

VOLVULO DE SIGMOIDES EN EL HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTO HIPOLITO UNANUE DE TACNA 1996 – 2000

Dr. Faustino Roberto Pinto Monroy
Dra. Luz Yolanda Portugal Gallegos

RESUMEN

En el Hospital Hipolito Unanue de Tacna se realizó un Estudio Retrospectivo longitudinal que comprendió los años 1996 al 2000 estudiando el vólvulo del sigmoides, en dicho estudio se encontró la mayor incidencia en el grupo etarero de 50 a 59 años que con 10 casos que hacen un 41.6 % en cuanto a la procedencia la mayor incidencia se registro en los pacientes que procedía de Tacna con 13 casos que son el 54.17% le sigue Puno con 6 casos que es un 25 % en cuanto a la ocupación se registraron 8 paciente que eran agricultores con 34.9% siguiéndoles los obreros 6 casos 25 % la sintomatología y signología encontrada concuerda con la descrita en la literatura como son dolor abdominal distensión abdominal falta de eliminación de heces y gases ruidos hidroaereos anormales deshidratación entre otros. Se tomo Rx simple abdomen de pie a 16 pacientes que representan un 66.67% en cuanto a los hallazgos operatorios se encontró con asa intestinal no viable 15 pacientes 62.5% entendiéndose por esto que tenía algún grado de compromiso vascular en el tratamiento quirúrgico efectuado se realizó resección de asa sigmoidea y anastomosis termino terminal a 19 paciente que representan un 79.16%

Se realizó a 11 pacientes con asa no viable resección y anastomosis termino terminal 45.8 % y 4 colostomias 16.67%. Se encontraron 14 casos de complicaciones dentro de las cuales predomino las infección de herida operatoria con 7 casos 29.17% también se reportaron 2 casos de obstrucción intestinal 8.4%, dehiscencia de anastomosis con 2 casos 8.4%

Los pacientes que se les realizó resección y anastomosis termino terminal presentaron el mayor numero de complicaciones con 11 casos 45.8% así mismo se evidencio un tiempo de estancia hospitalaria mínimo de 7 y máximo de 41 días, al alta, salieron 19 pacientes 79.16% en condicion de curado 4 requirieron de una nueva intervención quirúrgica 16.6 % y 1 falleció 4.17% se encontró 9 casos 37.5% de complicaciones en pacientes que tuvieron un tiempo de enfermedad mayor de 24 horas a si mismo se encontró 5 pacientes 20.83% complicados que tuvieron un tiempo de espera pre operatoria mayor de 10 horas .

INTRODUCCION

Realizando una revisión de la patología quirúrgica regional se encuentra una que destaca por su frecuencia como causa de obstrucción intestinal y por su Etiopatogenia, en la que intervienen activamente factores sociales: el vólvulo del sigmoides.

En el Hospital Hipolito Unanue de Tacna la obstrucción intestinal por vólvulo del sigmoides constituye una patología relativamente frecuente pese a ser una entidad de mayor incidencia en la Región Andina. Esto se podría explicar por la migración masiva de población andina básicamente Puneña, a nuestra ciudad en la cual mantienen sus patrones socio culturales e higiénicos dietéticos de origen

Dado que el vólvulo del sigmoides es una patología frecuente en el medio además de apreciar un aparente incremento de su frecuencia, vemos la necesidad de ofrecer datos precisos que nos permitan observar las características propias de dicha patología en nuestro medio o en todo caso entender que estas no difieren de las de otros medios incluyendo el Andino.

El vólvulo del sigmoides es reportado como la causa más frecuente de obstrucción intestinal en la altura ha despertado creciente interés en los últimos años dado que no solo afecta a la población de altura sino también a la del nivel del mar.

En el Hospital Hipolito Unanue de Tacna la consulta por obstrucción intestinal por vólvulo del sigmoides constituye una

emergencia quirúrgica así como lo reportan varios Hospitales del País donde la quinta parte de los ingresos quirúrgicos se deben a este problema.

