



Ensayo

Nombre del Alumno: José Francisco Pérez Pérez

Nombre del tema: Obstrucción intestinal & Vólvulos del colon

Parcial: 4to

Nombre de la Materia: Clínicas Quirúrgica Complementaria

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del Solar Villarreal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

7° semestre

INTRODUCCIÓN

La obstrucción de un segmento del intestino delgado causa dilatación de la porción intestinal previa a la obstrucción y dilatación del estómago, en tanto que la porción distal a la obstrucción se vacía de su contenido, las consecuencias inmediatas se manifiestan por estreñimiento, náuseas, vómito y dolor abdominal. Se define como la torción del colon a través de su eje mesentérico. Para que esta alteración ocurra se necesitan dos condiciones: un punto de fijación y un mesocolon redundante. Estos elementos se presentan sobre todo en dos regiones del colon, el sigmoides y el ciego.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

La obstrucción intestinal es la interrupción del flujo normal del tubo digestivo, y esto ocurre principalmente por adherencias posoperatorias y por herniación de las asas intestinales, en ambas situaciones se trata de una compresión extrínseca del tubo digestivo y con menor frecuencia es por la presencia de tumores o por estrechamiento de la luz intestinal, en este caso de la obstrucción es intrínseca

FISIOPATOLOGÍA

La obstrucción de un segmento del intestino delgado causa dilatación de la porción intestinal previa a la obstrucción y dilatación del estómago, en tanto que la porción distal a la obstrucción se vacía de su contenido, las consecuencias inmediatas se manifiestan por estreñimiento, náuseas, vómito y dolor abdominal. El gas que se acumula en las asas distendidas es aire deglutido formado especialmente por N₂ y pequeñas cantidades de H₂ ya que el CO₂ y el oxígeno se absorben por la mucosa, la distensión causa liberación de neurotransmisores como son la acetilcolina, serotonina, prostaglandinas y otras hormonas que estimulan la secreción intestinal. En la medida en que aumenta la dilatación de las asas intestinales, y como resultado de la elevación de la presión en el interior de las asas del intestino, se produce congestión venosa y filtración capilar. La irrigación tisular se compromete por la distensión y el edema de las paredes, que finalmente se necrosan y el segmento enfermo resulta estrangulado por la inflamación de sus propias paredes. Por desgracia, no hay signos o síntomas confiables que puedan diferenciar la estrangulación de la simple amenaza de estrangulación y discernir el mejor momento para operar plantea un verdadero desafío que enfrenta el médico en el manejo de esta patología. En la porción anterior a la obstrucción se acumula el líquido que no fluye, aunque la población bacteriana es escasa en este nivel, su multiplicación produce endotoxinas que a su vez estimulan la secreción que entonces regresa al estómago y produce el vómito. La repercusión sistémica es la rápida deshidratación del sujeto debido a la pérdida de líquidos y electrolitos con el vómito, con el cual se pierden sodio, potasio y cloro e hidrogeno, lo que ocasiona alcalosis. Por otra parte, las secreciones intestinales y el bolo alimenticio no llegan a la porción distal, las consecuencias dependen del nivel en donde está la oclusión y del grado en que se impide

el flujo. Los pacientes con obstrucción alta, en los que se obstruye el yeyuno proximal, experimentan náuseas, vómito y dolor en etapas tempranas y dejan de ingerir alimentos o líquidos; en tanto que estos síntomas son menos aparentes o más tardíos en las personas que tienen obstrucción en el íleon, en quienes la acumulación del aire ingerido y de los gases producto de la fermentación del aire ingerido y de los gases producto de la fermentación bacteriana incrementan la dilatación intestinal. La multiplicación bacteriana se incrementa en esta zona, en la que su actividad por lo general es baja o nula, y como resultado de ello el vómito se hace fecaloide. A medida que el problema continúa, la pared intestinal se edematiza y la función de absorción se pierde aumentando con ello el secuestro de las secreciones en la luz intestinal que empiezan a trasudarse a la cavidad peritoneal, con esto empeora el secuestro de líquidos. Estos eventos desencadenan la respuesta inflamatoria sistémica con leucocitosis y fiebre. Con el tiempo, la secuencia de estos hechos lleva a la perforación del intestino, a menos que el proceso se interrumpa. Otra consecuencia observable es que al profundizarse la deshidratación y con el concomitante deterioro electrolítico, disminuye el gasto urinario, aparece taquicardia, elevación de azoados, e hipotensión arterial.

