

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Fundada en 1551

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Tesis

Digitales UNMSM

“CIRUGÍA DEL VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED

ENERO 1995 – DICIEMBRE 2001”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título Profesional de:

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

AUTOR

WALTER ULISES TRUJILLO HUACCHO

LIMA – PERÚ

2003

INDICE

- I.- RESUMEN
- II.- INTRODUCCIÓN
- III.- MATERIALES Y METODOS
- IV.- RESULTADOS
- V.- DISCUSIÓN
- VI.- CONCLUSIONES
- VII.- RECOMENDACIONES
- VIII.- BIBLIOGRAFIA

I. RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de 38 pacientes operados por vólvulo de sigmoides, en el Hospital de Apoyo La Merced, entre enero de 1995 a diciembre del 2001, para conocer la incidencia de esta patología, el manejo quirúrgico efectuado, saber su evolución y determinar la morbi-mortalidad.

Dentro de los resultados se tiene que, en cuanto al sexo hay un predominio del sexo masculino con 86.84% y femenino de 13.16%; la edad media es de 51 años con un rango de 22 a 90 años. El tiempo de enfermedad promedio fue de 2.26 días; la sigmoidectomía y anastomosis primaria se realizó en 27 pacientes (71.05%) y la colostomía en sus diferentes técnicas en 6 casos (15.70%), la anastomosis primaria en un solo plano se realizó en 24 pacientes (88.88%). La rotación del asa intestinal sigmoidea de 360° se presentó en 18 casos (47.35%). La morbilidad total fue de 36.84% y la mortalidad total fue de 18.42%. De los pacientes sometidos a sigmoidectomía más anastomosis primaria la morbilidad fue de 37.03%, la mortalidad de 11.11%, y la tasa de fuga anastomótica fue de 14.01%. De los pacientes sometidos a algún tipo de colostomía la tasa de morbilidad es de 66.66% y la mortalidad fue de 33.33%. La incidencia de relaparotomías fue de 13.15%, siendo las causas principales para realizar estas la infección intraabdominal y la obstrucción intestinal. La sepsis como causa de muerte se presentó en el 85.71% de los fallecidos. La estancia hospitalaria promedio fue de 15.75 días.

II. INTRODUCCION

El vólvulo de sigmoides es la torsión o rotación del colón sigmoides sobre su mesenterio, la que puede producir una obstrucción parcial o total de su luz; produce alteraciones circulatorias en sus paredes que puede conllevar a la necrosis de la misma.

El vólvulo de sigmoides (V.S) es la causa de más de la mitad de las obstrucciones intestinales en los hospitales andinos del Perú; es una patología poco frecuente en las literaturas europeas y norteamericanas, pero si es frecuente en los países africanos, asiáticos e hindúes. Esta patología era conocido en el antiguo Perú, los quechuas la llamaban “ Chiti Wicsa” (vientre hinchado) y los Aymarás “Chiti Uso”(mal de llenura) lo relacionaron con la ingesta de papas nuevas(Achu Chogue), por su frecuente presentación en la época de la cosecha.

PRAXAGONAS (350 a.C) Realizó la primera operación de obstrucción intestinal, practicando fístula enterocutanea , utilizaba opio para eliminar el dolor, mercurio y municiones de plomo para abrir las asas intestinales, lavado gástrico.

HARTWELHOUE (1912) observo que al administrar soluciones salinas se prolongaba la vida en pacientes con obstrucción intestinal.

1920. Con el advenimiento de los rayos X se mejora el diagnostico de la obstrucción intestinal.

1930. Se inicia el uso de la sonda nasogastrica y sondas intestinales para prevenir distensión abdominal, en pacientes con obstrucción intestinal.

1940 Se inicia la antibioticoterapia.

Los adelantos en el manejo de los hidroelectrolitos, la antibioticoterapia y el uso de la sonda nasogastrica, permite un mejor manejo del paciente que padece esta patología, porque mejorando el estado hemodinámico conlleva a un mejor pronostico y disminuye la morbi-mortalidad de estos pacientes.

Por la historia se sabe que inicialmente el tratamiento de esta patología fue eminentemente médico así LEICHTESTERN en 1876, utilizó el mercurio metálico, HUTCHINSON en 1878 uso la postura invertida con la finalidad de conseguir la desobstrucción intestinal y SYNDENHAN utilizó el opio en el manejo de la obstrucción.

Se considera a PRAXAGORA como el iniciador del tratamiento quirúrgico de la obstrucción intestinal practicando fístulas enterocutáneas mediante punción percutánea en casos de hernias estranguladas. LITTRE , en el siglo XIX fue el iniciador de las colostomias para resolver problemas de ano imperforado, procedimiento que posteriormente se extendió en la solución de la obstrucción intestinal.

El diagnostico actualmente se realiza fácilmente por la historia clínica, la cual se confirma con una radiografía simple de abdomen.

En el tratamiento del vólvulo de sigmoides actualmente existe una controversia (6,7,8). En países desarrollados, la devolvulación endoscópica seguida de cirugía electiva con colón preparado, constituye el tratamiento de elección (4,5), mientras que en países subdesarrollados como el nuestro, predomina el manejo de emergencia, con un manejo quirúrgico agresivo donde se decide por la resección con anastomosis primaria en un colon sin preparar y en un solo tiempo quirúrgico, y si hay necrosis se realiza cirugía en dos tiempos siempre; resección primaria con colostomía a lo Hartman, con una segunda intervención para

la re-anastomosis. En la actualidad la mayoría de autores(2,3) están de acuerdo, en que con la extirpación de la lesión causal en el primer acto quirúrgico y la resolución del caso con una sola intervención se consigue una menor morbilidad y mortalidad operatoria, así como se disminuye la estancia hospitalaria.

