
VOLVULOS DE COLON DERECHO

Dr. Néstor Adrián Fernández Céspedes, Dr. Pedro Pablo Perrotti,
Dr. Sergio Andrés Sandrigo, Dra. Karina Mariel Girolodi

RESUMEN

El sitio más usual del vólvulo es el colon izquierdo (sigmoides), constituyendo una forma bien reconocida, sobre todo en nuestra zona, como complicación del megacolon. Sin embargo, en nuestro hospital se atiende con relativa frecuencia vólvulos de colon derecho, por ello, hemos considerado interesante remitirnos a éste tema.

Objetivo: Analizar la incidencia del vólvulo de colon derecho, comparar ésta con la del colon izquierdo, y observar los resultados del tratamiento instaurado en vólvulos cecales.

Lugar de Aplicación: Servicio de Cirugía General del Hospital "Dr. Julio C. Perrando". Resistencia, Chaco.

Diseño: Trabajo retrospectivo y observacional.

Métodos: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de 63 pacientes con diagnóstico clínico de abdomen agudo obstructivo y diagnóstico intraoperatorio de vólvulo colónico; desde mayo de 1997 a mayo de 2004.

Resultados: De los 63 Pacientes, 47 (75%) fueron varones y 16 (25%) mujeres. De éstos, 54 (85,7 %) presentaron vólvulos izquierdos (sigmoides) con una edad media de 70 años; mientras que 9 (14,3 %) vólvulos derechos (ciego), con edad media de 50 años. En estos últimos, el tratamiento fue quirúrgico: desvolvulación y pexia en 2 casos (22%) y, hemicolectomías derechas en 7 casos (78%), asociados a ileotransversoanastomosis en 2 (29%) pacientes y a ileostomías más fístula mucosa, por compromiso vascular, perforación y peritonitis generalizada los 5 (71%) restantes.

Del total de pacientes con vólvulos cecales (9), se registraron complicaciones en 6 casos (66,67%). Entre las complicaciones, se constató 1 caso de óbito (16,66%), 3 casos de infección de la herida operatoria (50%), 1 caso de evisceración (16,66%) y 1 caso de fístula enterocutánea (16,66%).

Discusión: El vólvulo del colon derecho se observa en el adulto joven, suponiendo causa congénita, con diferentes patrones anómalos de fijación del ciego, permitiéndole movilidad y mal rotación, condicionando la torsión. A consecuencia de su presentación solapada al inicio, la consulta es tardía con cuadros frecuentes de peritonitis, por lo que la morbilidad es elevada, a pesar de la terapéutica empleada.

Palabras claves: vólvulo de colon derecho, desvolvulación y pexia, hemicolectomía derecha, complicaciones.

SUMMARY:

The most usual site of volvulus is left colon (sigmoid), constituting a recognized form, mainly in our province, like megacolon complication. Nevertheless, in our hospital it is taken care of with relative frequency right colon volvulus, for this reason, we have considered interesting to be sent to this one subject.

Design: Retrospective, descriptive.

Objective: To analyze right colon volvulus incidence, to compare this one with left colon volvulus, and to observe the results of the treatment restored in cecum volvulus.

Setting: "Dr Julio C. Perrando" Hospital. Surgery General Service. Resistencia, Chaco.

Methods: Retrospective analysis of clinical histories of 63 patients with clinical diagnosis of obstructive acute abdomen and surgical diagnosis of volvulus; from May 1997 until May 2004.

Results: In 63 patients, 47 (75%) were men and 16 (25%) women. Of these, 54 (85.7 %) present left volvulus (average age 70 years) and 9 (14.3 %) rights vulvulus (average age 50 years). In these last ones, treatment was surgery: disvolvulation and pexy in 2 cases (22%) and right hemicolectomy in 7 cases (78%), associated to anastomotic ileotransverse in (29%) patient and 2 ileostomy more mucous fistula, by vascular commitment, perforation and generalized peritonitis 5 (71%) remaining ones. All patients with cecum volvulus (9), complications were registered in 6 cases (66,67%). Complications: death, 1 case (16,66%); infection operating wound, 3 cases (50%); evisceration, 1 case (16,66%) and enterocutaneous fistula, 1 case (16,66%).

Discussion: right colon volvulus is observed in the young adult, supposing congenital cause, with different anomalous patterns fixation of the cecum, allowing mobility and malrotation, conditioning the torsion. Given a sly presentation in the beginning, consultation is delayed with frequent case of peritonitis, reason because the morbimortality is elevated, in spite of therapeutic.