CLASIFICACIÓN

Debido a su localización o topografía se les clasifica de la siguiente manera:

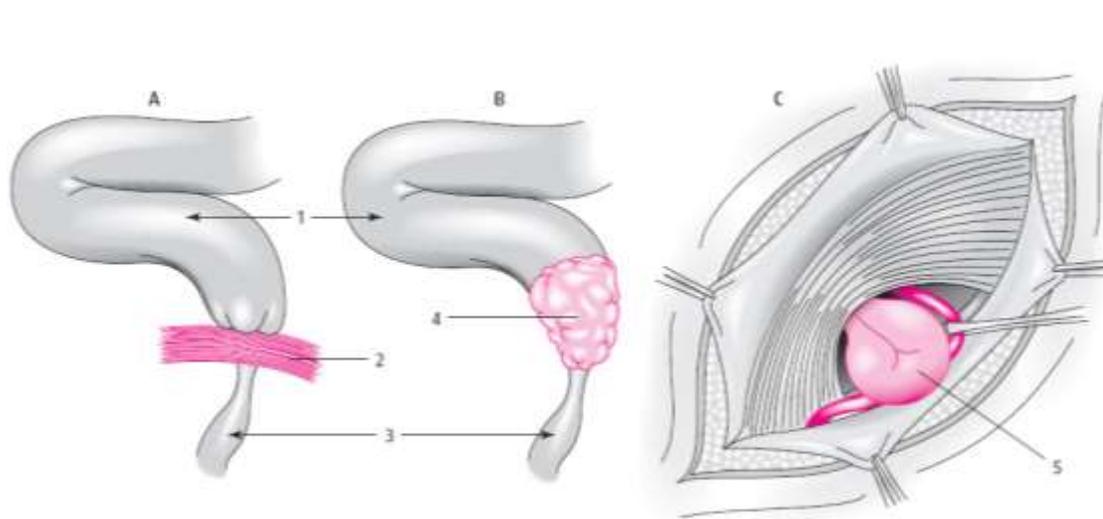
- Obstrucción alta del intestino delgado: Cuando ocurre desde el duodeno hasta la primera asa del yeyuno.
- Obstrucción baja del intestino delgado: se presenta después de la primera asa yeyunal hasta la válvula ileocecal
- Obstrucciones del intestino grueso

Sin embargo, esta patología es objeto de diversas clasificaciones descriptivas que pueden referirse a la ubicación a la ubicación a lo largo del tubo digestivo, a su etiología, o bien a sus características anatómicas y fisiopatológicas; otras hablan de la evolución que se espera de ellas. En este contexto, la obstrucción puede clasificarse también como parcial o completa, y las dos pueden evolucionar a la estrangulación. Una variedad es la hernia de Richter, en la cual sólo una porción de la circunferencia del tubo digestivo se atrapa en el orificio herniario

y la interrupción del flujo ocurre sin haber estrictamente una obstrucción completa. Una singular variedad ocurre cuando la oclusión del intestino se presenta en dos sitios, creando entre los dos puntos un segmento que no tiene entrada ni salida, esta patología se conoce como obstrucción en asa ciega. Si esto no se corrige, progresa rápido a la estrangulación, y en esta circunstancia se aprecia sólo un segmento del intestino distendido, haciendo el diagnóstico difícil porque la distensión es sólo en un corto segmento y no se presentan las imágenes radiológicas clásicas. Debido a ello, es importante determinar si la obstrucción es parcial o completa, y cuándo la estrangulación es inminente o ya ha ocurrido. La localización, clasificación o causa pasan a tener una importancia secundaria frente a la necesidad de tomar decisiones.

ETIOLOGÍA

ADHERENCIAS POSTERIORES A CIRUGÍA ABDOMINAL: Las adherencias posoperatorias son la causa más frecuente de las obstrucciones intestinales, está bien establecido que el riesgo de sufrir esta complicación es cercano a 9% en el primer año después de la cirugía colorrectal, y se incrementa a medida que pasa el tiempo para alcanzar hasta 35% a los 10 años, de allí la importancia de recoger el antecedente quirúrgico en los pacientes que acuden con este síndrome.



NEOPLASIAS: Las neoplasias malignas son responsables de 20% de los casos de obstrucción intestinal, predominando el cáncer de ovario y el carcinoma colorrectal.

HERNIAS: Las hernias que incarceration asas intestinales ocupal el tercer lugar entre las causas de la obstrucción, con 10% de los casos, a la cabeza de ellas están las hernias de la pared abdominal y de las regiones inguinales, aunque también participan las hernias internas, femorales, obturatrices y paraestomales.