La introducción de los antibióticos a partir de 1940, el mejor conocimiento en el manejo hidroelectrolítico, y la depuración de las técnicas quirúrgicas y los avances en el campo de la anestesia han permitido que el pronóstico de la morbi-mortalidad de esta dolencia halla mejorado ostensiblemente hasta nuestros días.

El presente trabajo se realizó en el Hospital de Apoyo La Merced-Chanchamayo, con el fin de establecer los resultados del tratamiento quirúrgico del vólvulo de sigmoides, identificar los factores pronóstico para la evolución y determinar la morbilidad y mortalidad operatoria.

MATERIALES Y METODOS

El presente trabajo se realizó en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo La Merced, de la provincia de Chanchamayo, que cuenta con la capacidad de 60 camas. El estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo de los pacientes admitidos con el diagnóstico de vólvulo de sigmoides entre el 1° de enero del 1995 al 31 de diciembre del 2001.

Se revisaron los libros de reporte operatorio, confeccionando una lista de pacientes intervenidos por vólvulo de sigmoides, procediendo luego a la revisión de las historias clínicas.

Los datos fueron recolectados en una ficha previamente estructurada en la que se tomaron en cuenta diferentes variables como edad, sexo, procedencia, ocupación, síntomas, tipo de procedimiento quirúrgico realizado, complicaciones y mortalidad.

Criterios de inclusión :

- Pacientes operados por vólvulo de sigmoides.
- Pacientes cuya historia clínica presenta información legible y suficiente para los objetivos del estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con devolvulación espontánea, por sonda rectal no sometidos a cirugía.
- Pacientes con diagnóstico de VS fallecidos en fase preoperatoria.
- Pacientes cuya historia clínica presenta información insuficiente o no fue ubicada en el archivo.

Siguiendo la metodología anterior se obtuvo una lista de 98 pacientes operados de obstrucción intestinal, de los cuales 38 fueron operados de vólvulo de sigmoides, los cuales cumplieron los criterios de inclusión.

Previo análisis de los datos recolectados se presentaron los resultados en cuadros estadísticos y gráficos, respecto a cada variable considerada en el estudio que nos permita concluir y responder a los objetivos planteados.

IV. RESULTADOS: CUADROS Y GRAFICOS

CUADRO N° 1

PACIENTES OPERADOS POR VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED: ENERO 1995-DICIEMBRE 2001 SEGÚN EDAD Y SEXO

| EDAD | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | % |
|-----------------|-----------|----------|-------|--------|
| De 21 a 30 años | 2 | 1 | 3 | 7.89 |
| De 31 a 40 años | 10 | 1 | 11 | 28.94 |
| De 41 a 50 años | 5 | 1 | 6 | 15.78 |
| De 51 a 60 años | 7 | 1 | 8 | 21.05 |
| De 61 a 70 años | 4 | 1 | 5 | 13.50 |
| De 71 a más | 5 | | 5 | 13.50 |
| Total | 33 | 5 | 38 | 100.00 |
| % | 86.84 | 13.16 | | |

La distribución de acuerdo al grupo atareo y sexo, esta patología es más frecuente en el sexo masculino 33 casos (86.84%) y en mujeres 5 casos (13.16%), con una relación varón: mujer de aproximadamente 6:1. En cuanto a la edad el grupo atareo más afectado fue el comprendido de 31 a 40 años con 11 casos (28.94%), seguido de los de 51 a 60 años con 8 casos (21.05%). La edad media fue de 51 años con un rango de 22 a 90 años.

CUADRO N° 2

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001 SEGÚN PROCEDENCIA

| LUGAR DE PROCEDENCIA | NUMERO | PORCENTAJE |
|----------------------|--------|------------|
| PICHANAKI | 7 | 18.42 |
| La Merced | 10 | 26.31 |
| San Luis de Shuaro | 2 | 5.26 |
| Villa Perene | 8 | 21.05 |
| San Ramón | 6 | 15.78 |
| Pto. Bermúdez | 1 | 2.63 |
| Villa Rica | 2 | 5.26 |
| Vitoc | 1 | 2.63 |
| Satipo | 1 | 2.63 |

La procedencia fue del distrito de Chanchamayo(La Merced)10 casos (26.31%), seguido del distrito de Villa Perené con 8 casos (21.05%), Pichanaki 7 casos (18.42%), San Ramón 6 casos (15.78%), San Luis de Shuaro y Villa Rica con 2 casos cada una (5.26%), Puerto Bermúdez, Satipo y Vitoc 1 caso cada uno (2.63%).

La Provincia de Chanchamayo con sus distritos (Pichanaki, V. Perené, San Ramón, San Luis de Shuaro y Vitoc)tiene un total de 34 casos (89.47%), seguida de la provincia de oxapampa con 3 casos (7.89%) y la provincia de Satipo 1 caso (2.63%).