Key words: right colon volvulus, disvolvulation and pexy, right hemicolectomy, complications.

INTRODUCCION

El vólvulo es la torsión anormal o rotación de una porción del intestino sobre su mesenterio, que ocasiona la oclusión de la luz, obstrucción y compromiso vascular.⁽¹⁻⁴⁾ Es una obstrucción mecánica que ocurre debido a una torsión anatómica del intestino alrededor de un pedículo mesentérico estrecho. Puede producirse en cualquier parte del tubo gastrointestinal, pero se observa en porciones con mesenterio largo, estrecho en su raíz y móviles principalmente. La mayoría ocurre en el colon izquierdo en un 45% a un 80%, en el colon derecho en un 15% a 30% y transversos y ángulo esplénico en un 2 a 5%.^(1,2)

El sitio más usual del vólvulo es el colon sigmoideo, constituyendo una forma bien reconocida, sobre todo en nuestra zona, como complicación del megacolon.⁽⁴⁾

La movilidad del ciego tiene una base congénita debido a la rotación o fijación incompleta del intestino; mientras que el alargamiento del mesenterio sigmoideo es un fenómeno adquirido, que por lo común ocurre después de años de ingestión de mucha fibra, el uso de laxantes, patologías previas como la diverticulosis colónica, poliposis, colon irritable, entre otras.⁽²⁻⁴⁾

Por lo expuesto hemos decidido analizar la incidencia del vólvulo de colon derecho, comparar ésta con la del colon izquierdo, y observar los resultados del tratamiento instaurado en vólvulos cecales.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron las historias clínicas de 63 pacientes, entre mayo de 1997 y mayo de 2004, que al ingreso presentaban un cuadro de abdomen agudo obstructivo, y que posteriormente se confirmó a través del diagnóstico intraoperatorio como vólvulos de colon, siendo éste el criterio de inclusión para nuestro estudio. El diagnóstico intraoperatorio de vólvulo de colon se realizó por medio de la observación directa de la torsión anormal del colon sobre sí mismo en relación con su eje longitudinal. Para asignarlos como vólvulos pertenecientes al colon izquierdo o al derecho, se utilizaron bases embriológicas, anatómicas, funcionales y quirúrgicas, de manera tal que se dividió en un sector derecho (colon derecho) y otro izquierdo (colon izquierdo) cuyo límite es una línea que pasa sobre el colon transversos a la izquierda de la arteria cólica media.

Para arribar al diagnóstico clínico de abdomen agudo obstructivo, se empleó una adecuada evaluación semiológica y radiografía directa de abdomen (con el paciente de pie) y para valorar el estado general, además, se realizó en cada caso un laboratorio básico

de urgencias (hemograma, glucemia, uremia, ionograma y coagulograma).^(1,3,4,6)

Fueron excluidos de este estudio, aquellos pacientes que ingresaron con un cuadro de abdomen agudo obstructivo, pero que con el diagnóstico intraoperatorio se confirmó que la enfermedad responsable de la obstrucción respondía a una causa diferente de los vólvulos colónicos, como adherencias y bridas, neoplasias intestinales, atresias intestinales, etc.

Se realizó una búsqueda de material bibliográfico referente al tema. Para tal propósito se concurrió a la biblioteca de la Facultad de Medicina, a la biblioteca Biomédica del Chaco, se utilizaron buscadores como Medline, Google, Yahoo entre otros para obtener información en internet (pero sólo se consideró aquellos datos publicados en revistas de reconocida base científica y respaldadas por facultades de medicina).

Para procesar las historias clínicas se creó una base de datos en el programa Excel.Xp.

RESULTADOS

De los 63 pacientes incluidos en el estudio, 47 fueron varones (75%) y 16 fueron mujeres (25%). (gráfico 1).

Del total de pacientes con diagnóstico de vólvulo de colon, 54 casos (85,7%) presentaron localización sigmoidea y 9 casos (14,3%) localización cecal. (tabla 1).

La edad media de los pacientes con vólvulos localizados en el colon sigmoideo fue de 70 años, mientras que para los pacientes que presentaron vólvulos en colon derecho (ciego) la edad media fue de 50 años. (tabla 1).

Analizando la incidencia de vólvulos de colon derecho, se observó un aumento de casi un 80% (con 4 casos) en el último año del período estudiado (desde mayo de 2003 a mayo de 2004) en comparación con el período comprendido entre mayo de 1997 a mayo de 2003, en el cual sólo se registraron 5 casos. (gráfico 2).