ESTONOSIS: Los estrechamientos de la luz intestinal pueden ser causados por un buen número de patologías. La radioterapia de los tumores abdominales puede conducir a estonosis intestinal, en especial cuando se han hecho derivaciones o resecciones entéricas.

TUMORES INTESTINALES: Los tumores del interior de la luz intestinal como el carcinoide, el carcinoma del intestino delgado y el linfoma también pueden causar obstrucciones, y en estos casos los síntomas son graduales y progresivos.

OBSTRUCCIÓN POSOPERATORIA TEMPRANA: Es la obstrucción que ocurre dentro de los primeros 30 días del posoperatorio, su incidencia oscila entre 1 y 4% en la cirugía convencional, y ya se ha comentado que es aún más baja la incidencia en la cirugía laparoscópica.

TRAUMATISMO: La obstrucción del intestino delgado de origen traumático puede ser originada por la formación de un hematoma intramural que interrumpa el flujo del bolo digestivo, y el paciente traumatizado experimenta náuseas, vómito, distensión abdominal e irritación peritoneal. Con frecuencia, el segmento involucrado es el duodeno a causa de sus fijaciones en el retroperitoneo, y resulta comprimido contra la columna vertebral. Una causa común es la compresión brusca por el cinturón de seguridad en los accidentes automovilísticos.

INTUSUSCEPCIÓN: La intususcepción es una prolapso interno del intestino que causa obstrucción y afecta la irrigación del segmento atrapado; el mecanismo se explica por la invaginación de una parte del intestino dentro de otra, como se hace al deslizar uno dentro de otro los segmentos de un telescopio.

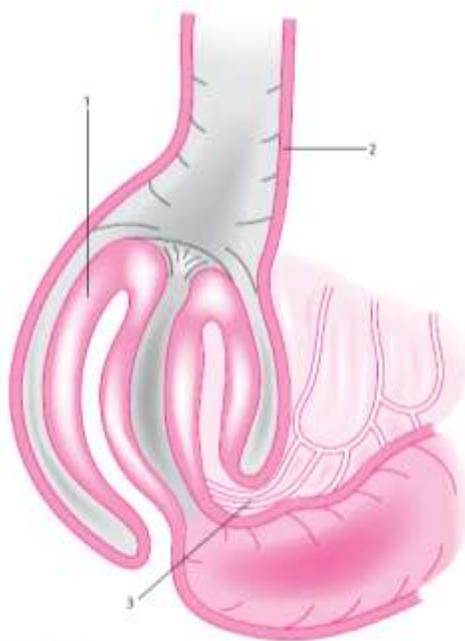


Figura 14-2. Intususcepción. Es la invaginación de un asa intestinal dentro de otra. 1) Asa invaginada; 2) asa proximal; 3) vasos mesentéricos.

ÍLEO POR CÁLCULO BILIAR: El íleo o la obstrucción por cálculo se presenta hasta en 2% de todas las obstrucciones mecánicas, pero en los pacientes mayores de 65 años los cálculos suelen ser responsables hasta de 20% de las obstrucciones del intestino delgado. La tasa de mortalidad es más alta que en otros tipos de obstrucciones porque el diagnóstico por lo general se hace muy tarde. En el íleo por cálculo, el paciente se presenta con un cuadro típico de obstrucción intestinal que cursa con fiebre y datos de peritonitis, al estudiarlo, la placa simple del abdomen muestra además de los signos de obstrucción afuda, un cálculo grande en el cuadrante inferior derecho de localización aberrante y signos de gas en

el tracto biliar, todo lo cual indica la presencia de una fístula colecisto-duodenal en la que el cálculo ha ulcerado la pared de la vesícula biliar, y pasando al duodeno sigue su curso a lo largo del intestino y se impacta a unos 6 cm de la válvula ileocecal.

DIAGNÓSTICO

SÍNTOMAS: El síntoma predominante es la distensión del abdomen, con vómito y dolor tipo cólico con ausencia de flatos. La sintomatología en la obstrucción proximal es relativamente grave cuando se compara con la obstrucción baja, aunque la distensión es menor. El dolor cólico es periumbilical, con paroxismos que repiten cada 4 o 5 minutos, la evolución del dolor intermitente a dolor continuo se interpreta como un signos de estrangulación o de estrangulación inminente, y no debe ignorarse. Puede ser que todavía el paciente llegue a evacuar heces y gases a pesar de tener oclusión, y esto se debe a que el colon requiere para vaciarse de 12 a 24 hrs desde el principio de la obstrucción.