Los casos de vólvulo de sigmoides en nuestra provincia es debido a la migración del hombre del ande a estas zonas, por motivos de tipo económico, familias enteras migran por trabajo a la selva central para trabajar como jornaleros en la agricultura del café y frutales, estas personas mantienen sus costumbres y su disposición anatómica permite que se desarrolle dicho cuadro en este lugar del país.

CUADRO N°3

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL
HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
MANIFESTACIONES CLINICAS

| MANIFESTACION CLINICA | NUMERO | % |
|----------------------------|--------|--------|
| Dolor Abdominal | 38 | 100.00 |
| Distensión abdominal | 38 | 100.00 |
| Nausea y vómitos | 25 | 65.78 |
| No elimina flatos | 28 | 73.68 |
| Estreñimiento | 16 | 42.10 |
| Deshidratación | 15 | 39.47 |
| Reptación | 5 | 13.15 |
| Inestabilidad hemodinámica | 4 | 10.52 |
| Irritación peritoneal | 4 | 10.52 |
| Fiebre | 2 | 5.26 |

Según el presente cuadro, los principales síntomas que presentaron los pacientes fueron dolor abdominal y distensión abdominal en 38 casos (100%), no eliminación de flatos 28 casos (73.68%), náuseas y vómitos 25 casos (65.78%), estreñimiento 16 casos (42.10%), deshidratación 15 casos (39.47%), inestabilidad hemodinámica e irritación peritoneal 4 casos cada una (10.52%) y fiebre 2 casos (5.26%)

CUADRO N° 4

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL
HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
TIEMPO DE ENFERMEDAD

| Tiempo de enfermedad(horas) | Número | % |
|-----------------------------|--------|-------|
| 0 a 23 | 15 | 39.47 |
| 24 a 47 | 10 | 26.31 |
| 49 a 72 | 7 | 18.42 |
| 73 a 96 | 3 | 7.89 |
| 97 a más | 3 | 7.89 |

La duración promedio de los síntomas fue de 2.26 días, con un rango de 8 horas a 8 días. 15 pacientes legaron con menos de 24 horas de enfermedad (39.47%), 10 pacientes(23.31%) con 2 días de enfermedad, 7 pacientes (18.42%) con 3 días de enfermedad y 3 pacientes (7.89%) con 4 y más de 6 días de enfermedad respectivamente.

CUADRO N°5

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001 SEGÚN RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN

| Signo Rx | Número | % |
|--------------------|--------|-------|
| Asa gruesa disten. | 17 | 44.73 |
| Nivel HA | 3 | 7.89 |
| Neumoperitoneo | 0 | 0 |
| No se hizo | 18 | 47.36 |

La radiografía simple de abdomen en posición de pie es de mucha ayuda en el diagnóstico de esta patología, la cual permite observar imágenes de dilatación del asa sigmoidea como “neumático de carro” “grano de café”, estos hallazgos se encontró en 17 pacientes (44.73%), niveles hidroaereos en 3 casos (7.89%) y no se realizo la Rx en 18 casos (47.36%).

CUADRO N°6

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001 SEGÚN TRATAMIENTO PREOPERATORIO

| Tratamiento | Número | % |
|--------------|--------|--------|
| Hidratación | 38 | 100.00 |
| Antibióticos | 38 | 100.00 |
| SNG o Rectal | 36 | 94.73 |
| CAF | 29 | 76.31 |
| GTM | 34 | 89.47 |
| Clindamicina | 3 | 7.89 |
| Ranitidina | 10 | 26.31 |

En el pre operatorio los pacientes recibieron el siguiente manejo hidratación 38 caso (100%), antibióticos parenterales 38 pacientes (100%), sonda nasogástrica y rectal 36 pacientes (94.73%), Ranitidina 10 pacientes (26.31%) . De los antibióticos utilizados la gentamicina se administro en 34 pacientes (89.47%), el cloranfenicol en 29 pacientes (76.31%), Clindamicina en 3 pacientes (7.89%).

La combinación de CAF y GTM sigue siendo una buena alternativa en la medicación preoperatoria en casos de vólvulo de colon sigmoides, en los casos estudiados se administro en 29 pacientes (76.31%).

CUADRO N°7

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL
HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
SEGÚN TIPO DE INCISIÓN

| Tipo de Incisión | Número | % |
|------------------|--------|-------|
| MSIU | 35 | 92.10 |
| PMI | 1 | 2.63 |
| MIU | 2 | 5.26 |

En las intervenciones quirúrgicas realizada la incisión que más se empleo fue la mediana suprainfraumbilical con 35 casos (92.10%), seguido de la mediana infraumbilical con 2 casos (5.26%), la paramediana izquierda 1 caso /2.63%).

CUADRO N°8

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL
HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
SEGÚN EL ESTADO DEL SIGMOIDES

| Estado del asa sigmoides | Número | % |
|--------------------------|--------|--------|
| Viable | 29 | 76.31 |
| No viable | 9 | 23.68 |
| Total | 38 | 100.00 |

Al momento de la intervención quirúrgica, el estado del asa intestinal sigmoidea fue viable en 29 casos (76.31%) y no viable en 9 casos (23.68%).