El vólvulo del sigmoides tiene un impacto socio económico por su alta tasa de Morbi Mortalidad por lo que se hace necesario producir información acerca de las características de esta patología.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio sobre Vólvulo del Sigmoides en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna de tipo retrospectivo longitudinal que abarcó los años 1996 al 2000. Para tal fin se confeccionó una encuesta que se aplicó a todas las historias clínicas que egresaron con el diagnóstico de Vólvulo del Sigmoides en los años antes mencionados Además se cruzó información con el libro de ingresos y altas del servicio de cirugía, el libro de registro de sala de operaciones. Posteriormente identificadas las historias clínicas involucradas se descartó aquellas que no reunieron los requisitos base y se aplicó la encuesta.

En dicha encuesta se consignó datos como edad, sexo procedencia ,grado de instrucción , tiempo de enfermedad, datos sobre cuadro clínico, exámenes auxiliares, se consignó el tiempo de enfermedad, tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente

al hospital y su intervencion quirurgica, datos sobre el manejo pre operatorio, hallazgos operatorios , tecnica quirurgica empleada, evolucion de los paciente , estancia hospitalaria y complicaciones .Posteriormente se tabularon los datos y se confeccionó el informe final

**TABLA N° 1
INCIDENCIA DEL VOLVULO DE SIGMOIDES SEGÚN GRUPOS ETARIOS Y SEXO**

GRUPO ETARIO	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
20 - 29	1	4.17			1	4.17
30 - 39	3	12.50			3	12.50
40 - 49	1	4.17			1	4.17
50 - 59	10	41.67			10	41.67
60 - 69	5	20.83			5	20.83
> = 60	3	12.50	1	4.17	4	16.67
TOTAL					24	100.00

**TABLA N° 2
PROCEDENCIA**

LUGAR	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
Tacna	13	54.17			13	54.17
Puno	6	25.00			6	25.00
Tarata	3	12.50	1	4.17	4	16.67
Candarave	1	4.17			1	4.17
TOTAL					24	100.00

**TABLA N° 3
OCUPACION**

OCUPACION	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
Agricultora	8	33.33			8	33.33
Obrero	6	25.00			6	25.00
Estudiante	1	4.17			1	4.17
Empleado	3	12.50			3	12.50
Comerciante	3	12.50			3	12.50
Otros	2	8.33	1	4.17	3	12.50
TOTAL					24	100.00

**TABLA N° 4
SINTOMAS Y SIGNOS**

DESCRIPCION	N°	%
Dolor abdominal	24	100.00
Distencia abdominal	24	100.00
Falta eliminación heces y gases	24	100.00
Vómitos	4	16.67
Nauseas	2	8.33
Timpanismo	20	83.33
RHA Anormales	24	100.00
Deshidratación	24	100.00

**TABLA N° 5
RX SIMPLES DE ABDOMEN DE PIE**

RX ABDOMINAL	N°	%
CON RX	16	66.67
SIN RX	8	33.33
TOTAL	24	100.00

**TABLA N° 6
HALLAZGO OPERATORIO**

	N°	%
VIABLE	9	37.50
NO VIABLE	15	62.50
TOTAL	24	100.00

**TABLA N° 7
TRATAMIENTO QUIRURGICO**

	N°	%
RESECCION	19	79.17
COLOSTOMIA	4	16.67
DEVOLVULACION	1	4.17
TOTAL	24	100.00

**TABLA N° 8
MANEJO QUIRURGICO Y HALLAZGO OPERATORIO**

HALLAZGO OPERATORIO	TRATAMIENTO QUIRURGICO			TOTAL	%
	DEVOLVULACION	RESECCION Y	COLOSTOMIA		
		ANASTOMOSIS			
Viable	1	8		9	37.50
No Viable		11	4	15	62.50
TOTAL	1	19	4	24	100.00

**TABLA N° 9
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS ABDOMINALES**

COMPLICACIONES	N°	%
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	7	53.85
OBSTRUCCION INTESTINAL	2	15.38
VICERACION	1	7.69
FISTULA ESTEREOFACEA	1	7.69
DE ANASTOMOSIS	2	15.38
TOTAL	13	100.00

**TABLA N° 10
TRATAMIENTO QUIRURGICO Y COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS**

TRATAMIENTO QUIRURGICO	COMPLIC.	%	NO COMPLIC.	%	TOTAL	%
Resección y Ant. T.	11	45.83	8	33.33	19	79.17
Colostomía		0.00	4	16.67	4	16.67
Devolvulación		0.00	1	4.17	1	4.17
TOTAL	11	45.83	13	54.17	24	100.00

