

ORIGINAL

Alternativa terapéutica en el vólvulo de colon recurrente

Rojó G, García JM, Robles J, Ruiz E, Rodríguez MJ, Bascuñana P

Hospital Son Llàtzer. Mallorca

Recibido en octubre de 2016; aceptado en febrero de 2017. Disponible en internet desde octubre de 2017.

Resumen

Introducción. El vólvulo de colon es la torsión del órgano a nivel de uno de sus ejes, con mayor frecuencia del mesentérico causando oclusión intestinal. El tratamiento conservador habitual consiste en una descompresión inmediata mediante colonoscopia, ya que puede desencadenar isquemia, infarto y perforación del colon. El objetivo de este caso clínico es mostrar otra alternativa terapéutica utilizando un sobre tubo de enteroscopia de balón simple. **Caso Clínico.** Varón de 82 años, pluripatológico, diagnosticado de fisura anal e intervenido de apendicetomía y hernia inguinal. Acudió a urgencias, refiriendo dolor abdominal tipo cólico intermitente irradiado a hipogastrio y región lumbar con intensidad moderada alta, presentando a su vez estreñimiento desde hace 4 días. **Procedimiento Endoscópico.** Fase1: Tras diagnóstico por radiología de vólvulo de sigma, se procedió a desvolvulación mediante colonoscopia. A las 48 del procedimiento presentó recurrencia del vólvulo sigmoideo. Fase 2: Se procedió a una nueva colonoscopia, por lo que se decidió instaurar sonda sobre tubo balón simple de enteroscopia. Para ello se utilizó canulotomo con guía larga con contraste. A través de la guía se pasó el sobre tubo de forma guiada con radiología. Se hincho el balón con contraste sobre pasando la lesión y se comprobó su ubicación, colocando seguidamente una bolsa en declive donde se drenó abundantes restos fecaloideos. Tras resolución del cuadro se colocó una sonda rectal. **Plan de Cuidados.** **Diagnósticos Enfermeros:** Temor al procedimiento terapéutico, dolor, riesgo de perforación. **NOC:** (1810) Conocimiento procedimiento terapéutico, (1605), Control del dolor. **NIC:** (5270) Apoyo emocional, (2260) Sedación consciente, (6680) Monitorización signos vitales. **Conclusión.** El tratamiento del vólvulo de colon sigue siendo un tema controvertido referente a la mejor elección terapéutica. Es por este motivo por el cual valorando los riesgos y beneficios para el paciente se opte diferentes modalidades endoscópicas terapéuticas, evitando así la cirugía.

Palabras clave: Vólvulo de colon, Oclusión intestinal, Descompresión, Recidiva, Colonoscopia, Terapéutica.

Alternative therapy in recurrent colonic volvulus**Abstract**

Introduction. A Colonic volvulus is a one axis torque level body, most often located at the mesenteric, causing intestinal occlusion. The usual conservative treatment is an immediate decompression by colonoscopy. The aim of this case is to illustrate an alternative approach to treat colonic volvulus. *Clinical case.* An 82 years old male, came to the emergency department referring intermittent colicky, moderate to high intensity abdominal pain radiating to the lower abdomen and lumbar region and constipation for 4 days. *Endoscopic procedure.* Phase 1: Once the sigma volvulus diagnostic was done by radiology, decompression of the volvulus was performed using colonoscopy. After 48h of the procedure, the patient presented a recurrence of sigmoid volvulus. Phase 2: He underwent a new colonoscopy with a simple enteroscope probe, using a long guided canulotomo. Once the enteroscop was placed, the ball was swelled with the contrast and once surpassed the lesion and checked its location; a bag collecting fecaloideos is placed. After completing the procedure a rectal probe is also placed. *Conclusion.* The treatment of colon volvulus remains a controversial issue regarding the best therapeutic choice. For this reason it is crucial to assess the risks and the benefits for the different therapeutic endoscopic modalities in order to avoid surgery, when possible.