CUADRO N°9

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

| Tipo de Técnica Qx. | Número | % |
|--------------------------------------|--------|--------|
| Resec. Primaria y anast TT | 27 | 71.05 |
| Resec. Primaria + colost. transversa | 4 | 10.52 |
| Resec. Primaria + colost. Hartmann | 2 | 5.26 |
| Resec. Primaria + iliostomia | 1 | 2.63 |
| Devolvulación simple | 2 | 5.26 |
| Fallecido en acto Qx. | 2 | 5.26 |
| Total | 38 | 100.00 |

Dentro de las técnicas quirúrgicas empleadas para resolver este cuadro clínico sobresale la resección primaria y anastomosis termino terminal con 27 casos (71.05%), seguido de la resección primaria + colostomia transversa con 4 casos (10.52%), la resección primaria + colostomia a lo Hartmann 2 casos (5.26%), Devolvulación simple 2 casos (5.26%), resección primaria más iliostomía 1 caso (2.63%). Las colostomias en su conjunto hacen un total de 6 casos (15.78%) las cuales se práctico en pacientes que ingresaron con asa sigmoidea con signos de necrosis no viable y paciente en mal estado general. Se resalta aquí que en el acto operatorio 2 pacientes fallecieron.

CUADRO N°10

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
SUTURA DE LA ANASTOMOSIS PRIMARIA

| Tipo de sutura | Número | % |
|----------------|--------|--------|
| Dos planos | 3 | 11.11 |
| Un plano | 24 | 88.88 |
| Total | 27 | 100.00 |

De los pacientes sometidos a anastomosis primaria, se realizó la sutura en un solo plano en 24 casos (88.88%) y sutura en dos planos en 3 casos (11.11%). Obteniendo con ambos buenos resultados.

CUADRO N°11

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
TAMAÑO DE RESECCIÓN

| Tamaño de Resección | Número | % |
|---------------------|--------|--------|
| 20 – 40 cm | 3 | 8.33 |
| 41 - 60 cm | 19 | 52.77 |
| 61 – 80 cm | 7 | 19.44 |
| No reportado | 7 | 19.44 |
| Total | 36 | 100.00 |

La resección intestinal a realizarse depende de la longitud de asa intestinal vovulada, así como también del estado en que se encuentre su vascularidad y de la viabilidad del asa, en el presente trabajo la resección que más se empleo de 41 a 60 cm.(52.77%)19 casos, seguido de la de 61 a 80 cm. de resección (19.44%)7 casos y de 20 a 40 cm 3 casos (8.33%).No se reportaron 7 casos (19.44%).

CUADRO N°12

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001 ROTACIÓN DEL VÓLVULO

| Grado de rotación | Número | % |
|-------------------|--------|--------|
| 180° | 3 | 7.89 |
| 270° | 9 | 23.68 |
| 360° | 18 | 47.36 |
| No reportados | 8 | 21.05 |
| Total | 38 | 100.00 |

Depende del grado de rotación del asa volvulada, para que el cuadro clínico sea agudo o sub-agudo, a mayor grado de rotación el cuadro es más agudo y la posibilidad de necrosis del asa es en menor tiempo. En el presente trabajo se encontró que mayormente se presentaron rotación de 360° en 18 caso (47.36%), seguidos de los de rotación de 270° con 9 casos (23.68%) y de 180° 3 casos (7.89%). No se reportaron en 8 casos (21.05%).

CUADRO N°13

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS

| Procedimiento | Número | % |
|----------------------|--------|-------|
| Apendicetomía | 8 | 21.05 |
| Colecistectomía | 1 | 2.63 |
| Resec + anast int.d | 1 | 2.63 |
| Devolv. De asa delg. | 1 | 2.63 |

Dentro de los procedimientos asociados durante la intervención por vólvulo de sigmoides, se realizaron 8 apendicetomías (21.05%), 1 colecistectomía (2.63%) y de igual forma se realizaron 1 devolvulación de asa intestinal delgada y otra resección y anastomosis primaria de asa delgada.

CUADRO N°14

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
HALLAZGOS ASOCIADOS

| Hallazgos | Número | % |
|-----------------------------|--------|-------|
| Bridas y adherencias | 5 | 13.15 |
| Peritonitis | 5 | 13.15 |
| Necrosis del marco colónico | 1 | 2.63 |
| Perforación del sigmoides | 1 | 2.63 |
| Vólvulo de intes. delgado | 1 | 2.63 |
| Perforación de intes. Delg. | 1 | 2.63 |

Dentro de los hallazgos asociados en el momento de la intervención se encontró, 5 casos de bridas y adherencias (13.15%), 5 casos de peritonitis (13.15%), y necrosis del marco colónico, vólvulo de intestino delgado y perforación del intestino delgado 1 caso cada uno (2.63%).

CUADRO N°15

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001 COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

| Tipo de Complicación | Número | % |
|--------------------------|--------|-------|
| Sepsis | 8 | 21.05 |
| Infección de herida | 5 | 13.15 |
| Fístula enterocutanea | 5 | 13.15 |
| Infección intraabdominal | 3 | 7.89 |
| Infección respiratoria | 2 | 5.26 |
| Infección intestinal | 2 | 5.26 |
| CID | 1 | 2.63 |

De los pacientes sometidos a intervención por vólvulo de sigmoides en el post operatorio presentaron complicaciones, así 8 casos presentaron Sepsis (21.05%), 5 casos infección de herida operatoria (13.15%), igual 5 casos fístula enterocutánea (13.15%), 3 casos infección intraabdominal (7.89%) y las infecciones digestivas y respiratorias presentaron 2 casos cada una (5.26%), hubo un caso de CID (2.63%).

