

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



VOLVULO DE SIGMOIDE
Estudio Comparativo
Hospital del Sur — Hospital Escuela.

TESIS

PRESENTADA POR

Br. Lourdes Patricia Ferrera Rivera

ACTO PREMIO A SU INVESTIGACIÓN DE

"Doctor en Medicina
y Cirugía"

616.342
F38
C-2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



VOLVULO DE SIGMOIDE

Estudio Comparativo

Hospital del Sur – Hospital Escuela.

PRESENTADA POR:

Br. Lourdes Patricia Ferrera Rivera

ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA DE;

"Doctor en Medicina
y Cirugía"

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

VOLVULO DE SIGMOIDE

E S T U D I O C O M P A R A T I V O

HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

T E S I S

PRESENTADA POR:

Br. LOURDES PATRICIA FERRERA RIVERA

ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D.C.

HONDURAS, C.A

1986

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: ABOGADO OSWALDO RAMOS SOTO

SECRETARIA GENERAL; LICENCIADO OSCAR ALVARENGA

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO: DOCTOR RAUL FELIPE CALIX DOCTOR

VICEDECANO: RENATO VALENZUELA LICENCIADA EVA

SECRETARIA: LUZ DE ALVAPADO DOCTOR JESUS

PROSECRETARIO: ADELMO ARITA DOCTORA XENIA

VOCAL: JOSEFINA PINEDA DOCTOR CARLOS

VOCAL: RAMON GARCIA V. EACHILLER

VOCALES: ISNAYA MJILA BACHILLER GUSTAVO

MONCADA EACHILLER *mLTER*

GALINDO BACHILLER MARVIN

CALDERON BACHILLER JOSE OCTAVTO

IZAGUIRRE BACHILLER EDY JUAREZ

BACHILLER CELINA LINO

BACHILLER HUGO ALONZO

TERNA EXAMINADORA

Dr. MAXIMO LOPEZ

Dr. JESUS ADELMO ARITA

Dr. SAID MEJIA LEMUS

SUSTENTANTE

Br. LOURDES PATRICIA FERRERA RIVERA

PADRINOS

Sra. GLORIA RIVERA DE CHINCHILLA

Sr. CARLOS MEJIA

ASESOR

Dr. CARLOS H. LAGOS

DEDICATORIA

A D I O S;

Porque ha iluminado el recorrido de mi camino,
con sus enseñanzas hace sabio al hombre sencill-
lo.

A MIS PADRES:

Señor ISAAC FERRERA LANZA

Señora YOLANDA RIVERA DE FERRERA

que con su esfuerzo, dedicacion y carifio me han
Ayudado a culminar mis deseos.

A MIS HERMANOS:

Rosamaria Ferrera Rivera

Gloria Maria Ferrera Rivera

Por el apoyo que siempre me han brindado.

INDICE

- I Introduccion
- II Formulacion del problema
- III Objetivos
- IV Revision de Literatura
 - a) Definicion
 - b) Historia
 - c) Anatomia y Embriologia
 - d) Etiologia
 - e) Fisiopatologia
 - f) Cuadro Clinico
 - g) Laboratorio
 - h) Diagnostico Diferencial
 - i) Estudios Radiologicos
 - j) Tratamiento
 - k) Mortalidad
- V Hipotesis
- VI Metodos, Materiales y Procedimientos
- VII Variables
- VIII Resultados y Analisis Estadistico
- IX Conclusiones
- X Recomendaciones

XI	Resumen
XII	Bibliografia
XIII	Anexos

I. INTRODUCCION

Desde el Informe de Von Rokitansky sobre volvulos en 1836, ha crecido el interes por el diagnostico y tratamiento de v6lvulos de colon.

Se escogio volvulo de sigmoide porque es el rras frecuente y por si solo se acerca a la serie de obstmcciones intestinales que corresponden al intestino delgado.

El volvulo de sigmoide es una entidad en la que todo Medico debe aplicar - los conocimientos y las habilidades de la rranera rras adecuada para beneficio del paciente ya que es esencial el diagn6stico terrprano y la correccion quirrtirgica inmediata.