**TABLA N° 11
ESTANCIA HOSPITALARIA Y TRATAMIENTO QUIRURGICO**

DIAS	TRATAMIENTO QUIRURGICO		
	RESECCION Y ANASTOMOSIS	COLOSTOMIAS	DEVOLVULACION
Tiempo Mínimo	7	8	8
Tiempo Máximo	41	24	8

**TABLA N° 12
CONDICION DEL ALTA**

CONDICION	N°	%
CURADO	19	79.17
OTRA OPERACIÓN	4	16.67
FALLECIDO	1	4.17
TOTAL	24	100.00

**TABLA N° 13
TRATAMIENTO QUIRURGICO Y MORBIMORTALIDAD**

TRATAMIENTO QUIRURGICO	CASOS		COMPLICADOS	
	N°	%	N°	%
RESECCION	19	79.17	11	45.83
COLOSTOMIAS	4	16.67		
DEVOLVULACION	1	4.17		
TOTAL	24	100.00		

**TABLA N° 14
TIEMPO DE ENFERMEDAD Y MORBIMORTALIDAD**

TIEMPO	CASOS		COMPLICADOS	
	N°	%	N°	%
< 24 horas	9	37.50	2	8.33
> 24 horas	15	62.50	9	37.50

**TABLA N° 15
TIEMPO DE ESPERA PRE-OPERATORIA Y MORBIMORTALIDAD**

ENFERMEDAD PRE-OPERATORIA	CASOS		COMPLICADOS	
	N°	%	N°	%
< 10 horas	17	70.83	6	25.00
> 10 horas	7	29.17	5	20.83
TOTAL	24	100.00	11	45.83

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En relación al cuadro número 1 tenemos que el grupo etareo más afectado es el de los 50-59 años de edad con 10 casos que representan un 41.6% lo que también se encuentra en otros trabajos como los de Frisnacho (6), Pelayo(10), Sanchez(14) asimismo se evidencia que es una patología del sexo masculino En nuestra casuística encontramos un solo paciente de sexo femenino. En los autores antes mencionados también se encontró predominancia del sexo masculino.

En cuánto a la procedencia (cuadro 2) se encontró que en su mayoría procedían de Tacna con 13 casos 54.17% y le seguían los procedentes de Puno con 6 casos 25% eso se explica por que son pacientes que nacieron en las partes altas de Tacna y que posteriormente migraron a la ciudad de donde se hacen residentes pero su condicionamiento a padecer la enfermedad ya lo traen con ellos así como mantienen sus patrones culturales.

Relacionado a su ocupación (cuadro3) se encontró 8 pacientes 33.4% que laboran como agricultores le siguen los que laboran como obreros con 6 casos 25% esto probablemente se de en relación a que migran a la ciudad y se ocupan de labores que están habituados a realizar como ser las antes mencionadas.

En cuánto a los síntomas y signos (cuadro 4) en la totali-

dad de casos 100% se encontró dolor abdominal, distensión abdominal, falta de eliminación de heces y gases ruidos hidroareos anormales entendiéndose la anomalía como disminución, abolición y/o ruidos en salva y los de timbre metálico asimismo en todos los casos se encontró deshidratación de algún grado la cuál fue corregido sino en forma total en forma parcial poniéndolo al paciente en condiciones de ser intervenido quirúrgicamente solamente en dos casos 8.2% presentaron vómitos fecaloideos , toda esta sintomatología y signología concuerda con el cuadro clínico descrito en la bibliografía Dechamps(2) Schwartz(15).

En el cuadro 5 en relación a la radiografía de abdomen simple de pie solo se tomo a 16 pacientes 66.67% lo que indica que aún no contamos con el apoyo adecuado de parte del departamento de imágenes ya que lo ideal sería que todos los pacientes cuenten con este estudio tanto para documentar los casos como para tener la certeza diagnóstica

En el cuadro 6 en el hallazgo operatorio se encontró 9 casos 37.5% con el sigmoide viable y 15 casos 62.5% con el sigmoides no viable esto quiere decir que tenía algún grado de compromiso vascular que incluso llego a la necrosis esto se debería a que los pacientes no acudieron prontamente a ser tratados en un centro médico porque por idiosincrasia primero acuden a los curanderos y ya cuando no encuentran mejoría recién acuden en busca de ayuda médica. En el trabajo de Frisnacho(6) también se encontró resultados similares.

