



## Vólvulo de sigmoides. Reporte de caso

Jesús Alberto Bahena-Aponte,\* Mónica De Jesús-Mosso,† Antonio Moreno-Ruiz,‡  
Cindy Belén Larumbe-Hernández,|| Jorge González,¶ Quintín Héctor González-Contreras§

\* Cirujano Gastrointestinal y Laparoscopia. Hospital San Ángel Inn HMG. † Médico Cirujano. Universidad Nacional Autónoma de México.  
‡ Residente de Cirugía General. Hospital General "Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza". || Médico Cirujano. Clínica de Gastroenterología, Hospital San Ángel Inn HMG.  
¶ Interno. Hospital Houston Methodist, TX. § Cirujano Gastrointestinal y Coloproctología. Hospital San Ángel Inn HMG.

### *Sigmoid volvulus. Case report*

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2025 / p. 87-90

#### RESUMEN

**Antecedentes.** El vólvulo sigmoidees ocurre con la formación de un asa cerrada en la cual existe compromiso de la circulación sanguínea y dilatación del mismo, la causa principal es un fallo o laxitud de la fijación peritoneal.

**Caso clínico.** Hombre de 77 años sin antecedentes de relevancia acude a urgencias por cuadro de vólvulo sigmoidees que requiere intervención quirúrgica de urgencias.

**Conclusiones.** El vólvulo de sigmoidees es una patología rara de abdomen agudo que requiere una alta sospecha clínica para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

**Palabras clave.** Vólvulo de sigmoidees, abdomen agudo, obstrucción intestinal, sigmoidectomía.

#### ABSTRACT

**Background.** Sigmoid volvulus occurs with the formation of a closed loop in which there is compromised blood circulation and dilation; the main cause is a failure or laxity of peritoneal fixation.

**Case report.** A 77 year-old man with no relevant history comes to the emergency room due to sigmoid volvulus that requires emergency surgery.

**Conclusions.** Sigmoid volvulus is a rare pathology of the acute abdomen that requires high clinical suspicion for early diagnosis and timely treatment

**Key words.** Sigmoid volvulus, acute abdomen, intestinal obstruction, sigmoidectomy.

### INTRODUCCIÓN

El vólvulo es una torsión del intestino alrededor del eje de su mesenterio. En el caso de un vólvulo sigmoideo, la torsión se produce en el mesenterio sigmoideo en su base. El vólvulo sigmoideo es el tipo más común de vólvulo del colon. Menos comunes son el vólvulo del colon transversal y el vólvulo de ciego. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes con menor movilidad, postrados en cama e institucionalizados, generalmente con antecedentes de estreñimiento crónico.<sup>1,2</sup>

### Epidemiología

El vólvulo del colon sigmoideo es la tercera causa de obstrucción a nivel de colon, con una incidencia que es variable, que tiene una incidencia mayor en países de Medio Oriente, África e India. Se ha reportado menor incidencia en los Estados Unidos, Nueva Zelanda, países de Europa Occidental y Australia. Más de 95% de los casos involucran colon sigmoidees. De 50 a 80% de los vólvulos de sigmoidees son la etiología más común de oclusión intestinal en países en desarrollo.<sup>3</sup> En países occidentales se suele presentar

#### Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras  
Calle Árbol del Fuego Núm. 80, Torre de consultorios. Col. El Rosario. C.P. 04380. Alcaldía Coyoacán. CDMX, México  
Correo electrónico: quinhec@hotmail.com

en pacientes de la sexta a la octava década de la vida con padecimientos médicos crónicos, incapacidad neuropsicológica o estreñimiento. En estudios realizados recientemente se ha reportado una prevalencia 2:1 de vólvulo sigmoideo en hombres, principalmente en pacientes de edad avanzada (mayores de 70 años), esto es en asociación a estreñimiento crónico, obstrucción distal y trastorno neurocognitivo mayor.<sup>4-6</sup>