CUADRO N°16

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL
HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
CAUSA DE MUERTE

| Causa de muerte | Número | % |
|-----------------|--------|-------|
| Sepsis | 6 | 15.78 |
| CID | 1 | 2.63 |
| Total | 7 | 18.42 |

Del total de pacientes intervenidos por vólvulo del colon sigmoides fallecieron 7 dando una mortalidad de 18.42%, la principal causa de muerte es la Sepsis 6 caso (15.78%) y 1 caso por CID (2.63%).

CUADRO N°17

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL
HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
CAUSAS DE MORBILIDAD

| Variable | Sigmoidectomía + anastomosis prim. | | Sigmoidectomía + colostomía | |
|---------------------|---------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|
| | N= 27 | % | N= 6 | % |
| Morbilidad total | 10 | 37.03 | 4 | 66.66 |
| Fuga anastomótica | 4 | 14.81 | 1 | 16.66 |
| Infección de herida | 3 | 11.11 | 2 | 33.33 |
| Sepsis | 5 | 18.51 | 3 | 50.00 |
| Infección intraabd. | 2 | 7.40 | 1 | 16.66 |
| Compl. Por colost. | | | 1 | 16.66 |
| Mortalidad | 3 | 11.11 | 2 | 33.33 |

De acuerdo a la técnica quirúrgica empleada, en los que se practico la sigmoidectomía + anastomosis primaria la tasa de morbilidad total es de 37.03% (10 casos), donde predomina la Sepsis con 5 casos (18.51%), seguido de la infección de la herida operatoria 3 casos (11.11%). La tasa de mortalidad para este tipo de intervención es de 3 casos (11.11%).

En los pacientes sometidos a la técnica de sigmoidectomía + colostomía la tasa de morbilidad es de 66.66% (4 casos), donde predomina la Sepsis con 3 casos (50.00%), seguido por la de infección de herida operatoria 2 casos (33.33%) y la infección intraabdominal como la complicación por la colostomía 1 caso cada una (16.66%). La tasa de mortalidad es de 33.33% (2 casos).

CUADRO N°18
PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL
HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
RELAPAROTOMÍA

| N° Relaparotomías | N° Pacientes | Total de relaparotomías |
|-------------------|--------------|-------------------------|
| 1 | 3 | 3 |
| 2 | 1 | 2 |
| 3 | 1 | 3 |
| Total | 5 | 8 |

Un total de 5 pacientes (13.15%) se sometieron a 8 relaparotomías, 3 pacientes (7.89%) tuvieron una relaparotomía y 2 (5.26%) a más de una relaparotomía. La indicación más frecuente de relaparotomía es la infección intraabdominal y las obstrucciones intestinales.

CUADRO N°19

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL
HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001
HALLAZGOS OPERATORIOS EN LAS RELAPAROTOMÍAS

| Hallazgos | Número | % |
|--------------------------|--------|------|
| Infec. intraabdominal | 3 | 7.89 |
| Fístula | 3 | 7.89 |
| Dehiscencia de rafia | 3 | 7.89 |
| Obstrucción intestinal | 2 | 5.26 |
| Retracción de colostomía | 1 | 2.63 |
| Necrosis de colostomía | 1 | 2.63 |

Dentro de los hallazgos en las relaparotomías, se encontró 3 casos debido a infección intraabdominal (7.89%), de igual forma se encontró 3 casos de fístulas (7.89%), obstrucción intestinal 2 casos (5.26%), también encontramos 1 caso (2.63%) de retracción de colostomía y necrosis de colostomía.

CUADRO N°20

PACIENTES OPERADOS DE VÓLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO LA MERCED, ENERO 1995- DICIEMBRE 2001 ESTANCIA HOSPITALARIA

| Días de hospitalización | Número | % |
|-------------------------|--------|-------|
| De 3 a 4 días | 2 | 5.26 |
| De 5 a 6 días | 3 | 7.89 |
| De 7 a 8 días | 7 | 18.42 |
| De 9 a 10 días | 8 | 21.05 |
| De 11 a 12 días | 2 | 5.26 |
| De 13 a 14 días | 3 | 7.89 |
| De 15 a 16 días | 3 | 7.89 |
| De 17 a 18 días | 1 | 2.63 |
| De 19 a más días | 7 | 18.42 |

En cuanto a la estancia hospitalaria el mayor número de pacientes permaneció de 9 a 10 días 8 casos (21.05%), le sigue los que permanecieron de 7 a 8 días con 7 casos (18.42%), también hubo los que permanecieron más de 19 días en un total de 7 caso (18.42%) estos generalmente son los que presentaron en el post operatorio complicaciones de diverso índole y los que fueron relaparotomizados.

V. DISCUSIÓN

El vólvulo del sigmoides es una patología de urgencia que se presenta en los hospitales de la zona andina en nuestro país. En el presente estudio se analiza la incidencia, el manejo quirúrgico empleado, las complicaciones y la morbi-mortalidad del vólvulo del sigmoides en el hospital de apoyo La Merced, ubicada esta en la Provincia de Chanchamayo, la cual cuenta con una población total de 145,243 habitantes, que de acuerdo a su distribución geográfica el 51% se ubica en la zona rural; el estudio analiza los casos de vólvulo del sigmoides en el periodo de enero de 1995 a diciembre del 2001.