Key words: Colonic volvulus, Intestinal obstruction, Decompression, Recurrence, Therapeutic colonoscopy.

*Autor para correspondencia: gabriellauracarlota@gmail.com

2341-3476 - © AEEED 2014. Todos los derechos reservados.

Introducción

El vólvulo de colon es la torsión del órgano a nivel de uno de sus ejes y con mayor frecuencia del mesentérico, que produce una obstrucción cólica como elemento fundamental (1). El sigma (75% de los vólvulos colonicos son sigmoides) y el ciego son los lugares habituales en los que se produce, aunque también torsiones del colon transversal o de ángulo esplénico aislado han sido registradas (2).

La incidencia de esta patología varía en diversas partes del mundo. En Estados Unidos y Gran Bretaña se han recogido resultados del 1% al 7% de todas las causas de obstrucción cólica (3). En algunos países africanos es responsable de 20% a 50% de dichas obstrucciones (4). En un estudio poblacional realizado en Minnesota la incidencia estimada resultó en 3 casos por año por 100.000 personas (5).

La edad de presentación más frecuente es entre los 60-70 años, pero puede presentarse en cualquier edad. Generalmente se diagnostica con exploración física y radiológica. Dentro de la radiología se puede apreciar un hallazgo clásico que es el signo del "grano de café" que consiste en la dilatación del sigma y la posición de sus paredes mediales conformando la hendidura del grano de café.

El tratamiento habitual es mediante la descompresión a través de la colonoscopia, satisfactoria en el 80% de los casos, sin embargo, tiene una recurrencia de hasta el 50% de los casos. Si esta no es efectiva o hay signos de isquemia se ha de recurrir al tratamiento quirúrgico.

El objetivo de la presentación del caso clínico es otra alternativa terapéutica, utilizando un sobretubo enteroscópico.

Presentación del caso y endoscopia

Varón de 82 años de edad pluripatológico, diagnosticado de fisura anal e intervenido de apendicetomía e hernia inguinal. Acudió a urgencias, refiriendo dolor abdominal tipo cólico intermitente irradiado a hipogastrio y región lumbar con intensidad moderada alta, además presentando a su vez estreñimiento desde hace 4 días.

Estado general: Impresión de afectación orgánica leve.

Abdomen: Peristaltismo disminuido, distendido, dolor difuso a la palpación.

Pruebas complementarias: Radiología simple abdomen y bipedestación.



Figura 1. Dilatación de asas de intestino grueso y vólvulo de sigma.

Tras diagnóstico por radiología de vólvulo de sigma, se solicita al servicio de endoscopia digestiva una colonoscopia con carácter urgente.

A la llegada del paciente al servicio de endoscopia digestiva, este se encuentra hemodinámicamente estable, consciente y orientado. Tras explicar al paciente el procedimiento y firmar el consentimiento, se anotan todos los antecedentes patológicos de interés, alergias, hábitos tóxicos y medicación habitual. Tras la colocación de un catéter venoso periférico y monitorización de constantes vitales

iniciamos sedación con Propofol y empezamos el procedimiento endoscópico:

Fase 1 del procedimiento: Desvolvulación.

Ampolla rectal sin lesiones, segmento de sigma estrecho que se franquea, probablemente corresponde al tramo volvulado. Por encima de él, aparece una dilatación muy marcada de las asas y restos fecales se aspira todo lo posible y retira el colonoscopio. Tras el procedimiento el paciente refiere mejoría inmediata, la exploración abdominal mejora y se evidencia la salida espontánea restos fecales. El paciente es trasladado a la planta de hospitalización. A las 48 horas posteriores de la colonoscopia, recurrencia del dolor abdominal tipo cólico. Se realiza TAC de abdomen, dónde se observa de nuevo recidiva del vólvulo de sigma.

El paciente es trasladado de nuevo a la unidad de endoscopia digestiva y tras la acogida de enfermería se empieza de nuevo el procedimiento.



