

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MARCO TEORICO	2
	• ANATOMIA	2 - 7
	• FISIOLÓGÍA	7 - 9
	• FISIOPATOLOGÍA	9
	• DEFINICIÓN	10
	• CLASIFICACION Y DESCRIPCION.....	10 - 19
III.	OBJETIVOS	20
	• OBJETIVO GENERAL	20
	• OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
IV.	MATERIAL Y METODOS	21
V.	RESULTADOS	21 - 25
VI.	CONCLUSIONES	26 - 27
VII.	RECOMENDACIONES	28
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	29
IX.	ANEXOS	30 - 63

I. INTRODUCCIÓN

El megacolon se define como una elongación y dilatación del colon, que puede comprometer toda su longitud, en especial del colon sigmoides, que se manifiesta por estreñimiento crónico y progresivo, que puede llevar a la obstrucción intestinal baja por fecaloma o vólvulo de sigmoides, complicaciones frecuentes de esta patología.

El megacolon se presenta fundamentalmente en la enfermedad de Chagas, enfermedad que se puede encontrar en América, desde el sur de Estados Unidos al sur de Argentina, es frecuente en Bolivia por las características socioeconómicas de nuestro país, que fomenta la enfermedad de Chagas, por las características de vivienda, además de otras causas como la altura, mediterraneidad, hábitos como la masticación de la coca

Esta presentación es un estudio del megacolon en el Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud, en una población atendida en un periodo de 10 años, comprendidos entre Enero de 1990 a Enero del 2000, cuyo objetivo principal es la evaluación de la COLECTOMIA AMPLIADA, como un método de tratamiento quirúrgico en el megacolon.

II. MARCO TEORICO

Para un completo entendimiento de este método de tratamiento quirúrgico es importante recalcar en el conocimiento de la anatomía y fisiología del colon, además de la patología del megacolon.

ANATOMIA

Anatómicamente el colon es la parte terminal del tubo digestivo, que se extiende desde el ileon al ano, tiene una longitud promedio de 150 cm., la porción mas dilatada es el ciego, que normalmente tiene un diámetro de 8 cm. y va disminuyendo distalmente, presenta una nueva dilatación en la porción inferior del recto, antes del canal anal. Tiene el curso de un arco que rodea las asas de intestino delgado, del que se diferencia por su mayor calibre, el aspecto saculado, posesión de los apéndices epiploicos, adherencia del omento mayor, su fijación relativamente mayor, concentración de la capa muscular longitudinal en 3 bandas o tenias mas cortas que el propio intestino dando la formación de saculaciones que empiezan en la base del apéndice y se fusionan al terminar el colon sigmoides.

El colon comprende: el ciego, colon propiamente dicho (ascendente, transverso, descendente y sigmoides), el recto y el canal anal.

El ciego, la porción mas dilatada del colon, descansa en la fosa iliaca derecha, en la

mayoría de los sujetos es parcialmente pélvica, normalmente esta libremente adherida a la pared abdominal posterior por una reflexión del peritoneo parietal.

El colon ascendente tiene una longitud aproximada de 15 cm., usualmente cubierto por peritoneo por la cara anterior y la cara posterior en contacto directo con los músculos de la pared abdominal posterior y el polo inferior del riñón derecho.

El colon transverso tiene aproximadamente 45 cm de longitud y forma un asa colgante entre el ángulo hepático y el ángulo esplénico. En los primeros 10 cm esta en relación por su cara posterior con el riñón derecho, el duodeno y el páncreas, el resto del colon transverso descansa libremente en la cavidad peritoneal conectado posteriormente por el mesocolon transverso, sus caras anterior e inferior en relación con el intestino delgado y el extremo izquierdo con el polo inferior del bazo. El omento mayor desciende de la curvatura mayor del estomago, cubriendo todas las vísceras abdominales y luego asciende para terminar en la superficie anterior del colon transverso.

El colon descendente tiene una longitud aproximada de 20 cm., se extiende desde el ángulo esplénico a un punto por debajo del nivel de la cresta iliaca. Posteriormente esta en relación con el riñón izquierdo y los músculos de la pared abdominal posterior, tiene un meso corto.

El colon sigmoide se extiende desde el colon descendente en el margen del músculo psoas hasta el recto. Tiene una longitud variable, en promedio 40 cm. Forma un asa que usualmente descansa a la izquierda de la pelvis verdadera. La unión del colon sigmoides con el recto se marca externamente por una dispersión de las tenias formadas por el músculo longitudinal del colon.

El recto en su tercio superior esta completamente cubierto por el peritoneo excepto una franja delgada posterior donde existe un mesorecto corto. A medida que el recto

desciende dentro la pelvis e mesorecto se hace mas amplio y el peritoneo hace una reflexión anterior. El tercio inferior del recto por debajo de la reflexión peritoneal rectovesical o rectouterino es extraperitoneal. El recto sigue el contorno de la concavidad sacra al que esta adherido en forma laxa por tejido conectivo. El recto termina en el canal anal.

