

115

U.M.S.S
DEPARTAMENTO DE POST-GRADO
FACULTAD DE MEDICINA
CBBA - BOLIVIA

MED.
Tesis
F 363 m
2002.

Indice:

Introducción pag. 1

Marco Teórico pag. 2

Justificación pag. 5

"MANEJO INICIAL DE URGENCIAS EN EL VOLVULO DE SIGMOIDES"

Material y Métodos pag. 6

Resultados pag. 8

HOSPITAL OBRERO N°2 C.N.S.

Conclusiones y discusión pag. 11

JULIO 1997 a JUNIO 2001

Bibliografía pag. 16

Gráficos y anexos

RESIDENTE: DR. EDGAR FERNANDEZ RIOS.

TUTOR : DR. RAMIRO ROCABADO.

GESTION 2001

PRIMER AÑO CIRUGIA GENERAL


Dr. Ramiro Rocabado A.
CIRUJANO GENERAL
Mat. Prof. R-167 C.N.S.

Manejo Inicial de Urgencias en el Vólvulo de Sigmoides

Introducción.

Indice:

| | |
|---------------------------------------|---------|
| Introducción | pag. 1 |
| Marco Teórico | pag. 2 |
| Justificación | pag. 5 |
| Objetivos | pag. 6 |
| Material y Métodos | pag. 6 |
| Resultados | pag. 8 |
| Conclusiones y discusión | pag. 11 |
| Bibliografía | pag. 16 |
| Gráficos y anexos | |

Debemos considerar que las causas de megacolon asociado a vólvulo en nuestro medio se deben a patología Chagásica y a los hábitos alimenticios.

La importancia del presente estudio, se debe a la relevancia de esta patología como un problema de salud y la falta de protocolos de atención dentro el manejo inicial en nuestro medio con la participación de un consejo médico.

Manejo Inicial de Urgencias en el Vólvulo de Sigmoides

Introducción.

Se ha demostrado que en los países de América del Sur una causa frecuente de obstrucción intestinal baja es el Vólvulo de Sigmoides representando una urgencia quirúrgica de mucha importancia así como sucede en nuestro país, por lo tanto llama la atención que en muchos libros de la especialidad no se da la atención necesaria a esta patología teniendo en cuenta que la misma puede ser resuelta en cuestión de minutos en Hospitales generales con la respectiva valoración del compromiso abdominal y el estado general de la persona.

Debemos considerar que las causas de megacolon asociado a vólvulo en nuestro medio se deben a patología Chagásica y a los hábitos alimenticios.

La importancia del presente estudio, se debe a la relevancia de esta patología como un problema de salud y la falta de protocolos de atención dentro el manejo inicial en nuestro medio con la participación de un consejo médico.

Marco Teórico.

Se llama vólvulo a la torsión o rotación anormal de una porción del intestino sobre su mesenterio. Esto ocasiona oclusión de la luz en cada extremo del segmento, con la consecuente obstrucción y deterioro vascular. Estos trastornos pueden ser adquiridos ó congénitos y si se dejan sin tratamiento evolucionan hasta causar obstrucción de colon, estrangulación y gangrena. (1,3,4,8,9 y 10).

El colon sigmoide es el sitio más común en que se presentan vólvulos de colon; comprende cerca de 75% de los casos. También se encontró que este vólvulo era 20 veces más común en los sujetos mayores de 60 años que en los menores de edad. (2 y 8)

La mayor parte de la bibliografía atribuye la patogenia del vólvulo del sigmoide a la redundancia adquirida de este segmento del colon, libremente móvil en un meso sigmoides largo con una grosera distención y engrosamiento del sigmoide (8), teniendo también factores predisponentes como: mesosigmoiditis retractil, hipotrofia de las paredes colónicas y dolicomegacolon que es una característica adquirida en pacientes que viven

a más de 3000 m.s.n.m de altura, todo esto consecutiva a la ingestión de dietas de alto residuo. (2 y 9). Otros factores son: trastornos neuropsiquiátricos subyacentes como la enfermedad de parkinson, Alzheimer, esquizofrenia crónica y senilidad. (8)

Dentro las manifestaciones clínicas el diagnóstico debe ser en base a una buena historia clínica y al examen físico teniendo en cuenta como antecedente fundamental el estreñimiento crónico. (2, 3 y 8)

Los pacientes presentan dolor abdominal cólico, distensión rápida, falta de eliminación de gases y heces, náuseas, vómitos y en algunos casos fiebre este último como consecuencia del compromiso vascular del asa sigmoidea (1,2,4,8 y 9). Al examen físico se observa distensión abdominal, peristaltismo con hiperactividad en los casos iniciales, hipersensibilidad y signos de irritación peritoneal en los casos de compromiso vascular. Habitualmente se observan en pacientes con marcada distensión abdominal, con signos de deshidratación severa, mal estado general y shock. (2 y 8)