El vólvulo del colon puede producirse en cualquiera de sus segmentos, pero su mayor incidencia se presenta en el colon sigmoides, es 5 ó 6 veces más frecuente que el del ciego de acuerdo a la literatura revisada (2,4,8,10).

El vólvulo del sigmoides puede presentarse a cualquier edad, en nuestro trabajo se presento mayormente entre los 30 a los 60 años, la cual coincide con algunos trabajos publicados, así también difiere con otros resultados publicados en la que presentan mayor frecuencia entre las edades de 50 a 70 años (1,2,3). Es una patología que se presenta en ambos sexos, teniendo predominancia el sexo masculino en una relación de 6 a 1 respecto a las mujeres (cuadro N°1).

Las manifestaciones clínicas encontradas en los pacientes estudiados, cuales son: dolor abdominal, no eliminación de flatos, estreñimiento, nauseas y vómitos, es coincidente con todas las bibliografías revisadas. La evolución del cuadro clínico depende mucho del grado de rotación que tenga el vólvulo, cuando es mayor de 360° fácilmente y en menor tiempo se puede llegar a la necrosis y la perforación intestinal, de allí la importancia de realizar un diagnóstico oportuno y dar un tratamiento eficaz; en el presente trabajo en 9 casos (23.68%)el asa intestinal era no viable.

Por otro lado la mayor parte de pacientes acudieron a nuestro hospital con menos de 48 horas de enfermedad 25 casos (65.78%), frente a 3 casos (7.89%) que presentaron más de 96 horas de enfermedad.

El manejo tradicional de la patología urgente benigna de colon izquierdo, con descompresión proximal del mismo y el tratamiento quirúrgico definitivo en un segundo o tercer tiempo, presenta alta tasa de morbi-mortalidad, prolongada estancia hospitalaria y alta incidencia de fistulas fecales(19,46), lo que conlleva a distintos autores a buscar nuevas alternativas de manejo quirúrgico.

A pesar de los avances en el cuidado peri operatorio del paciente, los avances de las técnicas anestésicos y el uso de antimicrobianos efectivos la morbi-mortalidad asociada a la cirugía de emergencia del vólvulo de sigmoides es considerable (6,15,47).

En el hospital de apoyo La Merced, como en otros hospitales del país, el tratamiento quirúrgico es de elección, debido a la falta de facilidades para realizar la descompresión

endoscópica; otro factor importante es el rechazo por el paciente a una cirugía electiva luego de la devolvulación (17,26) por eso predominan las técnicas de resección.

Se han descrito una serie de procedimientos quirúrgicos que van desde la simple laparotomía y destorción del vólvulo con fijación del meso sigmoides, hasta resecciones colónicas (4,13). En el presente trabajo, en la mayoría de los pacientes (86.83%) se optó por una actitud quirúrgica resectiva (cuadro N°9), conducta que coincide con lo recomendado en la literatura revisada (2,4,8,11); la resección y anastomosis primaria se realizó en el 71.05% de pacientes, la resección primaria más colostomía en 15.78% y la devolvulación simple en 5.26% de pacientes.

La anastomosis primaria realizada en nuestros pacientes, predomina la realizada en un solo plano 88.88% de pacientes y en 11.11% se realizó en dos planos, estas técnicas se pueden realizar indistintamente siempre y cuando los bordes a anastomosar estén en buenas condiciones.

La tasa de mortalidad global operatoria fue 18.42%, la cual es alta en comparación a lo reportados por algunos autores como J.Kaiser en Trujillo reporta 17% de mortalidad (31), V. Macagno en La Oroya 16.6% (23 E. Castillo en Abancay 7.2% (48), V. Amar en Cusco 10.4% (38). La elevada tasa de mortalidad encontrada, se debería en el retraso por acudir el paciente al establecimiento de salud más cercano, esta por que en el área rural de nuestra provincia existe poblaciones que para acudir al centro de salud más cercano tiene que caminar 3 ó 4 horas, estos pacientes generalmente llegan con el cuadro clínico avanzado y complicado con signos de sepsis, como puede verse en el (cuadro N°16) la principal causa de muerte en nuestros pacientes es la sepsis.

Actualmente existe la tendencia de resolver esta emergencia quirúrgica en un solo tiempo, de los cuales hay estudios que favorecen esta actitud quirúrgica (16,20,43,49). La tasa de mortalidad para el grupo de sigmoidectomía y anastomosis primaria fue 11.11% en el presente trabajo, aún así sigue siendo alta nuestra mortalidad comparando a otros trabajos (7,24,43).

En el presente estudio todos los pacientes fueron sometidos a cirugía de emergencia con colon no preparado como en otros centros (17,21,43,49), con una tasa de fuga anastomótica de 14.81%, una tasa de infección de la herida operatoria de 11.11%, y una morbilidad de 37.03%, para los pacientes operados en un solo tiempo, sigmoidectomía más anastomosis primaria.

La colostomía principalmente la técnica de Hartmann, sigue siendo un procedimiento útil para la cirugía de emergencia del vólvulo de sigmoides (20,32)). Se recomienda su uso cuando el paciente se encuentra en malas condiciones o cuando se presenta necrosis extensa del colon sigmoides y esta se extiende al colon descendente (12).