Basado en lo anterior y sabiendo que no hay estudios en nuestro pais al respecto se decidio escoger este terra "Volvulo del Sigmoide" como trabajo de tesis previo a mi investidura de Doctor en Medicina y Cirugia.

El trabajo corrprende una revision retrospect!va de todos los casos diagnosticados como volvulos de sigrroide de enero de 1980 a diciembre de 1985, documentados tanto en el Hospital Escuela como en el Hospital del Sur.

Finalmente esperamos que este trabajo de tesis sirva como fuente de Infor- racion Comparativa y, sobre todo de estimulo para la realizacdn de otros estudios sobre el terra.

II. FORMULACION DEL PROBLEMA

Este trabajo corresponded a un estudio retrospectivo), descriptivo, analítico y comparativo de Volvulo de Sigmoide en el Hospital Escuela y Hospital del Sur durante cinco años, periodo que comprendera' de enero de 1980 a diciembre de 1985 que incluire" todos los Pacientes que egresaron en dicho periodo con diagnostico de obstruccion intestinal por volvulo de sigiroide y cuyo diagnostico fue comprobado en el acto quirurgico.

III. OBJETIVOS

I. GENERAL

Establecer la frecuencia de volvulo de sigmoide en el Hospital Escuela y Hospital del Sur en el periodo comprendido de enero de 1980 a diciembre de 1985.

II. ESPECIFICOS

- a. Frecuencia en cada año de esta patología en ambos hospitales.
- b. Determinar presentación clínica de la enfermedad.
- c. Establecer que población es la más susceptible a padecer esta patología.
- d. Determinar cuáles son los métodos diagnósticos que en nuestro medio llevan a confirmar esta patología.
- e. Enumerar los diferentes métodos de tratamiento y su efectividad.
- f. Tratar de llegar a una pauta de tratamiento.
- g. Establecer la principal causa de mortalidad.

IV. MARCO TEORICO

DEFINICION

El volvulo de sigmoides es una causa de obstruccion intestinal mecanica del colon que tiene como condición interferencia en el curso del contenido intestinal desde la boca al ano.

Se debe a la torcion del colon sigmoides sobre su propio eje o meso, lo que puede dar origen a fenomenos de oclusión y/o isquemicos.

Dentro de todos los v6lvulos colonicos el segmento mas afectado es el sigmoides (75%) y con manor frecuencia el de colon derecho (20%) y mas raramente el transverso (5%) (2).

La frecuencia de este tipo de volvulo es mayor en algunas areas geograficas, estableciendose claramente las llamadas "Zonas del - Volvulo" que por razones aun no explicadas, se localizan en parte de Europa Oriental, Rusia, India, Pakistan y Africa particularmente en Sudan, Uganda y Ghana.

La frecuencia de volvulo es significativamente mas baja en los Estados Unidos y Europa Oriental. (16).

B.HISTORIA

El volvulo de sigmoides es un proceso raro, que se ha reconocido desde la antigüedad. Ballantyne refirió que los autores del Papiro Ebers del antiguo Egipto, escribieron sobre la reducción espontánea al volvulo o colon sigmoide rotado. La rotación fue reconocida como el requisito para mejorar esta condición. El tratamiento médico y quirúrgico ha sido objeto de considerable revisión de literatura, especialmente en los últimos 200 años.

En los Estados Unidos el volvulo de sigmoides es una causa rara de obstrucción intestinal, mientras que en otras áreas del mundo es una etiología común de presentación.

Ballantyne reportó que el 30% de las obstrucciones intestinales eran causadas por volvulo de sigmoides en Pakistán, 25% en Brasil, 20% en India, 17% en Polonia y 16% en Rusia. En Estados Unidos la incidencia es aproximadamente el 3%.

La distribución global del volvulo en varios sitios indica que el colon sigmoide es el sitio más involucrado (1,400 casos), com-

Parado con el ciego (400 casos), el colon txansverso (35 casos), y en la flexura esplimia (4 casos).

En la ccmunicacicn de Ballantyne dos patrones dif erentes se presentaron en los pafses donde el volvulo de sigmoides es relativamente prevalente, la enfermedad es usualmente encontrada en hombres de mediana edad. Sin embargo, en los paises de habla Inglesa (incluyendo Estados Unidos), la edad proraedio es en personas mas viejas y la condicion probablemente ocurra en cualesquiera de los sexos. (20, 21).