En el cuadro 7 en relación al tratamiento quirúrgico que se efectuó se realizo a 19 pacientes 79.6% resección de asa sigmoidea y anastomosis termino terminal, a 4 pacientes 16.7% colostomía y a un paciente 4.17% devolvulación de asa sigmoidea esto por su mal estado general edad mayor de 70 años y el hallazgo operatorio en el que no se evidencia compromiso vascular Dias Plascencia (4) Lopez (8) refiere que es preferible no realizar la recepción de anastomosis TT en el cuadro agudo ya que se enfrenta el riesgo de mayores complicaciones, Frisnacho (6) refiere buenos resultados en su casuística.

Referente al cuadro 8 en cuánto al manejo quirúrgico y hallazgo operatorio se encontró que se realizo recepción de anastomosis TT en 8 pacientes 33.33% con el asa viable y en 11 pacientes 45.83% que tenían algún grado de compromiso vascular; se realizo colostomia hartman en 4 pacientes 16.7% que también tenían compromiso vascular en el asa sigmoidea, en un paciente que tenía el asa viable devolvulación.

En cuánto a la resección y anastomosis TT vemos claramente que es la técnica que predomina en nuestro hospital pero que necesariamente no es la más correcta como lo refiere otros autores Diaz Plascencia (4), Lopez (8), Pelayo (10) a pesar que Frisnacho(6) refiere buenos resultados, nosotros creemos que lo prudente sería una técnica de hartman.

En relación al cuadro 9 en cuánto a las complicaciones postoperatorias abdominales se encontró 14 complicaciones predominando la infección de herida operatoria con 7 casos que hacen 29.17% le sigue la obstrucción intestinal por bridas y adherencias y la dehiscencia de anastomosis con 2 casos cada uno 8.4% se presento un caso de eviseración 4.17% y un caso de fistula estercoracia 4.17% como se puede apreciar las complicaciones son abundantes para la casuística que tenemos esto se debería a que se realiza la resección y anastomosis TT en una asa sigmoidea no

preparada complicaciones en este tipo de cirugía las refiere la literatura como Hayes DJ (7), Pereda García (11)

En el cuadro 10, en relación al tratamiento quirúrgico y complicaciones postoperatorias se encontró 11 paciente complicados 45.83% de 19 pacientes 79.17% a los que se realizó resección y anastomosis TT en los que se efectuó dicha técnica como se puede apreciar nos da un alto porcentaje de complicaciones demostrándose lo que indica la literatura para esta técnica en el cuadro 10 en cuanto a la estancia hospitalaria se tuvo una estancia mínima de 7 días y una máxima de 41 días las estancias más prolongadas se dieron en los pacientes que se realizó recepción de anastomosis TT que presentaron las complicaciones más severas.

En el cuadro 11 se ve que salieron de alta 19 pacientes 70.17% en condiciones de curado, 4 pacientes 16.17% requirieron de una nueva intervención quirúrgica y un paciente falleció 4.17% la mortalidad es similar a la reportada por otros autores, Pelayo (10) Plascencia (3).

En el cuadro 12, en relación al tratamiento quirúrgico y morbi-mortalidad se encontró 11 pacientes complicados 45.83% de 19 en que se les realizó recepción y anastomosis TT, y en este grupo también se registro un fallecido 4.17%. Nuevamente se observa que es la técnica la que induce a que se vea este grado de complicaciones.