HISTORIA Y EXPLORACIÓN: Se debe investigar el antecedente de episodios previos de oclusión o suboclusión, así como los antecedentes de cirugía abdominal o pélvica, en especial

apendicectomía y padecimientos tumorales. Los pacientes con enfermedad de crhon con frecuencia tienen obstrucciones. En las personas con síndrome obstructivo que no tienen antecedentes de cirugía o de eventos abdominales, es importante sospechar una etiología tumoral. En la inspección del abdomen es necesario buscar cicatrices previas de cirugía, identificar la verdadera distensión y su grado. Los ruidos intestinales se han mencionado como signos poco característicos, pero en cambio la sensibilidad a la percusión indica peritonitis, como el rebote positivo, la defensa muscular y zonas de hipersensibilidad a la presión. A la percusión se puede captar timpanismo por gases que distienden el estómago y las asas intestinales. A menudo los pacientes no toleran la palpación profunda; sin embargo, identificar la presencia

de masas intraabdominales puede indicar abscesos, vólvulos o tumores. La exploración de las regiones inguinales en busca de hernias es indispensable, y el tacto rectal suele revelar el ámpula rectal vacía, pero en ocasiones se puede encontrar una masa rectal como causa de la obstrucción.

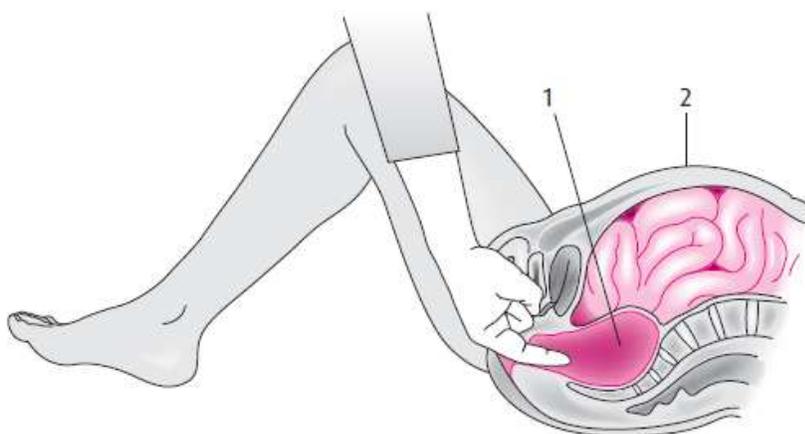


Figura 14-5. El tacto rectal es una exploración de rutina en el paciente obstruido y, al tratarse de un paciente anciano, es frecuente encontrar materias fecales endurecidas. Esto enfatiza la necesidad del examen clínico completo para el diagnóstico del impacto fecal. 1) Heces impactadas; 2) distensión.

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

LABORATORIO: No hay exámenes de laboratorio específicos ni marcadores para hacer el diagnóstico de obstrucción intestinal, pero el laboratorio es de utilidad para estimar el grado de repercusión sistémica y para detectar los padecimientos concomitantes. El grado de deshidratación se puede estimar por el hematócrito y por las cifras de urea y creatinina en la sangre, y la desviación a la izquierda de la cuenta leucocitaria hace sospechar estrangulación. La determinación de los electrolitos en la sangre es indispensable para la evaluación del estado metabólico.

IMAGENOLÓGÍA: El diagnóstico de obstrucción intestinal es fundamentalmente clínico, y aunque los estudios de imagen son la rutina establecida, y son útiles para apoyar un diagnóstico, en la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo y el tratamiento se hacen en la laparotomía de los pacientes que no tienen respuesta al tratamiento médico.

- **ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL ABDOMEN:** La radiología del abdomen se utiliza para confirmar el diagnóstico que se hizo por la clínica, y por lo general no es necesario hacer más estudios de imagen. Sin embargo, existe un porcentaje no despreciable de casos en los que los signos radiológicos son inespecíficos.
- **PLACA SIMPLE DE ABDOMEN DE PIE Y EN DECÚBITO:** En la placa simple, tomada en posición supina, es visible el aire contenido en las asas intestinales, y esto permite estimar el grado de distensión; cuando el paciente está de pie, la interfase del líquido en las asas y el aire contenido en ellas forman niveles horizontales distinguibles.
- **TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA:** La tomografía tiene ventajas como complemento a los otros estudios de imagen, puesto que da información respecto a la causa de la obstrucción, su gravedad y del nivel en el que ocurre, además de que puede identificar otra patología asociada. En la TAC se utiliza como contraste bario diluido o contraste hidrosoluble, ya que sea por vía oral o por sonda nasogástrica, aproximadamente 30 a 120 minutos antes del estudio. Se puede usar además contraste endovenoso. El diagnóstico se hace cuando se identifica discrepancia.