El objeto de esta breve reseña historica es para recalcar la importante disminuci6n de la mortalidad de la obstruccion intestinal con el transcurso de los aaios, esto gracias al mayor conocimiento de la fisiopatologia, el progreso en metodos diagnosticos sobre toda la radiologia, el perfeccionamiento de las tecnicas - quirurgicas y de los elementos auxiliares como la transfusion, - la anestesia, la intubacion intestinal y los antibioticos, de tal manera que en la actualidad en manos capacitadas la mortalidad - por obstrucci6n intestinal es menos del 10%.

C. ANATOMIA Y EMBRIOLOGIA

El colon sigmoide es parte del intestino grueso que constituye una asa cuya forma y posición dependen mucho del grado de distensión, cuando el colon sigmoide se halla distendido es mucho mas largo y puede alcanzar el epigastrio o situarse en la pelvis. Cuando se vacia y se acorta se dirige primero hacia delante y hacia la derecha y despues hacia atr'a's y hacia la derecha.

El colon sigmoide se continúa con el recto por delante del sacro.
(9).

Para comprender tambien la formacion de los volvulos de colon es necesario recordar ligeramente la embriologia intestinal.

Durante el segundo mes de vida embrionaria la transformacion del intestino primitivo simple establece la demarcacion entre las regiones que seran en el adulto. La rotacion del intestino gira en el sentidoopuesto a las agujas del reloj, el ciego que va a la fosa iliaca derecha, la arteria mesenterica superior pasa frente a la tercera - porcion duodenal y quedan fijos los mesocolon ascendente y descendente, los cuales se pegan a los pianos posteriores, el epiplon mayor y el colon trans verso situado arriba conservasumeso, el sigmoide al

Ser redundante queda libre con su meso en la cavidad peritoneal, y a veces se halla" comprimidos. Por bridas al hígado, estómago o duodeno, lo que pueden provocar volvulos. (9).

ETIOLOGIA

Para que se produzca un volvulo, el segmento del colon debe poder girar alrededor de su base, o sea, debe ser grande y movil.

Ogilvie en publicacidsn de 1948, sospecho un desequilibrio entre el simpatico y parasimpatico. El megacolon adquirido, a diferencia de la enfermedad de Hirschprung del adulto, presenta ganglios del plexo de Auerbach en el piano muscular de la pared recta. Si hay dano al plexo o los ganglios se pierden la coordinacion de las contracciones. El asiento ma's comuh de este dano es el colon.

El uso excesivo de laxantes particularmente del grupo de las Antraquinona, puede darar las neuronas mientericas, dando efectos colaterales, corao estreñimiento crdnico, megacolon e ileo.

Tambien se nan implicado anticolinergicos, tranquilizantes, bloqueadoras ganglionares y antiparkisonianos. (2).

Algunos con enfermedades mentales y neurologicas tienen una incidencia mas alta, siendo la constipacion al parecer el eslabon entre este y el grupo geriatrico.

Tambien hay una distribucioh geografica que lo relaciona con el alto consumo de cereales. Otras causas predisponentes incluyen un sigmoide movil y redundante, que esta" increnientado en su longitud, el llamado megasigmoide. (12).

Es mas comun en Europa Oriental y Asia y lo mas probable es que la diferencia de incidencia sea debido sobre todo a diferentes habitos dieteticos, una dieta de vegetales rica en fibra, es ma's comun en partes menos desarrolladas y pobres del mundo, y esta dieta resulta en un residuo fecal mas grande, lo que favorece la presencia de un colon persistentemente cargado.

Con el tiempo el colom sigmoide cargado puede llegar a estar cronicamente distendido y elongado y cuando se elonga sus dos extremes tienden a aproximarse, resultando en una unióñ mesenterica mas angosta, alguna fibrosis ocurre a menudo en la base al mesosigmoide acen tuando la base angosta. Estos son los factores esencialmente predisponentes al volvulo y una vez que ellos existen la causa precipitante actual es a menudo trivial como el estrenimiento y la tos cronica. (16).

