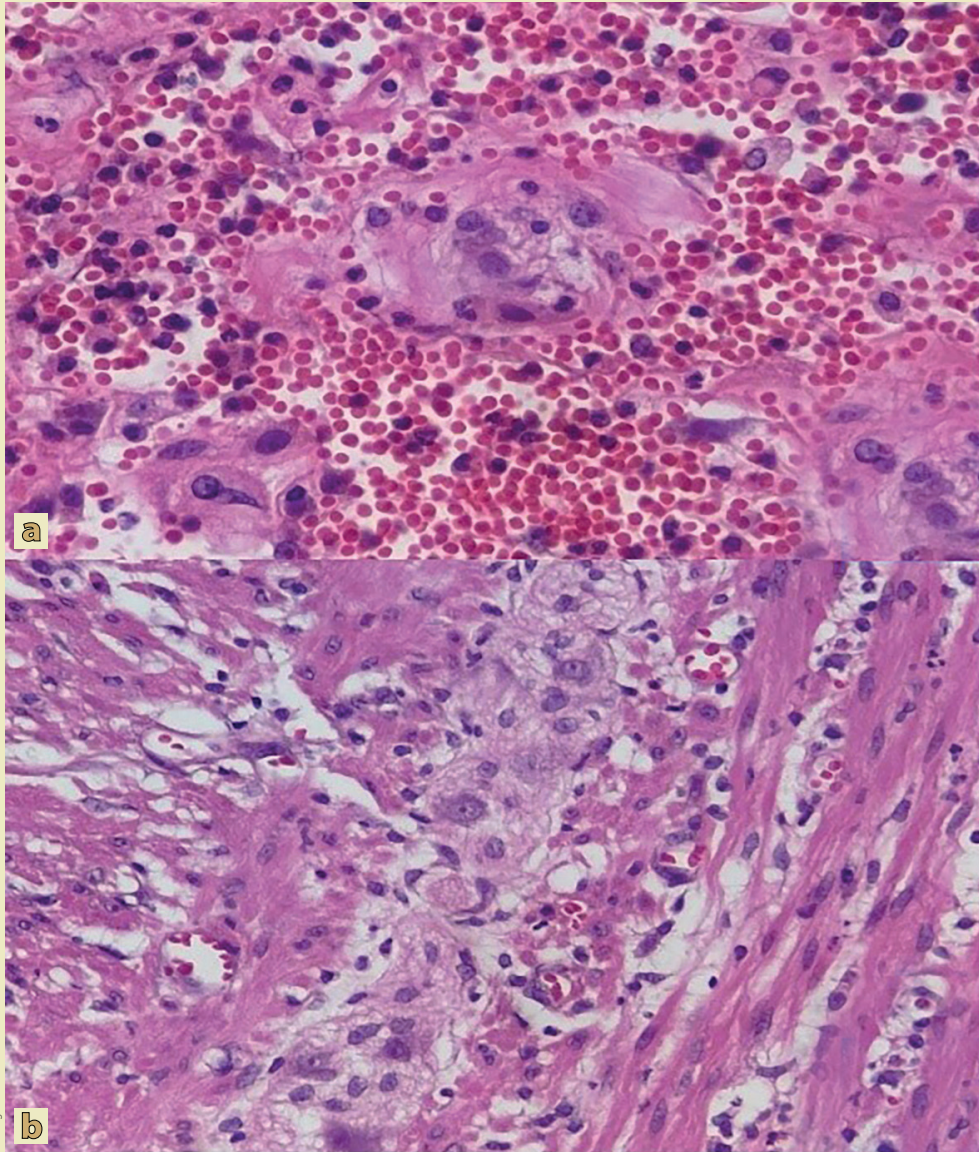


Foto: Aguilar Jaramillo et al.

Figura 4. a) Plexus submucoso y **b)** mientérico (HyE, 400 aumentos totales)

nica inespecífica, por lo que su diagnóstico resulta complejo. Sin embargo, ante un paciente que presente datos de oclusión intestinal, este deberá ser abordado de manera apropiada, incluyendo este diagnóstico dentro de las probables etiologías de la obstrucción intestinal, sobre todo en pacientes que hayan debutado con una clínica muy insidiosa y

persistente de dolor abdominal secundario a oclusión intestinal, sean jóvenes con o sin factores de riesgo de desarrollarla. ●

REFERENCIAS

1. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg* [Internet]. 2016;153(3):183-