Figura 14-6. Obstrucción intestinal. Placa simple de abdomen con el paciente de pie y mostrando dilatación de las asas del intestino delgado con los niveles hidroaéreos que son característicos. No hay aire en el colon.

- **ENDOSCOPIA POR CÁPSULA:** La endoscopia inalámbrica por cápsula es la tecnología innovadora para la exploración del intestino delgado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La obstrucción intestinal debe diferenciarse de los trastornos de la motilidad intestinal que no son de carácter obstructivo, como son el íleo paralítico y la pseudoobstrucción. Después de las operaciones abdominales o torácicas puede ocurrir algún grado de disminución o ausencia de motilidad intestinal originado por peritonitis, traumatismo o isquemia intestinal, y se exagera por trastornos electrolíticos, en particular por la hipopotasemia. En la medida en que el intestino se distiende, el paciente experimenta casi todos los síntomas descritos para la obstrucción intestinal a pesar de que no existe una obstrucción física o mecánica. En el estudio radiológico se encuentra aire en el colon o en el recto. Ninguno de los estudios auxiliares demuestra obstrucción, y a esta entidad se le conoce como íleo posoperatorio. La pseudoobstrucción es un padecimiento crónico que se caracteriza por síntomas recurrentes de distensión abdominal que simulan en sus peores manifestaciones a la verdadera obstrucción intestinal.

MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Los objetivos se definen en el siguiente listado

1. Estimar el grado de deshidratación y el daño metabólico
2. Determinar el sitio en el que se sospecha la obstrucción, el grado de obstrucción y la causa
3. Evaluar si es posible hacer manejo no quirúrgico
4. En caso de cirugía necesaria establecer su oportunidad

El manejo convencional incluye establecer de inmediato dos vías venosas para hacer la restitución de líquidos y la reanimación, instalar la sonda nasogástrica para descomprimir el tubo digestivo y en caso de daño metabólico grave se debe atender el paciente en una unidad de medicina crítica para estabilizarlo. Una regla establecida en cirugía es que los pacientes con obstrucción nunca deben permanecer en manejo no operatorio por más de 12 a 24 h, y si luego de este periodo el cuadro no se resuelve, el enfermo debe pasar a cirugía. En los casos

que no tienen antecedente de cirugía abdominal o que la obstrucción es evidente por demostrarse isquemia del mesenterio o la imagen de un asa cerrada, el enfermo pasa directo a la sala de operaciones, al mismo tiempo se establecen las medidas de reanimación.

MANEJO NO OPERATORIO

El manejo no operatorio con succión nasogástrica y restitución de volumen por vía endovenosa puede ser adecuado en los pacientes con obstrucción parcial, y esto es de esperarse en personas con obstrucción recurrente por adherencias, enteritis por radiación, enfermedad metastásica o en el posoperatorio temprano de la cirugía abdominal. Instalar y esperar resultados con este manejo sólo se hace cuando se ha descartado con certeza que no hay estrangulación de un asa, ya que en la necrosis intestinal por estrangulación la mortalidad es elevada cuando se compara con la obstrucción mecánica simple.

MANEJO QUIRÚRGICO

GENERALIDADES: Los pacientes se tratan primero con restitución de volumen y manejo hidroelectrolítico; éste es un requisito indispensable en los enfermos con obstrucción proximal que han sufrido emesis copiosa, han tenido muchas horas de evolución o tienen secuestro intraluminal de líquidos, ya que están en desequilibrio hidroelectrolítico y requieren ser reanimados antes de pasar a cirugía. La naturaleza de la obstrucción determina el diseño del abordaje. Las hernias encarceradas pueden resolverse por abordaje inguinal, aun cuando se requiera resección intestinal, en tanto que la mayoría de las obstrucciones intestinales deben hacerse por abordaje abdominal, sea por laparotomía o por laparoscopia.

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

La cirugía laparoscópica expandió sus indicaciones para tratar algunos cuadros de obstrucción intestinal y se propone como candidatos a este procedimiento a los que tienen distensión abdominal moderada por obstrucción proximal, a aquellos que sufren obstrucción parcial y a quienes tienen diagnóstico preciso de obstrucción por una sola banda fibrotica. Este abordaje requiere de la adecuada selección del paciente y de la destreza del equipo quirúrgico.