Se citan otras causas como el megacolon producido por la Enfermedad de Chagas transmitida por el protozoo Tripanosona cruzi, ende-mico en Sud-Araerica y la avitaminosis.

E. FISIOPATOLOGIA

Es bastante comun que los pacientes que presentan volvulos de sigmoide tengan agrandamiento asintomatico del colon, conocido tambien como pseudomegacolon, con dilatacion persistente, hipertrofia de la pared intestinal y elongacion del segmento afectado, que lo deja expuesto a torsi6n potencial. La obstruccion de la luz es insignificante si la torci6n es menor de 180 grados y se distribuye uniformemente a lo largo del eje longitudinal del intestine

A veces se menciona esta entidad como "Volvulo Fisiologico", (descrito por Max Wilms a principios de este siglo). Si la torci6n es de 360 grados o ma's, puede ocasionar obstruccion vascular en la parte involucrada del meso con posible gangrena del segmento intestinal.

El desarrollo de dolicosigmoide da como resultado reducci6n gradual de la distancia entre los segmentos basales o "pie del asa". En algunos casos, estos segmentos estan separados solo por unos centimetros.

La afecci6n del colon puede acentuarse por peristaltismo debil, ocasionandose transito retardado, retencion fecal y estrechamiento rebelde, con lo que puede alargarse notablemente el eje longitudinal del meso. Esto combinado con la angosta base del asa y la movilidad -

Aumentada de este segmento, podría ocasionar volvulo. (2).

Otros autores lo conjugan en varios factores:

- a. Factores congénitos: Existen argumentos que demuestran falta de coalescencia entre el sigmoide móvil con su mesenterio redundante, y la presencia de bridas y adherencias congénitas como bases anatómicas para la rotación.
- b. Factores adquiridos: Se mencionan distensión, estrechez y en especial adherencias postoperatorias de cirugía abdominal que favorecerían el desplazamiento del intestino parcialmente móvil.
- c. Factores desencadenantes: Suelen ser esfuerzos exagerados, contracturas bruscas de la pared abdominal, la distensión, la acción de enemas y purgantes que provocan aumento de la movilidad intestinal, los tumores abdominales, embarazo y parto. (4).

La principal alteración fisiopatológica del paciente con obstrucción intestinal por volvulo de sigmoide es la detención del tránsito intestinal, acumulándose gases y líquidos proximal al obstáculo, condicionando dilatación proximal del intestino que se expresa clínicamente como distensión abdominal.

El líquido acumulado por encima del obstáculo proviene de lo ingerido, pero principalmente de la secreción de las glándulas digestivas.

El aire acumulado un 70-80% proviene de aerofagia, el resto a la fermentación bacteriana más difusión sanguínea.

La perturbación de la circulación parietal del intestino dilatado favorecen la compresión de los capilares venosos produciendo estasis venosa con trasudación intersticial, que lleva a la hipovolemia.

Si la tensión aumenta se comprimen también las arteriolas produciendo estrangulación, isquemia y gangrena.

El intestino gangrenado sangra hacia la luz y al interior de la cavidad peritoneal y finalmente se perfora. El contenido de una asa estrangulada es una mezcla de bacterias, toxinas, tejido necrótico y sangre, que si entra a la circulación produce choque séptico.

La distensión modifica la flora bacteriana intestinal produciendo predominio de los Gram negativos sobre los Gram positivos, sobre todo el bacilo Coli que exalta su virulencia y su multiplicación, liberando gran cantidad de toxinas, mientras las toxinas se mantengan en la luz del intestino intacto no hay problemas, pero al volverse permeable la pared intestinal se produce peritonitis y choque séptico. (8, 13).

Se sabe que en un intestino distendido hay mayor secreción y menor resorción. La mayor secreción se explica por el estímulo que pro-

duce la distension. La menor resorcion depende de la circulacion parietal perturbada y el edema correspondiente.

Otro acontecimiento importante es la perdida de agua y electrolitos causados por el vomito, acumulo de liquidos en el intestino proximal a la obstruccion, trasudacion intersticial. (18).

