

VÓLVULO DEL SIGMOIDES : Diagnóstico y Tratamiento.

Dr. Lázaro Quevedo Guanche (1)

1.- Diagnóstico.

1.1. Antecedentes.

Se trata de pacientes que pertenecen por lo común al sexo masculino entre los 40– 70 años de edad, con historia de constipación crónica y, en ocasiones, de episodios similares anteriores que han resuelto en forma espontánea, sin llegar a sufrir una obstrucción completa. Se aprecian, además, antecedentes inmediatos de transgresiones en la dieta o uso de purgantes. Como etiología puede tener agangliosis congénita del intestino grueso.

1.2. Cuadro clínico.

1.2.1. Síntomas y signos:

1.2.1.1. Dolor y distensión abdominal. El dolor comienza siendo a forma de cólicos y se hace constante sobre la zona del vólvulo cuando aparecen las manifestaciones de compromiso vascular.

1.2.1.2. Ausencia de evacuación de heces y gases.

1.2.2. Examen físico del abdomen.

1.2.2.1. Distensión asimétrica, timpanismo marcado a la percusión y auscultación combinadas.

1.2.2.2. Tacto rectal. Recto vacío y edema de la mucosa.

1.3. Exámenes de diagnóstico.

1.3.1. Estudio radiológico simple del abdomen (de pie y acostado) y colon por enema a poca presión (bajo pantalla fluoroscópica), preferiblemente con contraste hidrosoluble).

1.3.2. Rectosigmoidoscopia y biopsia, para excluir un cáncer, si fuera necesario.

2.- Tratamiento quirúrgico.

- Se proscribe el procediendo no quirúrgico de pasar una sonda blanda con ayuda de un rectosigmoidoscopio, por 3 razones: el intestino puede estar gangrenado, puede perforarse el intestino comprometido y no se obtiene la curación definitiva.

2.1. Vólvulo sin compromiso vascular.

2.1.1. Destorsión con resección mediante la técnica de Rankin-Mikulicz, en un 1er tiempo y después cierre extraperitoneal de la colostomía.

(1) Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H. Especialista de 2do. Grado en Cirugía General . Hospital C. Q. Docente Hermanos Ameijeiras. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

2.1.2. La sonda rectal – colocada en el periodo preoperatorio – se hará progresar por encima del sitio de la torsión, una vez hecha la destorsión por laparotomía, para descomprimir el colon y se fijará a las márgenes del ano. en un 1er tiempo.

En un 2do tiempo, previa preparación del colon, se hará : resección y anastomosis término-terminal en 1 plano (con material de absorción lenta o irreabsorbible 2-0 ó 3-0), o en 2 planos (El 1er plano con catgut intestinal cromado 2-0 ó 3-0 y el 2do plano con material de absorción lenta o irreabsorbible 2-0 ó 3-0), ambos planos a puntos interrumpidos.

2.2. Vólvulo con compromiso vascular.

2.2.1. Resección por la técnica de Rankin-Mikulicz.

2.2.2. Cuando por razones técnicas no sea posible exteriorizar el cabo distal, se exteriorizará el proximal y se hará el cierre del cabo distal en 2 planos con puntos interrumpidos (Técnica de Hartman).

Ambos procedimientos tienen un 2do tiempo para la restitución del tránsito intestinal, previa preparación de colon.