### **Etiología y fisiopatología**

El vólvulo es un ejemplo clásico de obstrucción del asa cerrada del intestino grueso. Si tanto la entrada como la salida del colon están obstruidas, el intestino obstruido continuará distendiéndose debido a una gran cantidad de bacterias formadoras de gas, atrapadas en su interior. Esto eventualmente conducirá a una perforación del segmento obstruido.<sup>1</sup>

Mientras el colon está obstruido y distendido, se altera el suministro de sangre, lo que conduce a la isquemia, así como a la translocación bacteriana de la flora intestinal. Por lo general, primero se ve afectado el flujo venoso, lo que aumenta aún más la congestión, hasta que se detiene el suministro arterial. La mucosa colónica es más susceptible a la agresión isquémica, lo que conduce a una barrera deteriorada y a la translocación de bacterias, hasta que la isquemia afecta a los músculos y la serosa, lo que conduce a la necrosis y la perforación.<sup>1</sup>

El vólvulo sigmoideo puede convertirse en una situación recurrente y en aquellos pacientes tratados de forma conservadora, la base del mesenterio acabará volviéndose fibrótica y el intestino quedará crónicamente distendido.<sup>1</sup>

### **Diagnóstico**

El cuadro clínico típico se presenta en pacientes > 60 años y en tratamiento de alguna patología psiquiátrica que causa constipación crónica, acompañado de alguno de los siguientes factores: antecedente de estreñimiento, oclusión recurrente, dependencia al uso de laxantes, diabetes mellitus, estancia en cama prolongada, antecedentes de hospitalizaciones. La patología debuta con dolor abdominal de tipo cólico, náusea, vómito y constipación; suele haber distensión abdominal, grados variables de dolor abdominal, ruidos peristálticos disminuidos o aumentados y ámpula rectal vacía a la exploración rectal, aunque un porcentaje puede cursar como asintomáticos inicialmente. El 33% de los pacientes presenta la triada del vólvulo de sigmoides, vómitos, dolor tipo cólico con constipación y distensión abdominal. De 30 a 40% de los pacientes va a presentar antecedente de oclusión intestinal.<sup>1,3</sup>

### **Tratamiento**

El diagnóstico oportuno en pacientes estables permite múltiples opciones diagnóstico-terapéuticas quirúrgicas, endoscópicas o intervencionistas, ya sean transitorias o definitivas. Dentro del tratamiento para el vólvulo sigmoideo no complicado, el primer paso es realizar una colonoscopia diagnóstica terapéutica para valorar la viabilidad sigmoidea, así como también la detorsión del mismo. Si hay imágenes sugestivas de necrosis, datos bioquímicos de isquemia o el recurso endoscópico no es accesible, el paciente amerita cirugía de urgencia.<sup>1,3</sup>

La resección y anastomosis mecánica se apoya de herramientas para realizar un cierre hermético mediante grapeo de todas las capas intestinales, lo que ayuda a optimizar el tiempo quirúrgico. La más utilizada es la engrapadora circular para anastomosis término-terminal o término-lateral, con la presencia de tres líneas de grapas direccionales a distinto nivel para realizar mejor hermeticidad, menor estrés tisular y mejor perfusión de los bordes anastomóticos. Pueden reforzarse con una capa de sutura manual con puntos hemostáticos invaginantes. Diversos estudios apoyan la teoría de que no existe diferencia significativa entre la anastomosis manual *versus* la anastomosis mecánica, ya que ambas resultan en una cicatrización aceptable y adecuada fuerza tensil, con similar tasa de fuga anastomótica.<sup>7</sup>

La derivación fecal a través de una ileostomía en asa o colostomía proximal, de mayor uso en la cirugía oncológica, ofrece protección para una anastomosis colorrectal de alto riesgo desde un aspecto técnico. Los pacientes con ileostomía de protección demostraron una tasa de complicaciones significativamente más alta en estomas de alto gasto que los pacientes con colostomías, mientras que los pacientes con colostomía presentaron mayor tasa de complicaciones en cuanto a infección de herida, eventración contenida del abdomen y reconstitución del tránsito intestinal.<sup>8-10</sup>

