



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POST GRADO



COMPLICACIONES DE DOLICOMEGACOLON

HOSPITAL OBRERO N° 2 C.N.S.

Enero 1995 – Diciembre 2005

Autor: Dr. Edson Neri Rodriguez Mancilla
Residente Tercer año – Cirugía General

Tutor: Dr. Ramiro Rocabado Ayaviri
Cirugano General C.N.S.

COCHABAMBA – MARZO
2006

INDICE



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCION DE POST GRADO

COMPLICACIONES DE DOLICOMEGACOLON

HOSPITAL OBRERO No 2 C.N.S.
Enero 1995-Diciembre 2005

Dr. Licio B. Bustamante M.
CIRUJIA GENERAL
Mat. - B-382

Autor : **Dr. Edson Neri Rodríguez Mancilla**
Residente Tercer año – Cirugía general
Tutor : **Ramiro Rocabado Ayaviri**
Cirujano General C.N.S.

Cochabamba – Marzo
2006

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

INDICE

PAG 1-1

PAGINA

NUMERO

ITEM

1	Resumen	1
2	Introducción	3
3	Dolicomegacolon	3
4	Marco Teórico	3
5	Fisiopatología	3
6	Etiología	5
7	Cuadro Clínico	6
8	Diagnostico	6
9	Complicaciones	7
10	Fecaloma	7
11	Etiología	8
12	Diagnostico Fecaloma	11
13	Examen Físico y Diagnostico	12
14	Vólvulo - Definición	14
15	Signos y Síntomas	15
16	Métodos de Diagnostico	15
17	Tratamiento	17
18	Justificación	18
19	Objetivos	18
20	Material y Métodos	19
21	Resultados	21
22	Pacientes Hospitalizados según sexo y patología	21
23	Obstrucción intestinal baja según edad y Patología	22
24	Signos y Síntomas	24
24	Exámenes de Gabinete	24
25	Diagnostico y tratamiento	25
26	Tratamiento fecaloma	26
27	Procedimientos realizados	28
28	Complicaciones	29
29	Análisis de datos	30
30	Discusión	31
31	Conclusión	32
32	Bibliografía	33

COMPLICACIONES DE DOLICOMEGACOLON

RESUMEN:

El dolicomegacolon y sus complicaciones; como causa de obstrucción intestinal baja; manifiesta por vólvulo de sigmoides y fecaloma, son causa frecuente de consulta, reconsulta y admisión en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo estudio retrospectivo descriptivo y observacional en el hospital obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba Bolivia, entre enero de 1995 a diciembre de 2005 .

Se ha revisado 289 expedientes de pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal baja por Vólvulo de Sigmoides y fecaloma en un periodo de 10 años.

RESULTADOS:

Nuestro universo de 289 historias clínicas de pacientes internados en el Hospital obrero N°2. Con diagnostico de obstrucción intestinal baja, Del total 198 (68%)pacientes presentaron como diagnostico de ingreso vólvulo de sigmoides y 91 (31.48%) pacientes a fecaloma .Corresponden al sexo femenino 89(30.79%) y al masculino 200 (69.20%); con una edad promedio de presentación 65 años, rango de edad, entre 20 y 91 años. La sintomatología frecuente y común en esta patología, es el dolor abdominal cólico, falta de eliminación de gases y heces , distensión abdominal, nauseas, vómitos, tenesmo defecatorio, estreñimiento, y masa dura palpable abdominal .

En todos como procedimiento inicial se realizo rectosigmoidoscopia como método de diagnóstico y tratamiento en primera instancia; instalando sonda rectal a permanencia en caso de vólvulo de sigmoides y en los casos de fecaloma, enemas, proctoclisís y en ocasiones extracción manual bajo anestesia regional. Cuando por este procedimiento pudo solucionarse el cuadro, se tomó la decisión quirúrgica eligiéndose la técnica de acuerdo a los hallazgos en el transoperatorio.

En conclusión el dolicomegacolon es una patología del tercer mundo que afecta a hombres y mujeres cuya complicación frecuente es el vólvulo de sigmoides y el fecaloma como causa de obstrucción intestinal baja. En nuestro estudio el tratamiento realizado en primera instancia fue el endoscopico, conservador exitoso en todos postergándose el tratamiento quirúrgico y ser programado, o de urgencia según requiera .

Palabras claves: Dolicomegacolon, complicaciones, vólvulo de sigmoides, fecaloma, como obstrucción intestinal baja.

1.-INTRODUCCION

Las complicaciones del dolicomegacolon son una causa muy frecuente de consulta en nuestro Hospital; afecta tanto a hombres y mujeres..

Probablemente su prevalencia haya aumentado y su manejo sea considerado como rutinario, sin embargo por sus connotaciones tanto económicas, sociales y de algunos hábitos muy enraizados en la población, han hecho que reflexionemos en torno a su extraordinaria frecuencia y las causas que la producen.

2.- MARCO TEORICO

DOLICOMEGACOLON

Se define como un estado en el que existe una dilatación persistente de la luz Colónica asociada con frecuencia a engrosamiento de la pared y al aumento en su longitud, Radiológicamente e diámetro del rectosigma debe ser mayor a 6,5 cm y la longitud mayor a 50 cm para ser considerado dentro de esta patología .

FISIOPATOLOGÍA:

Fisiopatologicamente la dilatación , elongación del colon y del recto en esta patología aún no son muy claras, se puede encontrar hipertrofia muscular característica, pero no el segmento estenótico ni las alteraciones neuronales. Las células ganglionares puede ser normales, malfuncionantes o aparecer en número reducido; o la lesión deberse al desarrollo insuficiente de los plexos neurales del intestino distal por falta de migración celular desde la cresta neural, como en el dolicomegacolon congénito puede haber infiltrados inflamatorios de poca cuantía. Las alteraciones degenerativas de los plexos , con una variedad de

expresiones; a veces, solo pueden apreciarse con técnicas de histoquímica o argénticas, estos métodos han demostrado tanto en el hombre como en animales experimentales, que los plexos pueden dañarse con numerosos fármacos neurotóxicos incluidos los anticolinérgicos que probablemente pueden afectarlos por diferentes medios como la interferencia con el metabolismo de los ácidos nucleicos y la lesión de los neurotúbulos.(1)

Es así que lo más frecuente es encontrar el recto y el colon sigmoidees afectados aunque se ha descrito afección de los esfínteres solamente. La afección de todo el colon es poco frecuente y la extensión a intestino delgado es más rara aún (Hirschsprung.). En el segmento estenosado (permanentemente contraído) no se encuentran o hay muy pocas células ganglionares del plexo submucoso (de Meissner) y del mientérico (de Auerbach). Así mismo en el colon proximal dilatado se aprecia una zona intermedia (1-5 cm.) en la que el número de células ganglionares también está reducido.

Además de la ausencia de células ganglionares, se encuentran haces de fibras amielínicas muy gruesas que probablemente sean indicativos de un aumento de inervación parasimpática, también se ha descrito un aumento de la inervación simpática en el segmento agangliónico, así como numerosas alteraciones anatómicas en el segmento dilatado como denervación simpática y disminución del aporte de los nervios peptidérgicos (VIP, sustancia P, encefalinas y otros péptidos). Sin embargo, la demostración de estas alteraciones exige técnicas especializadas y no son categóricas para el diagnóstico. Funcionalmente la aganglionosis se traduce en una falta de relajación del esfínter luego de la distensión rectal (Reflejo recto anal inhibitorio "RRAI").(1)