VÓLVULO

Se define como la torción del colon a través de su eje mesentérico. Para que esta alteración ocurra se necesitan dos condiciones: un punto de fijación y un mesocolon redundante. Estos elementos se presentan sobre todo en dos regiones del colon, el sigmoides y el ciego. El vólvulo produce obstrucción intestinal que conduce a anomalías que ponen en peligro la vida (p. ej., isquemia intestinal, gangrena y perforación) si no se trata de manera adecuada y oportuna. En estas condiciones es esencial el diagnóstico oportuno para establecer las medidas terapéuticas, tan pronto como sea posible, corregir las anomalías y restaurar el tránsito intestinal

ETIOLOGÍA

La etiología de los vólvulos aún no está totalmente clara, sin embargo, existen hipótesis en las que se destacan los factores anatómicos y la inactividad física, como causas predisponentes para esta enfermedad. Actualmente, en la literatura se describen factores de riesgo asociados para presentar un vólvulo, tales como ser anciano, institucionalizado, consumo de medicamentos psicotrópicos, a lo que se puede agregar periodos variables de inactividad o postración.

FACTORES DE RIESGO

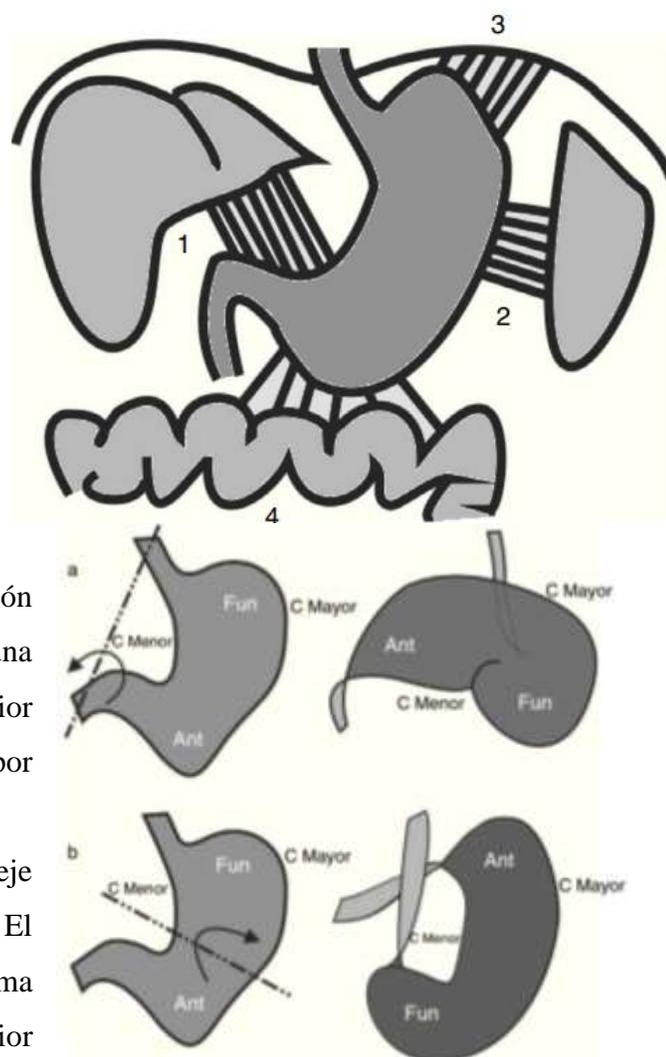
Dentro de los factores anatómicos, uno de los más relevantes es tener un colon sigmoides largo (dolicosigmoides) y redundante con un mesocolon alargado, existe aún controversia si este dolicosigmoides es adquirido con congénito. Otro factor mencionado en la literatura es la dieta, en este contexto, la dieta alta en fibra, sería un factor precipitante, no obstante aún se encuentra en discusión. También podemos encontrar otros factores como episodios previos de vólvulos, cirugías abdominales, embarazo y la constipación crónica, siendo esta última la causa principal y más común. En la población más joven el vólvulo de sigmoides se asocia más comúnmente con el megacolon y sus etiologías como la enfermedad de Hirschsprung o la enfermedad de Chagas. La enfermedad de Hirschsprung es una enfermedad congénita en la que hay un déficit neuronal en el colon lo que provoca dificultad para su evacuación, varía en su gravedad según la porción afectada y normalmente se diagnostica en recién nacidos.

La enfermedad de Chagas es una enfermedad causada por el tripanosoma cruzi que es un parásito que se encuentra en la heces de la vinchuca. Esta enfermedad puede causar tanto problemas cardíacos como digestivos, entre ellos un megacolon lo que sería un predisponente para un vólvulo sigmoide.