Los pacientes sometidos a colostomía presentaron una mortalidad de 33.33 % y una morbilidad de 66.66%, presentando una tasa de infección de herida operatoria de 33.33% , estos pacientes generalmente presentaron mal estado general, inestabilidad hemodinámica y

necrosis del colon sigmoides, por lo que se encuentra alta tasa de morbi-mortalidad en estos pacientes; la colostomía y principalmente la técnica de Hartmann, tiene vigencia para resolver estos tipos de cirugía.

En el presente trabajo se reoperaron cinco pacientes (13.15%), siendo las causas principales para realizar la reintervención, la infección intraabdominal y la obstrucción intestinal, existen diversos factores que influyen en la cicatrización de la anastomosis colónica, tales como la isquemia, la edad, la anemia, el estado nutricional, la infección peritoneal, estados patológicos intercurrentes; lo que conlleva a una evolución post operatoria inadecuada presentándose la dehiscencia de la anastomosis, la cual va a conllevar a la necesidad de una reintervención (49,50).

El tratamiento quirúrgico de emergencia del vólvulo sigmoides en un solo tiempo en un colon sin preparar parece tener buenos resultados, por lo que se puede aplicar a la mayoría de pacientes que presentan esta patología; resolviendo la emergencia en un solo acto quirúrgico; esto es beneficioso para el paciente por lo que se reincorpora en menor tiempo a sus quehaceres habituales y sin colostomía.

El manejo de esta patología debe ser individualizado, según un adecuado juicio clínico, teniendo en cuenta la condición del paciente, los hallazgos intra operatorios y la experiencia del cirujano.

VI. CONCLUSIONES

1. El vólvulo del sigmoides se presenta con un predominio en el sexo masculino, en las edades de 30 a 60 años.
2. Es una patología que se presenta más frecuentemente en el hombre proveniente de las zonas andinas.
3. El diagnóstico básicamente es clínico y radiológico.
4. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, previene las complicaciones que se pueden dar por esta patología.
5. La cirugía de emergencia puede practicarse en un solo tiempo, en una asa intestinal viable y si la necrosis del asa esta limitada al sigmoides.
6. El lavado colónico intra operatorio es innecesario, su uso podría ser perjudicial.
7. La morbilidad y mortalidad se mantienen elevadas en los pacientes con factores pronósticos negativos.

VII. RECOMENDACIONES

1. Realizar educación sanitaria a la población predispuesta a presentar esta patología.
2. Realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento quirúrgico oportuno.
3. Es importante que los médicos especialista hagan rotaciones en centros de mayor especialidad, para mejorar su técnica quirúrgica, para resolver mejor esta emergencia colónica.
4. Realizar en el peri operatorio, un manejo adecuado del estado hemodinámico, con uso racional de hidroelectrolitos, antimicrobianos; para así mejorar el pronóstico del paciente.
5. Con respecto a la técnica quirúrgica, se recomienda que esta sea con resección intestinal y anastomosis primaria término- terminal.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. AMBRIZ LOPEZ, GERARDO. Vólvulo de sigmoides, servicio de gastroenterología. Octubre 2000.
2. FRISANCHO D. FRISANCHO O. Vólvulo intestinal en la altura. Editado por los autores . Puno 1986, pp. 19-49.
3. ASPILLAGA MOREY, ERNESTO. Obstrucción intestinal con isquemia, 1999.
4. ROMERO TORRES, RAÚL. Tratado de cirugía general, 3ª Edición 2000. 23:1120-1129.
5. BARBOZA . Principios y terapéutica quirúrgica. 1ª Edición 1999, 10: 455-477.
6. BIONDO S. Y Col. Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis in peritonitis and obstruction. Br. J Surg 1997; 84:222-225.
7. DIAZ PLASENCIA J, SÁNCHEZ CC, BARDALES CM y Col. Mortalidad operatoria en el vólvulo de sigmoides. Rev. Gastroenterología Perú 1993, 13: 37-44.
8. SABISTON DC. Tratado de patología quirúrgica, XV edición. México. Mc Graw-Hill . Interamericana; 32:1087-1091.
9. MC DONALD, BOGGR HW. Volvulus of sigmoid, Review of 38 cases. J Chir. Paris 1990 Nov.127, 19 (6): 435-441.
10. PORRO N. NICOLS, CASTELLS AV. ROLANDO. Vólvulo del colon. Revista de la Sanidad Militar, Julio-agosto 1993.
11. JUAN R. MICHANS y Col. Patología quirúrgica, 4ª Edición, El Ateneo 1988, pp. 891-896.
12. FRISANCHO P. DAVID. Dolico megacolon Andino. Tesis Doctoral, UPCH, Lima 1974.
13. HERAMBA PRASAD N. Obstrucción intestinal, manual de medicina de urgencia; 4ª Ed. México, Mc Graw, Interamericana. Vol. I , pp. 308-310.
14. KOSTRISKY PEREIDA, ALEXIS. Vólvulo de sigmoides, casuística del Hospital Nacional Cayetano Heredia 1969-1989.
15. GIBNEY E. Volvulus of the sigmoid colon. Surg Gynecol Obstetrics 1991; 173: 243-255.

