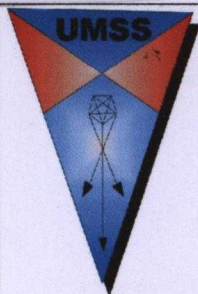


234

MED:
Tesis
P 298m
2004

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
INVENTARIO: BIBLIOTECA



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCION DE POST GRADO

MANEJO INICIAL DEL VOLVULO DE SIGMOIDES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Justificación
Objetivos
Resultados
Conclusiones

**HOSPITAL OBRERO No 2 C.N.S.
Enero 1999-Diciembre 2003**

**Autor : Dr. Realmo Jose Patiño Nogales
Residente primer año – Cirugía general**
**Tutor : Dr. Juan Carlos Vargas Cossio
Cirujano General C.N.S.**

**Cochabamba – Febrero
2004**

**Dr. Juan Carlos Vargas C.
CIRUJANO GENERAL
MPS - 642 CM 148
COCHABAMBA-BOLIVIA**

RESUMEN

El objetivo de presente trabajo es el de dar a conocer, la casuística y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados para resolver el vólvulo de sigmoidea en el lapso de 5 años, de enero de 1999 a diciembre del 2003, por tal motivo se revisaron 73 historias clínicas que corresponden a pacientes ingresados con diagnóstico de obstrucción intestinal baja por vólvulo de sigmoidea obteniéndose los siguientes resultados:

INDICE

Resumen.....	Pág. 1
Introducción.....	Pág.2
Marco teórico.....	Pág.3
Justificación.....	Pág.13
Objetivos.....	Pág.14
Resultados.....	Pág.16
Conclusiones.....	Pág.18

Los pacientes diagnosticados de vólvulo de sigmoidea fueron sometidos a descompresión endoscópica en 65 casos (89 %) y solo a 8 (11 %) pacientes se tuvo que intervenir quirúrgicamente de urgencia.

Del total de pacientes 46 tuvieron más de un episodio de vólvulo de sigmoidea lo que representa un 62 %.

Solamente 11 pacientes se sometieron a cirugía definitiva, a 6 se les realizó colectomía amplia y 5 resección anterior.

RESUMEN

El objetivo de presente trabajo es el de dar a conocer, la casuística y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados para resolver el vólvulo de sigmoides en el lapso de 5 años, de enero de 1999 a diciembre del 2003, por tal motivo se revisaron 73 historias clínicas que corresponden a pacientes ingresados con diagnóstico de obstrucción intestinal baja por vólvulo de sigmoides obteniéndose los siguientes resultados:

La edad de los pacientes fluctúa entre los 22 a 97 años siendo mas frecuente en el grupo etareo de 60 a 79 años a si mismo se observa que el hábitos alimentarios y al nivel socio-económico de los pobladores de esta regiones. En nuestro medio la causa mas frecuente de megacolon y por tanto de vólvulo de sigmoides se debe a patología chagásica, la cual esta asociada a los hábitos alimentarios y al nivel socio-económico de los pobladores de esta regiones.

En esta patología los pacientes provienen en su mayoría de las zonas rurales y sobre todo de los valles.

Los pacientes diagnosticados de vólvulo de sigmoides fueron sometidos a descompresión endoscópica en 65 casos (89 %) y solo a 8 (11 %) pacientes se tuvo que intervenir quirúrgicamente de urgencia.

Del total de pacientes 46 tuvieron más de un episodio de vólvulo de sigmoides lo que representa un 62 %.

Solamente 11 pacientes se sometieron a cirugía definitiva, a 6 se les realizo colectomia amplia y 5 resección anterior.

INTRODUCCIÓN

En los países andinos en particular en Bolivia, y sobre todo a nivel de los valles la causa mas frecuente de obstrucción intestinal baja es el vólvulo de sigmoides por lo que representa una emergencia abdominal de gran importancia en nuestros hospitales, 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.

En nuestro medio la causa mas frecuente de megacolon y por tanto de vólvulo de sigmoides se debe a patología chagásica, la cual esta asociada a los hábitos alimentarios y al nivel socio-económico de los pobladores de esta regiones.

La importancia de este estudio, se debe a la relevancia de esta patología como un problema de salud que afecta a la población de nuestro país.

B. ANATOMIA DEL COLON

El intestino grueso es la última porción del tubo digestivo, presenta segmentos fijos y segmentos relativamente móviles.

Dimensiones.- La longitud del intestino grueso es por término medio de 1,50 metros, su calibre disminuye del ciego al ano. Así su diámetro mide 7 a 8

I. MARCO TEÓRICO

A. TÉRMINOS BÁSICOS Y SIGLAS

En la literatura médica referente obstrucción intestinal, se usan diversos términos que es conveniente aplicarlos con propiedad, como oclusión, obstrucción, invaginación, etc.

1. **Torsión o vólvulo.-** Cuando un asa intestinal gira alrededor de su eje mesentérico es evidente que este mecanismo produce efectos similares a la estrangulación.
2. **Invaginación.-** Cuando un asa intestinal se introduce en la luz de otro segmento continuo a aquel.
3. **Obstrucción Intestinal.-** Se llama obstrucción intestinal al conjunto de signos y síntomas que se desarrollan como consecuencia de una interrupción del tránsito normal del contenido intestinal, se puede deber a causas intraluminales, compresión externa o torsión.

