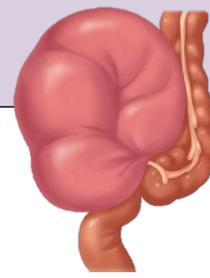


VÓLVULO DEL COLON



VÓLVULO DEL COLON

VÓLVULO SIGMOIDEO

- > FRECUENTE
- TORSIÓN SE PRODUCE EN SENTIDO ANTIHORARIO.
- EDAD: 70 — 80 AÑOS.
- SEXO: > FCTE EN HOMBRES.
- FACT. RIESGO: ESTREÑIMIENTO CRÓNICO, ANCIANOS DE RESIDENCIAS CON TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS Y QUE RECIBEN FÁRMACOS PSICÓTROPOS.
- CLÍNICA: INICIO REPENTINO DE DOLOR ABDOMINAL + NAÚSEAS Y/O VÓMITOS (ESTOS TIENEN INICIO MAS TARDÍO) + ESTREÑIMIENTO.
- TAMBIÉN PUEDE HABER: FIEBRE, RECTORRAGIA, IRRITACIÓN PERITONEAL, SEPSIS (SUGIERE ISQUEMIA O PERFORACIÓN).
- DIAGNÓSTICO:
 - EE: ABDOMEN: DISTENSIÓN MARCADA + TIMPANISMO + DOLOR A LA PALPACIÓN + TACTO RECTAL (AUSENCIA DE HECEAS EN LA AMPOLLA RECTAL).
 - LABORATORIO: LEUCOCITOSIS CON DESVIACIÓN IZQUIERDA SUGIERE ISQUEMIA.
 - RX: IMAGEN EN GRANO DE CAFÉ
 - GOLD ESTÁNDAR: TOMOGRAFÍA: REMOLINO, PICO DE PÁJARO.

TRATAMIENTO

PRIMERO: ESTABILIZAR AL PACIENTE

1. REPOSO CON CABECERA 30 — 45 GRADOS.
2. NPO + SONDA NASOGÁSTRICA.
3. CFV + BHE (EVALUAR SONDA FOLEY).
4. 2 VÍAS PERMEABLES DE ALTO CALIBRE.
5. OXÍGENO SEGÚN NECESIDAD.
6. HIDRATACIÓN (PIEZA FUNDAMENTAL DEL TTO).
7. INICIO DE TTO CON ATB (CEFTRIAZONA + METRONIDAZOL).
8. MANEJO DEL DOLOR.

PACIENTE ESTABLE:

1. PRIMERA OPCIÓN: COLONOSCOPIA DESCOMPRESIVA (DESVOLVULACIÓN NEUMÁTICA ENDOSCÓPICA). LUEGO COLOCA UNA SONDA RECTAL DURANTE 1 — 2 DÍAS. (PERMITE DESCOMPRESIÓN CONTINUA Y EVITA RECIDIVAS).
 2. SI ES EXITOSA: PROGRAMAR CIRUGÍA (ABIERTA O LAP) Y REALIZAR UNA COLONOSCOPIA ANTES.
- ALTO RIESGO: FIJAR SIGMA POR COLONOSCOPIA.
 - BAJO RIESGO: RESECCIÓN DE SIGMA + ANASTOMOSIS PRIMARIA.

SOSPECHA DE ISQUEMIA:

- SE CONFIRMA ISQUEMIA:
- BAJO RIESGO QUIRÚRGICO: RESECCIÓN DE SIGMA + ANASTOMOSIS.
 - ALTO RIESGO (INESTABLE): HARTMANN (RESECCIÓN + ESTOMAS).
 - MEGACOLON: COLECTOMÍA SUBTOTAL CON ANASTOMOSIS ILEORECTAL.

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN



VÓLVULO CECAL

- SEGUNDA LOCALIZACIÓN > FCTE.
- ROTACIÓN HORARIA (ÍLEON TERMINAL — CIEGO Y COLON ASCENDENTE).
- CAUSA: FALTA DE FIJACIÓN DEL CIEGO AL RETROPERITONEO.
- FACT. RIESGO: CIRUGÍA PREVIA, EMBARAZO, MALROTACIÓN Y LESIONES OBSTRUCTIVAS DEL COLON IZQUIERDO.
- SEXO: > FCTE MUJERES DE EDAD MEDIA <40 AÑOS.
- CLÍNICA: DOLOR AGUDO TIPO CÓLICO EN FID + OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO: VÓMITOS Y DISTENSIÓN ABDOMINAL BRUSCO.
- DIAGNÓSTICO:
 1. RX DE ABDOMEN: PRIMERA PRUEBA
 - SE OBSERVA: CIEGO OVIDE MUY DILATADO EN EPIGASTRIO O HIPOCONDRIO IZQUIERDO.

TRATAMIENTO

PRIMERO: ESTABILIZAR AL PACIENTE
SEGUNDO: NO DESVOLVULACIÓN

SIN GANGRENA: COLECTOMÍA DERECHA + ANASTOMOSIS ILEOTRANSVERSO.

CON GANGRENA: COLECTOMÍA DERECHA + ILEOSTOMÍA PRIMARIA.

ALTO RIESGO: CECOPEXIA DEL CIEGO (ALTA RECIDIVA)

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN



GRADOS DE VOLVULACIÓN:

- I: <180 G - ASINTOMÁTICO
- II: >180 G - OBSTRUCCIÓN PARCIAL REDUCCIÓN ESPONTÁNEA ENDOSCÓPICA. 0
- III: >180 G - OBSTRUCCIÓN COMPLETA EN ASA CERRADA +ALTERACIÓN CIRCULATORIA REVERSIBLE.
- IV: >180 G - OBSTRUCCIÓN COMPLETA EN ASA CERRADA + ALTERACIÓN CIRCULATORIA IRREVERSIBLE