El tratamiento de los vólvulos del colon derecho (vólvulos cecales) fue quirúrgico y de urgencia. Se realizaron desvolvulaciones y pexias en 2 casos (22%), debido a las malas condiciones clínicas de los pacientes, el buen estado del colon y la rapidez de esta técnica. En los restantes 7 casos (78%) se efectuó una hemicolectomía derecha, por hallarse los pacientes clínicamente estables. (gráfico 3). El tránsito fue restablecido a través de anastomosis primaria, con ileotransversoanastomosis en 2 casos (29%); mientras que en los 5 casos (71%) restantes, fue necesario abocar ambos cabos como ileostomía y fístula mucosa, debido al compromiso vascular con la consecuente gangrena y perforación; y sobretodo

por la peritonitis generalizada que presentaban estos pacientes. (gráfico 4).

Del total de pacientes tratados por vólvulos cecales (9), se registraron complicaciones posquirúrgicas en 6 casos (66,67%). Entre las complicaciones, se constató 1 caso de óbito (16,66%), 3 casos de infección de la herida operatoria (50%), 1 caso de evisceración (16,66%) y 1 caso de fístula enterocutánea (16,66%). (gráfico 5).

DISCUSION

El colon, desde el punto de vista embriológico, anatómico, funcional y quirúrgico, se divide en un sector derecho (colon derecho) y otro izquierdo (colon izquierdo) cuyo límite es una línea que pasa sobre el colon transversal a la izquierda de la arteria cólica media. Los vólvulos localizados en el sector derecho, son debidos principalmente a una malformación congénita. Los ubicados en el colon izquierdo, siempre corresponden al sigmoide y reconocen como causa etiológica un asa anormalmente móvil sumado a enfermedades que dilatan y alargan el sigma (dolicomegasyigma). Los vólvulos ubicados en el transversal se deben a la exageración de una situación normal (colon en guirnalda) y son excepcionales. ^(7,8)

Los vólvulos del colon derecho son más raros que los del colon izquierdo. No presentan una distribución geográfica ni étnica definida, como sí lo hacen los vólvulos del sigmoide; condición ésta que haría suponer una menor o ausente repercusión en la génesis de los vólvulos del colon derecho de enfermedades intestinales (como la diverticulosis colónica, poliposis, colon irritable, entre otras) y de los factores ambientales (ingestión abundante de fibra en la dieta en forma crónica, el uso prolongados de laxantes, etc.). ⁽²⁻⁴⁾

El vólvulo del colon derecho constituye principalmente la forma de presentación en el adulto del espectro de anomalías anatomoclínicas de los fenómenos de no-rotación, rotación incompleta o fijación incompleta intestinal, conocidos genéricamente como "malrotación intestinal". El vólvulo del ciego ocurre como manifestación de defectos en la fijación intestinal; sin embargo, su asociación con una rotación intestinal incompleta no se ha podido encontrar en los casos reportados en la bibliografía universal. ^(7,8,11-15)

La mal rotación intestinal constituye una entidad poco frecuente, con una incidencia aproximada de 1 por cada 500 nacimientos. Como consecuencia, quizás, de su baja frecuencia, no existen estadísticas confiables sobre esta entidad; no obstante, no parece haber un predominio definitivo sobre uno u otro sexo, así como tampoco una diferencia entre razas. ^(9,10)

En el caso del vólvulo del ciego, la ausencia de fijaciones mediales y laterales del ciego hacen posible su *rotación axial*, que es la forma más común, en el 85% de los casos. La rotación involucra también el íleon terminal, así como parte del colon ascendente, de aquí el término más adecuado de "vólvulo del segmento ileocecolítico". En el 15% restante, se da otra forma de vólvulo cecal, *la báscula cecal*, cuando el ciego móvil se pliega sobre sí mismo sin rotar, apuntando el apéndice hacia el diafragma, pero conservando la unión ileocólica a la izquierda del ciego. ^(7,8)

Según la mayor parte de los casos publicados el cuadro de abdomen agudo obstructivo ocurre generalmente después de los 60 años de edad. En los casos registrados en el Hospital "Dr. Julio C. Perrando", la edad era significativamente menor (edad media de 50 años) a la hallada en la bibliografía consultada. Coincidiendo con la bibliografía, en nuestra casuística, también se presentaron como cuadros de abdomen agudo obstructivo; aunque, los antecedentes de los pacientes hacen sospechar la existencia de cuadros suboclusivos, resueltos por fenómenos de desvolvulación espontánea durante un tiempo bastante prolongado; hasta que, finalmente sobreviene el episodio oclusivo irreducible espontáneamente. ^(16,17)

La conducta quirúrgica consiste en la *desvolvulación* siempre que se comprueba la viabilidad intestinal más *cecocolopexia* o *cecostomía*; sin embargo, sus resultados no han sido satisfactorios y se acompañan de un alto índice de recurrencias. ^(3-5,16,17)

La *colectomía derecha* es el tratamiento definitivo con el mejor control a largo plazo; pero en pacientes en malas condiciones tiene una alta mortalidad. Por lo tanto, en el paciente debilitado, la *desvolvulación*, como única intervención, es segura, rápida y eficaz.