La presencia de peristaltismo, puede reflejarse en hiperactividad violenta en primera instancia para luego presentar silencio. (3, 5 y 10)

cuando Eos rayos X simples de abdomen muestran el asa colónica distendida y ocupando gran parte del abdomen produciendo imágenes de asa “plegada”, “en omega”(8 y 9), “grano de café” (2), etc. siendo común encontrar dos niveles hidroaéreos (3, 8, 9, 10). El laboratorio nos puede demostrar la presencia de leucocitosis.(9)

El diagnóstico diferencial debe hacerse con vólvulo cecal, vólvulo del intestino delgado, carcinoma de sigmoides ó enfermedad diverticular, además de patología herniaria. (3)

El tratamiento de vólvulo de sigmoides se basa en procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos o conservadores. En los tratamientos conservadores puede producirse la desvolvulación con enemas evacuantes, colocación de sonda rectal, rectosigmoidoscopia y utilización de colonoscopio flexible para reducir límites más allá de la rectosigmoidoscopia, se ha podido encontrar complicaciones como la perforación, actualmente con la preparación debida se elude este problema.

(2,3,4,8,9 y 10) El manejo conservador se asocia con un pronóstico inmediato excelente, aunque debe recalcarse del riesgo de una recurrencia, a menos que se lleve a cabo un tratamiento definitivo.(2,3, y 8)

En la resección electiva, diferida, se prefiere la anastomosis primaria, que ofrece mayor seguridad en la mayoría de los pacientes. Sin embargo,

cuando no se logró reducir el vólvulo con maniobras no quirúrgicas, el tratamiento quirúrgico es menos claro (8), si las condiciones del segmento afectado son viables puede realizarse: una desvolvulación y fijación del asa sigmoidea o una colostomía transversa; pero si existe compromiso vascular se puede realizar: sigmoidectomía y anastomosis término-terminal, sigmoidectomía mas colostomía tipo Mickuliz, y operación de Hartmann. (1,2,3,4,6,8,9 y 10)

Justificación.

La patología de vólvulo de sigmoides constituye una afección frecuente por las características de nuestro medio, siendo necesario implementar un protocolo de manejo inicial seguro y con buen pronóstico para posteriormente tener una solución definitiva del problema, debido a que la bibliografía internacional no especifica ni proporciona datos claros sobre los procedimientos conservadores así como quirúrgicos, siendo estos últimos implementados para la patología neoplásica colónica y mental.

pacientes atendidos con esta patología en el servicio de Cirugía-Urgencias, en forma retrospectiva desde Julio del año 1997 hasta Junio del año 2001, cabe mencionar que el servicio de Estadística solo registró los

Objetivos.

atendidos en el servicio de urgencias desde el año 1997. De la lista de 52 pacientes tan solo se encontraron 46 historias clínicas.

Objetivos generales:

para la recolección de datos con las siguientes variables:

- Conocer el manejo terapéutico inicial del vólvulo de sigmoides

Objetivos específicos:

- Identificar los datos clínicos de importancia
- Conocer el manejo inicial del Vólvulo de Sigmoides
- Identificar las complicaciones del manejo inicial
- Conocer los resultados del manejo endoscópico
- Identificar la recurrencia
- Conocer los beneficios del manejo endoscópico

Material y métodos.

El presente es un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal.

Para la recolección de datos, primero se obtuvo una lista de todos los pacientes atendidos con esta patología en el servicio de Cirugía-Urgencias, en forma retrospectiva desde Julio del año 1997 hasta Junio del año 2001, cabe mencionar que el servicio de Estadística solo registró los

pacientes atendidos en el servicio de urgencias desde el año 1997. De la lista de 62 pacientes tan solo se encontraron 46 historias clínicas.

Se elaboró un formulario para la recolección de datos con las siguientes variables:

en cuenta el sexo de los pacientes atendidos, pertenecen al sexo masculino 34 (74%) y femenino 12 (26%). (Gráfico #1)

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| Edad | Sexo |
| Tiempo de enfermedad | Antecedentes de estreñimiento |
| Inicio de crisis | Sintomatología y examen físico |
| Tacto rectal | Procedencia |
| Laboratorio para Chagas | Rayos X |
| Rectosigmoidoscopia | Soluciones previas |
| Complicaciones de RSC | Cirugía inicial |
| Tiempo de hospitalización | Cirugía como tratamiento definitivo |

de 48 horas de iniciado el cuadro, entre las 24 y 48 hrs lo hacen 11(24 %).

La elaboración de análisis, tablas y gráficos se realizó con los paquetes de computación Excel y Power Point.

como principal causa de consulta en 44 pacientes (95%) mientras que la falta de eliminación de heces y gases se presentaron en 42 pacientes(91%) y distensión abdominal en 37 pacientes (80%). (Gráfico#5)