



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-588 - DOBLE VÓLVULO DE SIGMA

Montemuiño Chulián, Noemí; Infantes Ormad, Marina; Reguera Rosal, Julio; Retamar Gentil, Marina; Marengo de la Cuadra, Beatriz; Lorence Tomé, Irene; Oliva Mompeán, Fernando; López Ruiz, Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: El vólvulo de sigma constituye la localización más frecuente de los vólvulos de colon, representando hasta el 70% de los mismos. Suele presentarse como un cuadro de obstrucción intestinal y su diagnóstico es fundamentalmente clínico y radiológico, mediante la realización de radiografía y/o tomografía computarizada (TC). El manejo del vólvulo de sigma continúa siendo controvertido, debido a la elevada morbilidad y mortalidad de una cirugía emergente, por lo que se aboga por un manejo inicial no quirúrgico, mediante la realización de devolvulación por vía endoscópica, y en casos de persistencia o recidiva, la cirugía. Presentamos un caso infrecuente de varón con doble vólvulo de sigma.

Caso clínico: Varón de 61 años que acudió a urgencias por dolor y cuadro de obstrucción intestinal de una semana de evolución. Se realizó TC abdominal urgente que constató la presencia de obstrucción intestinal por un doble vólvulo de sigma. Desde el servicio de Urgencias, se contactó con Digestivo para realización de colonoscopia urgente, en la que se objetivaron dos vólvulos de sigma, a 30 y a 90 centímetros del margen anal, respectivamente. Se intentó realizar devolvulación endoscópica en dos ocasiones, con recurrencia del cuadro confirmada en el TC abdominal de control. Dada la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente, se decidió realizar cirugía urgente de forma diferida. A las 48 horas del ingreso, el paciente fue intervenido, realizándose sigmoidectomía asistida por vía laparoscopia con anastomosis colo-cólica laterolateral mecánica, objetivándose durante la intervención la presencia de un sigma muy redundante con meso laxo que condicionaba dos vólvulos. Al cuarto día postoperatorio, el paciente comenzó con deterioro progresivo del estado general, por lo que se realizó nuevo TC abdominal urgente, con hallazgos sugestivos de dehiscencia de la anastomosis. Antes esta situación, se decidió intervención urgente, llevándose a cabo resección de la anastomosis y colostomía terminal. Finalmente, el paciente recibió el alta domiciliar a los 20 días de la primera intervención.



Discusión: Tras una exhaustiva revisión de la literatura, no hemos encontrado en el momento actual ningún caso como el que describimos. Existen varias referencias sobre los vólvulos compuestos, que suelen afectar al íleon y al colon sigmoide simultáneamente, así como algunos casos de vólvulo simultáneo de ciego y sigma. El diagnóstico preoperatorio es difícil, debido a la infrecuencia de esta patología y lo inespecífico de los hallazgos radiológicos, realizándose cirugía urgente ante el fracaso de manejo conservador, ya sea por vía abierta o por vía laparoscópica, como en el caso que presentamos. Por todo ello, podemos concluir que no existe en el momento actual un manejo idóneo estandarizado de esta patología, siendo necesario individualizar cada caso en función del tipo de vólvulo que presente el paciente.