B. ANATOMIA DEL COLON

El intestino grueso es la última porción del tubo digestivo, presenta segmentos fijos y segmentos relativamente móviles.

Dimensiones.- La longitud del intestino grueso es por término medio de 1,50 metros, su calibre disminuye del ciego al ano. Así su diámetro mide 7 a 8

cm. En el origen del colon ascendente, 5 cm. En el colon transverso y 3 a 5 cm.
En el colon descendente y sigmoideas.

Ciego y apéndice, El ciego es la parte del intestino grueso situada debajo de un plano transversal tangente al borde inferior del orificio que pone en comunicación el intestino delgado con el intestino grueso. El ciego tiene la forma de un saco abierto hacia arriba de 6 a 8 cm. de ancho.

Esta normalmente situado en la fosa iliaca derecha y su extremidad inferior o fondo ocupa el ángulo formado por la fosa iliaca derecha y la pared abdominal anterior.

A 2 o 3 cm. Mas abajo se implanta el apéndice vermicular, desde el sitio de implantación del apéndice parten las tres cintas musculares longitudinales del intestino grueso.

a. Colon ascendente, Esta comprendido entre el ciego y el ángulo derecho o hepático del colon, por lo tanto su longitud, su situación y sus relaciones varían según que el ciego este en situación normal, alta o baja. Su extremo superior próximo al ángulo hepático se halla en intima relación con la lamina anterior de la fascia peri rectal (de Gerota) del riñón derecho y la flexura misma cubre la segunda porción del duodeno, las reflexiones peritoneales de la flexura hepática se hallan en intima relación con las serosas que cubren la vesícula biliar, de la superficie inferior del hígado y duodeno.

- b. **Colon transverso**, Se extiende de derecha a izquierda desde el colon ascendente hasta el colon descendente, su longitud varia entre 40 y 80 cm. Mide por término medio 50 cm. Se pueden distinguir dos partes en el colon transverso: una parte derecha y otra parte izquierda, cuyo limite esta un poco a la derecha de la línea media, sobre el borde interno de la segunda porción del duodeno. La parte derecha es fija, aplicada sobre la pared y se dirige oblicuamente hacia delante, hacia adentro y un poco hacia abajo. La parte izquierda más larga que la precedente, es móvil y esta unida a la pared por el mesocolon.
- c. **Ángulo esplénico**, El ángulo izquierdo o esplénico del colon es la unión del colon transverso con el colon descendente, este ángulo es agudo. El ángulo esplénico esta mas alejado de la línea media que el ángulo hepático, rebasa en efecto hacia fuera la parte media del riñón izquierdo y se adhiere al diafragma al que lo une estrechamente el ligamento frenocólico izquierdo. Sobre el ángulo izquierdo y sobre el ligamento frenocólico izquierdo descansa el bazo de ahí el nombre de ángulo esplénico.
- d. **Colon descendente**, El colon descendente empieza en el ángulo esplénico del colon y termina en la cresta iliaca, donde se continua con el colon sigmoides. Más profundamente situado y de menor calibre que el colon ascendente desciende más o menos verticalmente en el canal comprendido entre el riñón y la pared abdominal. Su longitud es de 12 cm. En la gran mayoría de los casos el colon descendente esta aplicado a la

pared abdominal posterior por el peritoneo, que reviste sus caras anterior y laterales. Una vez entre seis la fascia no existe y el colon esta unido a la pared por un corto meso. El uréter izquierdo esta por dentro de esta porción del colon y debe protegerse al movilizar y resecar el colon izquierdo.

- e. **Colon sigmoideas**, Desciende como estructura intra peritoneal hasta la unión rectosigmoidea a nivel del tercer segmento sacro. La longitud del colon sigmoideo es muy variable y es mas móvil donde describe una curva sobre la parte central de su meso. La inserción del mesocolon sigmoideo en la parte posterior de la pelvis semeja una V invertida cuyo vértice apunta hacia el uréter izquierdo que esta en la profundidad.

C. RIEGO SANGUINEO

El riego sanguíneo del colon y recto depende en su posición intra peritoneal de dos sistemas fundamentales, el de la arteria mesentérica superior y el de mesentérica inferior, ambas ramas de la Aorta abdominal. El sistema que irriga la primera de estas arterias corresponde embriológicamente al intestino medio y el otro distal, al intestino posterior.

La irrigación arterial de la mesentérica inferior, se adosa al recto a la altura de la tercera sacra y se une a los ramos cecales, los hemiorrales superiores derechos e izquierdos.

El límite en ambos se halla en las proximidades del ángulo esplénico. Las ramas colónicas de la arteria mesentérica superior, se desprenden de su lado derecho. La arteria ilio-ceco cólica es la única rama colónica constante de la mesentérica superior e irriga al ciego mediante dos ramas cecales (anterior y posterior) al ileon terminal y al apéndice y se anastomosa en sentido distal con