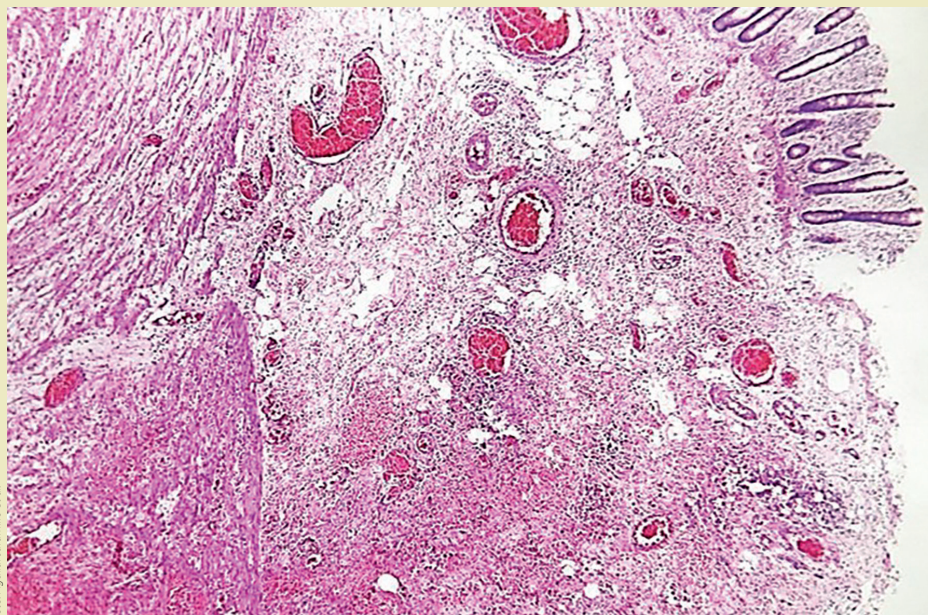


Foto: Aguilar Jaramillo et al.

Figura 5. Colitis isquémica transmural (HyE*, 40X). *Hematoxilina y eosina.

92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878788616300121>
2. Carmo L, Amaral M, Trindade E, Henriques-Coelho T, Pinho-Sousa J. Sigmoid volvulus in children: Diagnosis and therapeutic challenge. *GE Port J Gastroenterol* [Internet]. 2018;25(5):264-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000486242>
3. Esmat HA. Sigmoid volvulus in a teenager, successfully managed with endoscopic detorsion: An unusual case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2020;77:875-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.11.152>
4. Gohsman Z, Chan A, Davis MK. Endoscopic reduction of sigmoid volvulus in a 15-year-old male. *Glob Pediatr Health* [Internet]. 2021;8:2333794X211033438. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2333794X211033438>
5. Ranjan A, Jain V, Sharma S, Gupta DK. Sigmoid volvulus: an uncommon complication of Hirschsprung's disease. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2016;bcr2016214693. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2016-214693>
6. Abdelrahim A, Zeidan S, Qulaghassi M, Ali O, Boshnaq M. Dilemma of sigmoid volvulus management. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2022;104(2):95-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1308/rcsann.2021.0001>
7. Rojas-Gutiérrez CD, Haro-Cruz JS, Cabrera-Eraso DF, Torres-García VM, Salas-Álvarez JC, Valencia-Jiménez JO. Reporte de caso: vólvulo de sigmoides en un adulto joven, una manifestación de enfermedad de Hirschsprung. *Cir Cir* [Internet]. 2022;90(6):842-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.21000576>
8. Ballantyne GH, Brandner MD, Beart RW Jr, Ilstrup DM. Volvulus of the colon. Incidence and mortality. *Ann Surg* [Internet]. 1985;202(1):83-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/0000658-198507000-00014>
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* [Internet]. 2014;259(2):293-301. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0b013e31828c88ac>
10. Rosenthal MJ, Marshall CE. Sigmoid volvulus in association with parkinsonism. Report of four cases. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1987;35(7):683-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1987.tb04346.x>
11. Krupsky S, Halevy A, Orda R. Sigmoid volvulus in adolescence. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 1987;9(4):467-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00004836-198708000-00023>
12. Raveenthiran V. Emptiness of the left iliac fossa: a new clinical sign of sigmoid volvulus. *Postgrad Med J* [Internet]. 2000;76(900):638-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/pmj.76.900.638>
13. Catalano O. Computed tomographic appearance of sigmoid volvulus. *Abdom Imaging* [Internet]. 1996;21(4):314-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s002619900071>