VÓLVULO GÁSTRICO

El estómago se apoya fundamentalmente en la unión gastroesofágica y el píloro, y está fijado en la cavidad peritoneal produzca el vólvulo, alguno de estos anclajes anatómicos debe encontrarse ausente o ser anormalmente laxo. Lo más frecuente es que se deban a defectos diafragmáticos congénitos o adquiridos, como la eventración o la hernia de hiato paraesofágica que permite al estómago moverse a lo largo de su eje longitudinal. Pueden ser de 2 tipos:

1. Organoaxial: El estómago gira en torno a un eje longitudinal que se une la unión gastroesofágica y el píloro. El antro adopta una posición anterosuperior y el fundus posteroinferior de modo que la curvatura mayor se coloca por encima de la menor.
2. Mesenteroaxial: El estómago rota sobre un eje transversal que es el ligamento gastrohepático. El antro asciende hacia el lado izquierdo por encima del fundus que pasa a ocupar una posición inferior derecha. Puede ser un vólvulo complejo con rotación en ambos ejes, Es más frecuente en niños y se debe a laxitud o ausencia de las fijaciones ligamentosas



Clínicamente, el vólvulo gástrico se caracteriza por la tríada de Borchardt: dolor epigástrico violento, náuseas sin vómitos, e incapacidad para introducir correctamente la sonda

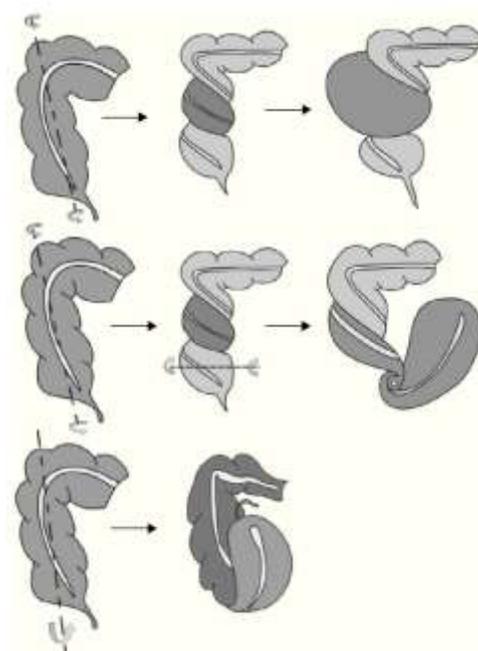
nasogástrica. En la radiografía simple, el estómago está muy distendido con niveles hidroaéreos y, el diafragma está elevado.

VÓLVULOS DE INTESTINO DELGADO

En los vólvulos de intestino delgado el mesenterio se torsiona y adquiere una forma de embudo que causa obstrucción e isquemia intestinal. Dentro de los vólvulos de intestino delgado están los vólvulos de intestino medio. Son más frecuente en los primeros años de vida y se deben a una malrotación intestinal en la que hay una fijación anormal del mesenterio, lo que resulta en un mesenterio corto que favorece que se torsione. La malfijación intestinal genera bandas peritoneales (bandas de Ladd), que intentan fijar y estabilizar el intestino malposicionado. Van desde el ciego y colon proximal al hígado, pared abdominal y retroperitoneo, atrapando frecuentemente la segunda o tercera porción duodenal. Los vólvulos de intestino delgado pueden producirse por otras causas como las bridas o hernias internas a través de defectos mesentéricos. La obstrucción de un segmento intestinal en 2 puntos próximos da lugar a un asa cerrada que puede girar para dar lugar a un vólvulo e isquemia intestinal. Clínicamente cursan con dolor abdominal recurrente que se exacerba con los alimentos, vómitos, diarrea, estreñimiento, malabsorción y síntomas obstrucción y síntomas obstructivos en el cuadro agudo.

VÓLVULOS DE CIEGO

El vólvulo cecal constituye hasta un 11% de todos los vólvulos intestinales y entre un 25-40% de los vólvulos del colon. Después del vólvulo de sigma es el tipo más frecuente. Se producen por laxitud o anomalías congénitas en la fijación peritoneal del ciego derecho, asociado a un punto fijo de rotación, como pueden ser las adherencias o masas abdominales. Clínicamente los síntomas más frecuentes son dolor, distensión abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento. Atendiendo a su mecanismo fisiopatológico hay 3 tipos de vólvulo cecal: torsión axial, torsión de bucle y báscula cecal.



