



Nombre del Alumno: Dana Paola Vazquez Samayoa.

Nombre del tema: Caso clínico de vólvulo sigmoides.

Parcial: 4° Unidad.

Nombre de la Materia: Clínica quirúrgica.

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Villarreal del Solar.

Nombre de la Licenciatura: Medicina humana.

Semestre: 7mo.

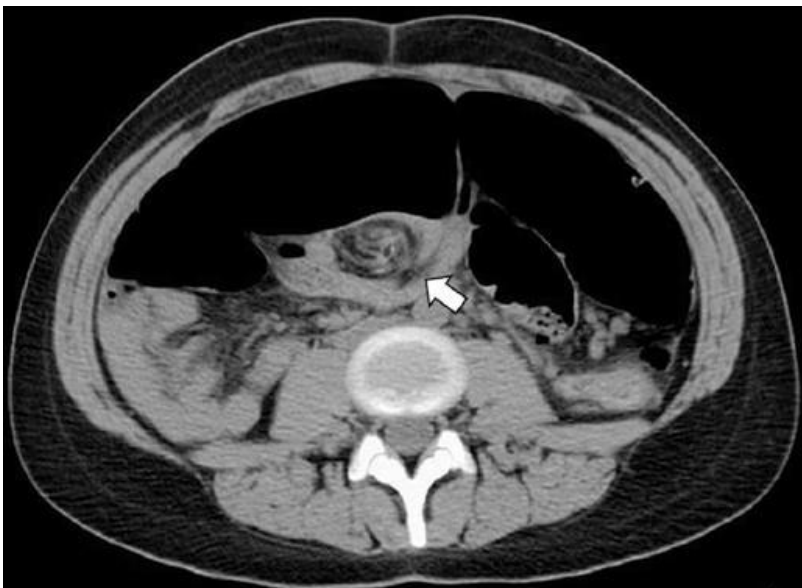
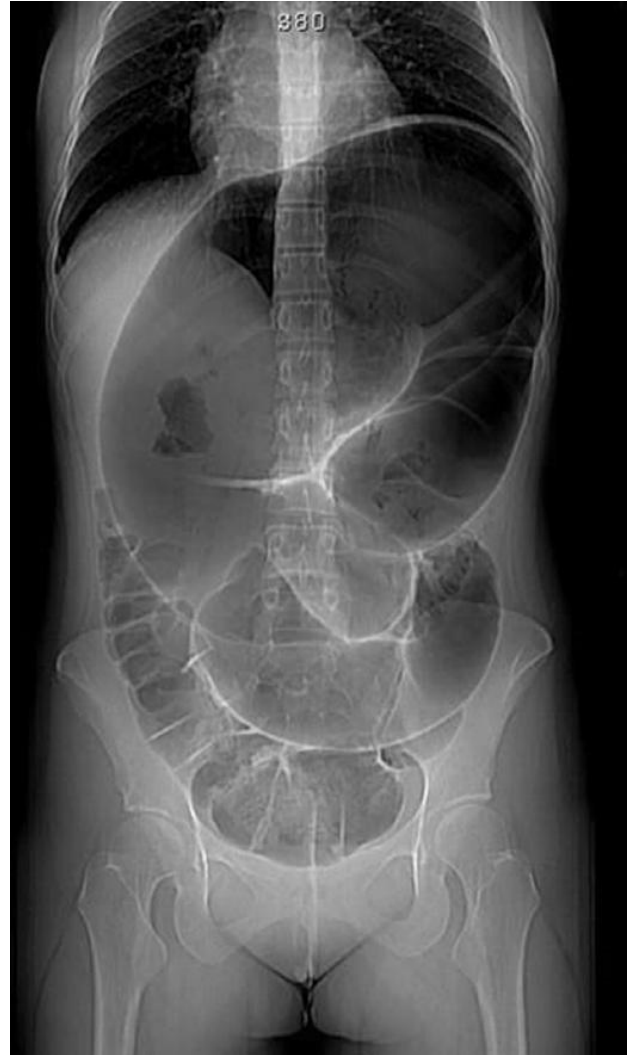
Ingresa a urgencias una paciente de 24 años, hispana, estudiante de licenciatura, sin antecedentes crónico-degenerativos, hospitalizaciones ni antecedentes quirúrgicos previos, quien refiere episodios recurrentes de dolor abdominal, constipación y distensión, de aproximadamente 5 años de evolución, los cuales han aumentado en intensidad y frecuencia en los últimos 6 meses, exacerbándose significativamente en las últimas 48 horas, acompañándose además de ausencia de evacuaciones e incapacidad para canalizar gases. Refiere uso habitual de antiinflamatorios no esteroideos y antiespasmódicos, sin requerir laxantes o enemas, con remisión espontánea de los cuadros previos.