### **CASO CLÍNICO**

Hombre masculino de 77 años de edad sin antecedentes crónicos-degenerativos ni antecedentes quirúrgicos previos. Refiere tres días de evolución con distensión y dolor abdominal de tipo cólico difuso con predominio en flanco izquierdo acompañado de ausencia de evacuaciones y canalización de gases, así como intolerancia a la vía oral, niega fiebre y escalofríos. Se trató con analgesia vía oral sin mejoría. El paciente refiere la exacerbación del dolor abdominal en las últimas 24 horas por lo que solicita valoración médica.

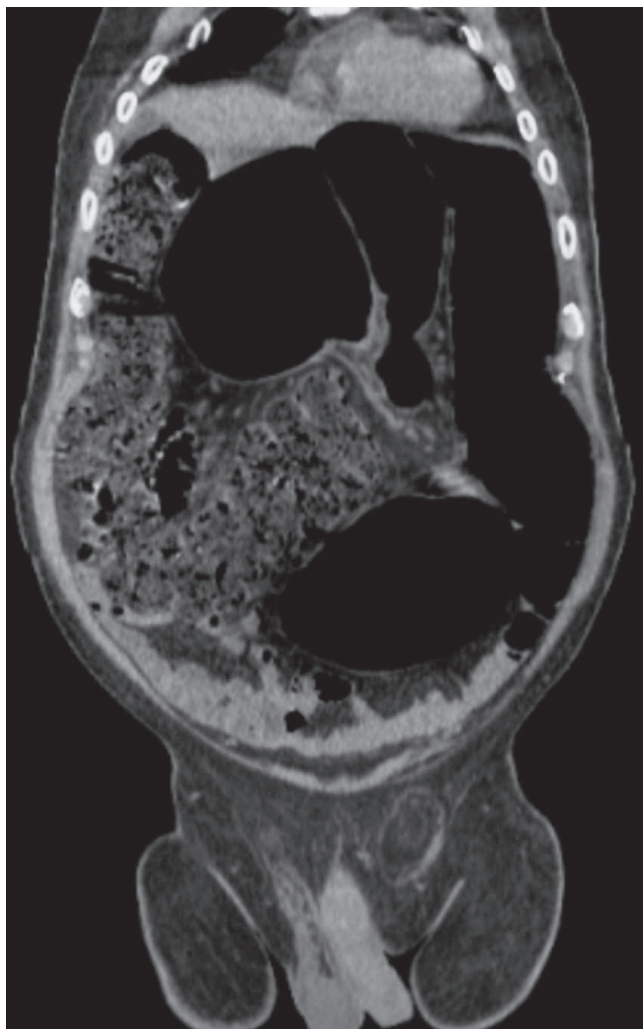
A la exploración física se encontró paciente masculino quejumbroso, neurológicamente íntegro, mucosas poco hidratadas, con taquicardia, campos pulmonares se auscultan

ventilados, el abdomen se observa distendido, peristalsis ausente, timpánico a la percusión de predominio en flanco izquierdo, al tacto rectal se encuentra ámpula vacía, sin presencia de masas o tumores.

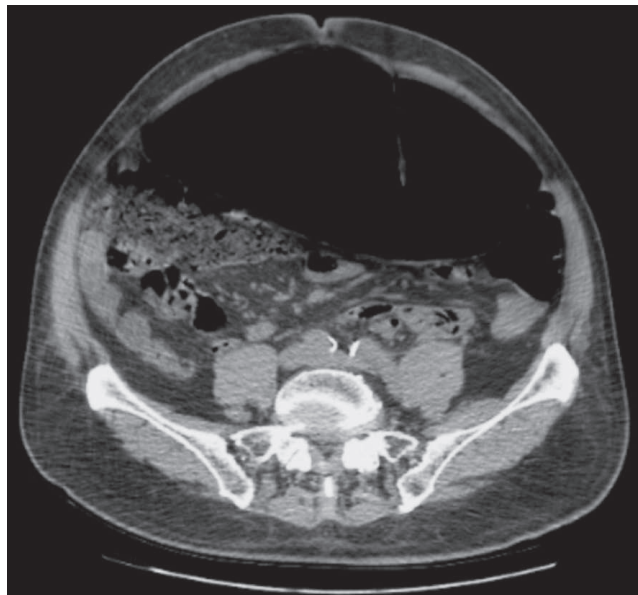
Se realizan laboratorios encontrando leucocitosis a expensas de neutrofilia. El resto de laboratorios dentro de parámetros normales.