En el cuadro 13 en cuanto al tiempo de enfermedad y morbi-mortalidad se tuvo el mayor número de complicaciones 9 con 37.5% en los que tuvieron un tiempo de enfermedad mayor de 24 horas esto en relación a que a mayor tiempo mayor será el grado de complicación que presente el asa y también se presentará un mayor número de complicaciones en los pacientes

En el cuadro 14 en relación al tiempo transcurrido desde el ingreso al paciente al hospital y su intervención quirúrgica tenemos que en los que paso un tiempo mayor de 10 horas se encontró 5 pacientes con complicaciones 20.83% y un fallecido 4.17% en los que tuvieron un tiempo menor de 10 horas se encontraron 6 pacientes con complicaciones (25%) lo cual no guarda una relación, simplemente sería un hallazgo. Pero no obstante debería guardar relación un mayor número de complicaciones con una mayor demora en el acto quirúrgico

CONCLUSIONES

- Se encuentra que el volvulo del sigmoide en el departamento de Tacna es relativamente frecuente en los moradores de las partes altas y los que migraron trayendo su predisposición a su nuevo hábitat.
- La técnica quirúrgica empleada de recepción y anastomosis TT presenta un alto grado de complicaciones.
- La complicación más frecuente fue la infección de herida operatoria por la contaminación que se produce al maniobrase un asa intestinal no preparada.
- La mortalidad 4.17% se encuentra dentro del rango de lo referido en la literatura consultada.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda confeccionar protocolos para estandarizar criterios de tratamiento quirúrgico
- Se recomienda realizar en este tipo de cirugía de urgencia, una técnica de Hartman ya que trae menos complicaciones al paciente y el manejo es más seguro.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- DE LA SOTA L. Estudio de incidencia y caracterización clínico quirúrgico del volvulo del sigmoide en los hospitales del MINSA y del IPSS del Cuzco 1986-1989. Tesis Br. 1989
- 2.- DESCHAMPS J. Cirugía 2da Ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1958
- 3.- DIAS PLASENCIA J., BARDALES C.M., RODRIGUEZ A.R., REBAZA I.H.; Mortalidad operatoria y recurrencia a largo plazo por volvulo ileocecal. Rev. Gast. Per. May-ago 1992; 12 (2): 67-70
- 4.- DIAS PLASENCIA J., REBAZA I.H.; Puntaje de severidad de la gangrena intestinal por volvulo del colon. Rev. Gast. Per. May-ago 1993; 13 (2): 96-104
- 5.- DIAS PLASENCIA J., SANCHEZ C., BARDALES C., REBAZA I.H., CALIPUY A.W.; Mortalidad operatoria en volvulo del sigmoide. Rev. Gast. Per. e-ab 1993; 13 (1): 37-44
- 6.- FRISANCHO P.D., FRISANCHO V.O. Tratado de medicina de la altura. UNA. Direccion Universitaria de Investigacion, Puno 1993
- 7.- HAYES D.J., HAYES M-A., HAYES B.M.; Tratamiento quirúrgico del Volvulo. Rev. Inst. Med. Sucre Feb. 1995; 41 (105): 44-49.
- 8.- LOPEZ K., GRAHAM H.; Tratamiento y Causas de Obstrucción aguda del intestino grueso. Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica 6/1997; pag 1227
- 9.- MEROÑO C., MARQUEZ P., MORALES C.M., MARTIN A.V., MEDRANO H.-J.; Manejo Actual del Volvulo de Colon. Rev. Esp. Enfer. Dis. 11998; 90 (12): 863-866.
- 10.- PELAYO S.A., PEREZ R.J., VINA S.A., GABARELL O.; Volvulo del Colon a Proposito de 35 casos, Rev. Cir. Esp. Oct 1997; 62 (4): 291-294.
- 11.- PERERA GARCIA: Cirugía de Urgencia. Ed. Med. Panamericana 1997: 219-294.
- 12.- ROMERO TORRES: Tratado de Cirugía. Ed. Mexico Nueva. Ed. Interamericana: 1996
- 13.- SABISTON D.; Tratado de Patología Quirúrgica 14ava Edición Nueva Editorial Interamericana 1995 Vol II: 1052
- 14.- SANCHEZ M-I., PEREZ G.A., QUINTO A.C., IBAÑEZ F.R.; Volvulo del Sigmoido diez años de Experiencia. Cirugía General. Oct-Dic. 1995; 17 (4): 292-296
- 15.- SCHWARTS S.I.; Operaciones Abdominales 9na Edición. Buenos Aires. Ed. Med. Panamericana 1990
- 16.- SHACKERFORD: Cirugía del Aparato Digestivo. 3era Edición. Ed. Panamericana, 1993; tomo IV 13-59.