En la exploración física encontramos una paciente ectomórfica con facies dolorosa, consciente, neurológicamente íntegra, con ataque al estado general y fiebre, taquicárdica a la auscultación cardíaca. Los campos pulmonares se aprecian adecuadamente ventilados. En la exploración abdominal se observa distensión significativa, de predominio en el cuadrante superior izquierdo, donde a la palpación se aprecia una masa con timpanismo a la percusión, móvil, no adherida a planos profundos, así como datos de irritación peritoneal focalizados en dicha área. Al tacto rectal se encuentra un esfínter normotónico con descenso adecuado del músculo puborrectal, sin masas palpables, restos hemáticos ni materia fecal.

Se realizan estudios de laboratorio, incluyendo biometría hemática completa, pruebas de función renal y hepática, electrolitos séricos, tiempos de coagulación y gasometría arterial, reportándose leucocitosis con neutrofilia ($23 \times 10^3/\mu\text{l}$, 90% neutrófilos), así como datos de acidosis metabólica y lesión renal aguda incipiente. Una radiografía de abdomen en bipedestación a su ingreso muestra importante dilatación del colon, de hasta 20 cm en su diámetro máximo, con imagen en «grano de café».

Se realiza tomografía computarizada de abdomen y pelvis, la cual constata una importante dilatación del colon transverso, descendente y sigmoides, con alteraciones del mesenterio.

Radiografía simple de abdomen en bipedestación, de proyección anteroposterior, en la cual se observa la imagen típica en «grano de café», con dilatación significativa del intestino involucrado, así como ausencia de gas en ámpula rectal.



Tomografía simple de abdomen, corte axial a nivel de la cicatriz umbilical, documentando el sitio de torsión del eje vascular de vasos mesentéricos, también conocido como «signo del remolino» (flecha).

Ante la falta de disponibilidad de un servicio de endoscopia para intentar el manejo conservador, se decide realizar una laparotomía de urgencia bajo anestesia general, con la paciente en posición supina, encontrándose dilatación pancolónica, desde el ciego hasta el sigmoides, con vólvulo a nivel del mesosigmoides, por lo que se realiza colectomía total con cierre distal en bolsa de Hartmann en dos planos utilizando sutura absorbible e ileostomía terminal con técnica de Brooke en el flanco derecho. Se envía la pieza quirúrgica para su estudio histopatológico (Fig. 3). El procedimiento fue realizado por un cirujano general adscrito al servicio y dos médicos residentes de tercer y segundo año. La paciente presenta una adecuada evolución posquirúrgica, permaneciendo en vigilancia durante 72 horas, con inicio de vía enteral en las primeras 24 horas y siendo posteriormente egresada sin complicaciones. Es remitida ulteriormente a la consulta de cirugía de colon y recto para seguimiento y posterior protocolo de restitución del tracto gastrointestinal, donde a los 3 meses de seguimiento no reporta complicaciones, con adecuada cicatrización de las heridas y gastos estables a través de la ileostomía.