Se realiza TAC donde se visualiza importante dilatación de asas de colon sigmoides y de colon descendente (*Figuras 1 y 2*).

Se decide realizar laparotomía de urgencia donde se encontró dilatación de colon descendente y sigmoides. Se realiza sigmoidectomía y colo-recto anastomosis con ileostomía de protección debido a indicación quirúrgica de urgencia. (*Figura 3*).



**Figura 1.** TAC de abdomen simple en corte coronal donde se visualiza distensión de colon descendente y sigmoides.



**Figura 2.** TAC de abdomen simple en corte axial a nivel de la cicatriz umbilical donde observa importante dilatación colónica.



**Figura 3.** Se observa vólvulo de sigmoides con importante dilatación.

## CONCLUSIONES

El vólvulo de sigmoides es una patología rara de abdomen agudo que requiere una alta sospecha clínica para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Muchas veces el diagnóstico clínico es un reto y los estudios radiológicos nos apoyan en el abordaje de estos pacientes. La resolución quirúrgica es un tratamiento definitivo con buenos resultados como en el caso clínico aquí presentado, donde la anastomosis baja fue protegida con una ileostomía para su posterior restitución del tránsito intestinal.

## REFERENCIAS

- Lieske B, Antunes C. Vólvulo sigmoideo [Actualizado el 28 de mayo de 2023]. En: StatPearls [Internet] Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441925>
- Tejera-Hernández AA, Betancort-Rivera N, Pérez-Alonso E, Hernández Hernández JR. Vólvulo de sigmoideo por enfermedad de Chagas. *Emergencias* 2018; 30(6): 437-8.
- Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg* 2016; 153: 183-92.
- Ibáñez-Sanz L, Borrueal-Nacenta S, Cano-Alonso R, Díez-Martínez P, Navallas-Irujo M. Vólvulos del tracto gastrointestinal. Diagnóstico y correlación entre radiología simple y tomografía computarizada multidetector. *Radiología* 2015; 57: 35-43.
- Mucino-Pérez LA, et al. Vólvulo de sigmoides. Revisión de la literatura. *Cir Gen* [online] 2021; 43(3): 165-75. Disponible en: Epub 02-Jun-2023. ISSN 1405-0099. <https://doi.org/10.35366/108569>
- Tirol FT. Cecocolic torsion: classification, pathogenesis, and treatment. *JLS* 2005; 9: 328-34.
- Campos-Badillo JA, Rojas-Huizar JA, Vargas-Ávila AL, Chávez-Acevedo S, López-Olivera KD. Mesosigmoidoplastia: una técnica alternativa para el manejo de vólvulos de sigmoides en pacientes críticos. *Cir Gen* 2019; 41: 300-6.
- Hanna MH, Vinci A, Pigazzi A. Diverting ileostomy in colorectal surgery: when is it necessary? *Langenbecks Arch Surg* 2015; 400: 145-52.
- Klek S, Pisarska M, Milian-Ciesielska K, Cegielný T, Choruz R, Salówka J, et al. Early closure of the protective ileostomy after rectal resection should become part of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol: a randomized, prospective, two-center clinical trial. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* 2018; 13: 435-41.
- Gavriilidis P, Azoulay D, Taflampas P. Loop transverse colostomy versus loop ileostomy for defunctioning of colorectal anastomosis: a systematic review, updated conventional meta-analysis, and cumulative meta-analysis. *Surg Today* 2019; 49: 108-17.