

Vólvulo del sigmoides: diagnóstico y tratamiento

Dr. Lázaro Quevedo Guanche¹

1.- DIAGNÓSTICO

1.1. Antecedentes.

Se trata de pacientes que perteneces 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.

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.