El colon derecho esta irrigado por arteria mesentérica superior a través de las arterias ileocecal y cólica derecha. El colon transverso esta irrigado por la arteria cólica media que es rama de la arteria mesentérica superior, y se comunica, por ramas marginales con las arterias cólicas derecha e izquierda. La arteria mesentérica inferior da ramas que van a irrigar el colon descendente a través de la arteria cólica izquierda y arterias sigmoideas para el colon sigmoides. La arteria hemorroidal superior que es la arteria terminal de la mesentérica inferior va a irrigar el recto hasta la línea pectínea. La irrigación del recto bajo por las arterias hemorroidales medias que son ramas de la arteria iliaca interna y las hemorroidales inferiores ramas de la pudenda interna que irriga el recto bajo y el ano.

El drenaje venoso del colon y recto es paralelo a la irrigación arterial.

El drenaje linfático es paralelo al drenaje venoso, llegando a los ganglios paracólicos, mesocólicos, ganglios de la raíz mesocólica y finalmente los ganglios paraaórticos. El drenaje del recto y canal anal por encima de la línea pectínea va a los ganglios der. la cadena linfática de la arteria hemorroidal superior y llega a la cadena de la arteria mesentérica superior. Por debajo de la línea pectínea el drenaje linfático llega a los

ganglios linfáticos inguinales.

El colon y el recto están inervados por el sistema nervioso autónomo con sus componentes simpático y parasimpático. Los nervios siguen estrechamente los vasos sanguíneos. La innervación simpática del colon derecho se origina en las columnas laterales derecha e izquierda de los seis últimos segmentos dorsales de la medula espinal, de estas parten las fibras preganglionares hacia los troncos simpáticos provistos de ganglios, abandonan estos troncos y por los nervios esplacnicos torácicos llegan al plexo celiaco, a través de este al plexo preaórtico y mesentérico superior, terminan por arborización alrededor de las células excitadoras ganglionares de este plexo, desde las que se distribuyen fibras postganglionares a lo largo de la arteria mesentérica superior y sus ramas para el intestino delgado y colon derecho. La innervación parasimpático procede del vago derecho a través de la rama celiaca del plexo celiaco, desde allí las fibras se dirigen al plexo preaórtico y mesentérico superior, desde donde acompaña las ramas de la arteria mesentérica superior hacia el intestino delgado y colon derecho.

La inervación simpática del colon izquierdo y el recto empieza en las fibras preganglionares en las columnas laterales derecha e izquierda de los 3 primeros segmentos lumbares de la medula espinal y se unen a las cadenas simpáticas ganglionares lumbares, a través de estas pasan por el plexo preaórtico al plexo de la mesentérica inferior en los que se originan las fibras postganglionares que acompañan las ramas de la arteria mesentérica inferior hasta el colon izquierdo y parte superior del recto. La parte inferior del recto, así como la vejiga urinaria y los órganos sexuales, reciben sus nervios simpáticos por vía del nervio presacro o hipogástrico, que tiene

origen en tres raíces: la central procedente del plexo aórtico y 2 laterales que se forman a cada lado por la unión de los plexos esplacnicos lumbares, que luego de unirse se separan para formar los plexos pélvicos que además reciben ramas de los nervios parasimpáticos sacros II, III y IV. La distribución de estos nervios, no siguen las arterias, sino van directamente a las paredes de los órganos inervados.

En cuanto a la innervación del canal anal el esfínter interno esta inervado por el simpático que es motor y el parasimpático que es inhibidor del esfínter. El esfínter externo que se contrae voluntariamente tiene dos fuentes de innervación, la rama hemorroidal inferior del pudendo interno y la rama perineal del IV nervio sacro. La sensación cutánea normal que se percibe en la región perianal y pared del canal anal es transmitida por fibras aferentes de los nervios hemorroidales inferiores.

El tracto gastrointestinal es único entre los sistemas orgánicos de mamíferos, en tener un sistema nervioso, el sistema nervioso entérico, intrínseco en el órgano. El sistema nervioso entérico contiene vías de reflejo capaces de funcionar independientemente del control central, a pesar de que en la vida normal el sistema nervioso central, continua o intermitentemente modifica la actividad dentro el sistema nervioso entérico. El sistema nervioso entérico tiene el rol esencial en el control de la motilidad, flujo sanguíneo, y transporte líquido y electrolítico. El sistema nervioso entérico consiste de un vasto número de cuerpos celulares nerviosos y sus procesos embebidos en la pared del intestino. El número de neuronas entéricas en el ser humano se estima en 10 a 100 millones que es cerca al mismo número de células presentes en la medula espinal. Los cuerpos celulares están agrupados en pequeños acúmulos, los ganglios entéricos que están conectados con haces de procesos de células nerviosas para formar dos plexos