- En la torsión axial el ciego rota sobre su eje longitudinal y se sitúa en el cuadrante inferior derecho.
- •En la torsión en bucle el ciego gira en su eje longitudinal y transversal para colocarse en el cuadrante superior izquierdo.
- •En la báscula cecal no se produce torsión, el ciego se dobla hacia delante para ocupar el centro del abdomen

VÓLVULOS DE COLON TRANSVERSO

Es el tipo menos frecuente de vólvulo (< 5-10%), pero se asocia a mayores índices de mortalidad. La radiografía simple rara vez es útil para el diagnóstico de esta entidad, siendo el diagnóstico de esta entidad, siendo el diagnóstico por la que muestra la obstrucción intestinal y el signo del remolino mesentérico.

VÓLVULOS DEL SIGMOIDEO

El vólvulo sigma constituye la tercera causa de obstrucción colónica, representa un 10% de los caos y es el vólvulo de colon más frecuente. Se produce en pacientes de 60 a 70 años que presentan factores predisponentes, tales como un segmento de sigma redundante, fallo en la fijación normal del mesenterio, malrotación intestinal, íleo hiperactivo, dietas ricas en fibra, estreñimiento crónico, distensión por gases, posturas anormales en niños con parálisis cerebral y la enfermedad de Chagas”. El signo del “grano de café” es producido por la imagen central que se origina por el contacto de las paredes mediales del asa volvulada y las paredes laterales que dan lugar a los bordes del “grano”. Es normal que se observe que el borde superior del sigma sobrepase la 10a vértebra dorsal y el colon transversal.

El signo del grano del café se produce por la imagen central creada por el contacto de las paredes mediales del asa volvulada y las paredes laterales que dan lugar a los brodes del

grano. Normalmente, el borde superior del sigma sobrepasa la decima vertebra dorsal y el colon transverso. Las complicaciones son las propias de la obstrucción en asa cerrada: isquemia, necrosis, perforación o estrangulación. En algunos pacientes en los que el sigma es redundante, el mesenterio está elongado y el pedículo es estrecho, puede haber asas de intestino delgado que envuelvan al pedículo de tal manera que, en el caso de un vólvulo, este arrate a las asas de delgado en su giro y produzca una isquemia. A esta asociación



se la denomina nudo ileosigmoideo. Normalmente, el tratamiento es conservador, mediante una sonda rectal, que es eficaz en un 90% de los casos aunque el vólvulo puede presentar recurrencias entre el 40-60% de los casos. Con el tratamiento quirúrgico, las recidivas descienden al 20%.

CONCLUSIÓN

La tasa de mortalidad de la obstrucción del colon se estima en 20%, y esto depende de la oportunidad con que se aplique el tratamiento integral. La mortalidad de la complicación por perforación del ciego es de 40%, y el cáncer obstructivo del colon tiene el peor pronóstico. Los vólvulos intestinales son un grupo de enfermedades que pueden tener consecuencias bastante graves, capaces de poner en riesgo parte de este órgano e incluso la vida del paciente. Asimismo, su diagnóstico clínico puede ser difícil. Entre los principales tenemos vólvulos del intestino delgado, cecal, de colon y de sigma o sigmoideo. Su diagnóstico precoz es fundamental para evitar sus complicaciones catastróficas. La cirugía resulta ser el tratamiento de elección, tanto para la exploración que fundamente un diagnóstico más certero, en algunos casos, como para la reparación del vólvulus.

BIBLIOGRAFÍAS

- Dr. Abel Archundia García, Dr. Javier Castellanos Coutiño, Dr. Héctor Gurrola Machuca, Dr. Edgar Fernando Herrerías Miranda, Dra. Sagrario Hierro Orozco, Dr. Manuel Antonio López Hernández, Dra. Luz María Monroy Escamilla, Dr. Rolando Ocampo Le Royal – 2013 – CIRUGÍA 2 - DERECHOS RESERVADOS © 2013, respecto a la primera edición, por MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
- Sandra Sánchez García, Helena Cigarrán Sexto, Marta Morán Hevia, Sara Gálvez
- García, María Vicente Quílez, Juan Calvo Blanco - Vólvulos del tracto gastrointestinal. Diagnóstico en radiología simple y correlación con la tomografía computarizada – SERAM- Sociedad Española de Radiología Médica
- L. Ibáñez Sanza, S. Borruel Nacentab, R. Cano Alonsoc, P. Díez Martínezd y M. Navallas Irujoen – 2015 - Vólvulos del tracto gastrointestinal. Diagnóstico y correlación entre radiología simple y tomografía computarizada multidetector – ELSEVIER ESPAÑA
- Cristian Hernan Hidalgo Romero; Andrea Jakeline Adrián Cajas; Anell Catherine Yopez Vera; Carlos Javier Quiros Rumba – 2020 - Volvulus intestinal - EDITORIAL: Saberes del Conocimiento