En los pacientes estables puede realizarse una *colectomía* con anastomosis primaria con un riesgo aceptable, y en quienes el intestino parece sano.

Debe considerarse la derivación con una *ileostomía* y *fístula mucosa* en los pacientes con una lesión intestinal difusa y una peritonitis, debido a los grandes riesgos de dehiscencias anastomóticas en estos pacientes. ⁽¹⁻⁵⁾

Tabla 1: "Distribución de vólvulos de colon según localización y edad media de presentación"

Vólvulos	Nº de Casos	Porcentaje	Edad Media
Sigmoideos	54	85,7 %	70 años
Cecales	9	14,3 %	50 años
Totales	63	100 %	

Gráfico 1:



Gráfico 2:



Gráfico 3:



Gráfico 4:



Gráfico 5:



BIBLIOGRAFIA:

1. Zinner J. Maingot: Operaciones Abdominales. Décima edición, vol II. Bs As; Editorial Médica Panamericana, 1998: 1310-1312.
2. Goligher JC, Duthie HL, Nixon HH. Cirugía del ano, recto y colon .Barcelona; Editorial Salvat, 1979: 933-936.
3. Sabiston DC. Tratado de Patología Quirúrgica. Decimotercera edición. México D.F.; Editorial Interamericana- McGraw-Hill, 1998:1052-1056.
4. Ferraina P, Oría A. Cirugía de Michans. Quinta edición. Bs As; Editorial El Ateneo, 2001:864-865.
5. Baker RJ, Fischer JE. El Dominio de la Cirugía .Cuarta edición, vol. II; Editorial Médica Panamericana, 2004: 1985-2003.
6. Guller U, Zuber M, Harder F. Cecum volvulus-a frequently misdiagnosed disease picture. Results of a retrospective study of 26 patients and review of the literature. Swiss Surg 2001; 7(4):158-64.
7. Schumpelick V, Dreuw B, Ophoff K, Prescher A. Appendix and cecum. Embryology, Anatomy, and surgical applications. Surg Clin North Am 2000; 80(1):295-317.
8. Machiels F, De Maeseneer M, Coen H, Desprechins B, Osteaux M. Pediatric cecal malfixation. JBR-BTR 1999;82(3):116.
9. Catalano O, Grassi R, Rotondo A. Intestinal malrotation in adults: report of 2 cases studied with computed tomography. Radiol Med Torino 1996; 91: 821-3.
10. Touloukian RJ, Smith EI. Disorders of rotation and fixation. En: O' Neill JA, ed. Pediatric surgery. Vol 2. 5ed. Baltimore: Mosby; 1998: 1199-203.
11. Steward DR, Colodny AL, Daggett WC. Malrotation of the bowel in infants and children: a 15 year review. Surgery 1976;79:716-20.
12. Snyder WH Jr, Chaffin L. Embryology and pathology of the intestinal tract: presentation of 40 cases of malrotation. Ann Surg 1954;140:368-80.
13. Ruiz-Tartas A, Arizaga-Rovalino P, Fernández-Lobato R, Marín-Lucas FJ, Jiménez-Miramón FJ, Moreno-Azcoita M. Intestinal malrotation in an adult. Rev Esp Enferm Dig 1994;86:701-2.
14. Lin JN, Lou CC, Wang KL. Intestinal malrotation and midgut volvulus: a 15-year review. J Formos Med Assoc 1995; 94: 178-81.
15. Ford EG, Senac Mo Jr, Srikanth MS, Weitzman JJ. Malrotation of the intestine in children. Ann Surg 1992; 215: 172-8.
16. Von Flüe M, Herzog U, Ackermann C, Tondelli P, Harder F. Acute and chronic presentation of intestinal nonrotation in adults. Dis Colon Rectum 1994; 37: 192-8.
17. Guller U, Zuber M, Harder F. Cecum volvulus-a frequently misdiagnosed disease picture. Results of a retrospective study of 26 patients and review of the literature. Swiss Surg 2001; 7(4):158-64.