Figura 2. Sobretubo guiado

Fase 2 del procedimiento: Colocación sobretubo

Se sobrepasa la cintura del vólvulo, siendo imposible la desvolvulación, por lo que se decide instaurar sonda sobretubo balón simple de enteroscopia. Para ello utilizamos canulotomo con guía larga, se introduce contraste yodado para comprobación de ubicación. Se retira canulotomo y colonoscopio dejando la guía para posteriormente introducir sobretubo de forma guiada con

radiología. Se hincha el balón con contraste y se comprueba ubicación. Se conecta bolsa en declive con abundante salida de restos fecaloideos. Tras procedimiento y mejoría del paciente, se traslada a la planta de hospitalización, indicando la retirada del sobretubo en unas horas para evitar la isquemia por presión del globo, colocando posteriormente una sonda rectal simple.



Figura 3. Sobretubo con balón



Figura 4. Resolución del vólvulo

Plan de Cuidados

A continuación se detallan los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA, objetivos NOC e intervenciones NIC de todo el proceso asistencial:

- Temor relacionado con el procedimiento terapéutico manifestado por, nerviosismo, verbalización.

NOC:(1810) Conocimiento procedimiento terapéutico.

NIC:(5270) Apoyo emocional.

- Dolor relacionado con el proceso patológico/técnica.

NOC: (1605) Control del dolor.

NIC: (2260) Sedación consciente.

- Riesgo de perforación secundario a la técnica.

NOC: (1605) Control del dolor, (0802) signos vitales.

NIC: (6680) Monitorización signos, (6650) vigilancia.

Conclusión/Discusión

El tratamiento del vólvulo de colon sigue siendo un tema controvertido, referente a la mejor elección terapéutica. Según la literatura científica, el tratamiento inicial en la mayoría de los casos es médico, y quirúrgico en el resto. Es por este motivo por el cual valorando los riesgos y beneficios para el paciente se opte por diferentes modalidades endoscópicas terapéuticas como la presentación del caso clínico expuesto.

El equipo de enfermería desde sus funciones del cuidado en todo el proceso del paciente y de colaboración con el equipo médico puede contribuir

al éxito del procedimiento, ya que es conocedor de la finalidad del procedimiento y utillaje necesario.

La no existencia en la literatura científica de otros casos similares, estaría en discusión la efectividad de la colocación de un sobretubo enteroscópico como tratamiento del vólvulo de colon, a pesar de ello creemos que es una técnica que se debería implementar en procesos similares para evaluar su eficacia.

Bibliografía

1. Ayuela Garcia, S; Perez Robledo, J P; Prieto Nieto, I; Vaquero Perez, M A; Gombau Herrero, M; Granado de la Fuente, A. Vólvulo de colon. Tratamiento quirúrgico en la urgencia. Cirugía Española 1995,57 (6): 562-564
2. Louredo Méndez, A; Corrales Castillo, A; Goyanes Martínez, A. Obstrucción intestinal secundaria a vólvulo del ángulo esplénico del colon. Rev Esp Enf Dig 1998,90 (2): 128-129.
3. Jones-Ian T, Fazio VS. Colonic volvulus, etiology and management. Dig Disease 1989; 7:203-209.
4. Bagarani M, et al. Sigmoid volvulus in West Africa: A prospective study on surgical treatments. Dis Colon & Rectum 1993; 36:186-190.
5. Ballantyne GH, et al. Volvulus of the colon, incidence of mortality. Ann Surg 1985; 202:83-92.
6. Antonio Codina Cazador, Ramón Farres Coll , Francisco Olivet Pujol , Marcel Pujadas de Palol , Adam Martín Grillo , Nuria Gomez Romeu ,David Julia Bergkvist .Vólvulo de colon y recidiva del vólvulo: ¿qué debemos hacer? Revista cirugía española elsevier.2011; 89(4):237-242
7. D.A. Margolin,C.B. WhitlowThe pathogenesis and etiology of colonic volvulus.Semin Colon Rectal Surg 2007;18: 79-86