16. VENERO C. Vólvulo del sigmoides, Rev. Cirujano 1985;2:30-32.
17. FRISANCHO D. Y Col. Dolicomegasigmoides volvulado. Rev. Gastroenterología del Perú, 1983; 3: 73-81.
18. HIDALGO R.I. Vólvulo de sigmoides estudio de los pacientes operados en el Hospital Cayetano de Heredia 1969-1989.
19. GOLIGHER JC, SMIDDY FG. The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum. Br. J. Surg 1957, 45: 270-274.
20. COLLAZO E. NOCI M, PANADERO D, SALAS J. Anastomosis primaria en el colon sin preparación previa, Cir. Ibero Americana 1994, 2:141-143.
21. GIBNEY E.J. Sigmoid volvulus in rural Ghana. Br. J Surg 1989;76:737.
22. PELAYO S A, PEREZ R L, VIÑAS S J. Y Col. A propósito de 35 casos; Cir Esp. 1997,62(4):291-293.
23. MACAGNO U. Consideraciones etiopatogénicas del vólvulo colonico en el nativo de altura. Tribuna médica 255:145, Lima 1979.
24. GURMENDI R. Vólvulo del asa sigmoidea, XI Congreso Peruano de cirugía, Lima 1968.
25. CHUNG R S. Colectomy for sigmoid volvulus. Dis Colon & Rectum 1997, 40:363-365.
26. SALAS D. Correlato sobre resecciones de colon. Cirugía Cusqueña 1985; 3: 45-50.
27. SCHWARTZ S I, SHIRES G T, SPENCER F C. Principios de cirugía, 5ª Ed . Nueva editorial Interamericana, México 1991; pp. 1124-1126.
28. ROBINS S L, KUMAR V, COTRAN S R. Patología estructural y funcional; 4ª Ed. Editorial interamericana, Mc Graw-hill. España 1990: 909-911.
29. SÁNCHEZ M I, PEREZ G A, QUINTOS A C. Y Col. Vólvulo del sigmoides, diez años de experiencia; cirugía general 1995; 17(4):292-296.
30. CASAS DIAZ, EDMUNDO. Vólvulo del colon sigmoides, hospital Alberto Hurtado Abadía, La Oroya, 1991-2001.
31. KAYSER A. Vólvulo del colon, modificaciones de la morbilidad y mortalidad por la técnica de resección inmediata y anastomosis primaria. Univ. Nacional de Trujillo, 1989.

32. SCHAGEN VAN, LEEUWEN J H. Sigmoid volvulus in a west African population, Dis colon Rectum 1985;28:712.
33. ANDERSON J R. The managenet of acute sigmoid volvulus. Br. J surg 1981; 68:117-120.
34. ALEJANDRO RADATA OVALLE. Tratamiento del vólvulo de sigmoides por endoscopia; Chile,94:22.
35. SIERRA E, BERMÚDEZ Ch, ALMENARES L. Vólvulo del sigmoides, estudio de 63 pacientes. Rev. Cubana cirugía 1997; 36(2):147-152.
36. THOMPSON W H F y Col. On-table lavage to achieve safe restorative rectal and emergency left colonic resection without covering colostomy resection without covering colostomy. Br. J Surg 1986, 73:61.
37. BARBOZA E. Manejo quirúrgico del vólvulo de sigmoides. Rev. Cirujano 1984;1:12-17.
38. AMAR VELASCO, VICTOR. Cirugía de emergencia en el vólvulo de sigmoides. Hospital de Apoyo Departamental del Cusco, 1995-1998.
39. CORMAN M L. Colon and Rectal surgery second Ed. JB Lippincotl company 1989.Volvulus. Chapter 15:729.
40. FIELDING L P, STEWART, BROWN S. Anatomic integrity after operation for large bowel cancer a multicenter study Br. Med 1980; 281:911-914.
41. CASAS L, TAPIA M, REYMER R. Resección con anastomosis primaria en el manejo por emergencia del vólvulo de sigmoides. Hospital El Carmen-Huancayo, 1996-1999.
42. HAYES D J, HAYES M A, HAYES V M. Tratamiento quirúrgico del vólvulo. Rev. Inst Med. Sucre 1995, 41(105): 44-49.
43. SEBASTIAN R. y Col. Vólvulo del Sigmoides en el Hospital Dos de Mayo 1960-1985, Rev. Cirujano 1985,(2): 157-159.
44. PEREZ RODRÍGUEZ MAURO. Obstrucción intestinal en la altura casuistica del Hospital D.A. Carrión ,Huancayo 1997.
45. TITO URQUIAGA M, CABRERA E, CONTRERAS V. Volvulo del colon, experiencia de 77 casos.

46. KILLINBACK M, Management of perforate diverticulitis. Surg Clin. Nort Am 1983; 63: 97-115.
47. BALLANTYNE G H. Review of sigmoid volvulus: History and results of treatment Dis Colon & Rectum 1982;25: 494-501.
48. CASTILLO CASAVARDE, ERWIN. Cirugía del vólvulo de sigmoides en el Hospital Guillermo Diaz de la Vega Abancay, 1998-1999.
49. ANDER SB. One-stage resection of acute sigmoid volvulus Br. J Surg 1995;82:1635-1636.
50. KORUDA MJ, ROLANDELLI RH. Experimental studies on the healling of colonic anastomoses. J. Surg Res 1990;48:504-515.