F. CUADRO CLINICO

El oomienzo del ataque suele ser repentino, la gravedad depende del grado de rotación del mismo. (7) .

Mencionaremos los principales sintomas y signos.

Sfntomas

Dolor: Es un sintoma temprano y sobresaliente, suele ser continuo - con aumentos c6licos, en forma de ondas que aparecen cada 4 a 5 minutos con duracion de 15-30 segundos, generalmente se localiza en - la regi6n de la fosa iliaca izquierda o periumbilical, pero en pe- riodos avanzados el dolor se generaliza haciendose difuso. (7).

Vomitos: En esta patologia los vomitos son inusuales (1) pero cuan- do aparecen, generalmente es jugo ga"strico, secrecidn salivar, he- patica, pancrea"tica e intestinal, por lo que este paciente presenta alcalosis hipocloremica, deshidrataci6n, hemoconcentracion, azoemia y oliguria.(2).

Paro de Expulsion de heces y gases

Este es un sintoma importante pero se manifiesta solo después de que se ha evacuado el intestino distal a la obstrucción.

A veces puede presentarse melena, antes del paro de evacuaciones.

Cuando el cuadro es leve y la rotación no es completa, los síntomas y signos fluctúan y pueden tomar dos caminos: Desaparecer con la eliminación de gases y heces o pasar al estadio grave.

Signos

De acuerdo al estudio hecho en el Hospital Municipal de Píñero se encontraron los siguientes hallazgos en pacientes con volvulo de sigmoides: taquicardia mayor de 100 pulsaciones por minuto, fiebre mayor de 38°C e hipotensión con sistólica menor de 100 mmHg. (7) .

Estado de Hidratación

En un inicio el paciente presenta síntomas de deshidratación, pero conforme avanza el cuadro se presenta piel seca, pérdida de turgencia cutánea normal, sequedad de la mucosa oral, ojos hundidos a veces palidez, sudoración, extremidades frías y pegajosas. (1).

Los signos específicos los revisaremos según la secuencia de la exploración semiológica del abdomen.

Inspection

Lo principal es la distension abdominal que generalmente esta presente, ya que todo intestino obstruido acumula liquido y gas. La distension tiene predominio perisferico, no asi en el delgado que es central. (12).

Si la persona es delgada se puede apreciar el asa distendida y seguir con la mano desde la pelvis hasta la parte alta abdominal, a veces esta acompañado de fecaloma, que se reconoce en el sigmoideo y el caracteristico despegamiento de la pared del colon de su superficie) (Crepitacion). (7).

Percusion

Encontraremos timpanismo por encima de la obstruccion. (12).

Auscultacion

El abdomen es silencioso, pero hay intenso dolor. (7).

Tacto Rectal

Por tacto rectal se encontrara una ampolla vacia. (7).

Cuando transcurren las horas el cuadro peritonitico se va haciendo presente con empeoramiento del estado general, en los casos muy gra-

Ves se destaca el estado de choque.

G. LABORATORIO

Debe hacerse en todo paciente:

Niveles de hemoglobina y leucocitos, estudio de electrocitos, y - creatinina, tipo y RH, tiempo de coagulaci3n y sangrado, general de orina, glicemia y gases arteriales. (2).

H. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El uso de criterios establecidos de diagnostico diferencial es importante para excluir otras posibilidades como:

Obstruction distal de colon, estenosis anal, megacolon toxico, pseudoobstrucci3n de colon (Sfndrome de Ogilvie) o anorralias congenitas. (15).

I. ESTUDIOS RADIOL3GICOS

La ayuda mas valiosa en el diagnostico de volvulo de sigmoides es una FX simple de abdomen en posici3n erecta y supina.

Las radiografias simples suelen mostrar dilataci3n colica por gas y liquido. Las paredes del sigmoide aparecen lisas con perdida de haustr0s, excepto en casos de distencion cecal, cuando los haustr0s persisten.

Se describen varios signos radiológicos con el enema de Bario como el signo de "pico de ave", "herradura grande" o signo en "Y", el enema de Bario no debería ser hecho en pacientes sospechosos de tener intestino gangrenoso o cuando el neumoperitoneo es notado. (E).

De vez en cuando pueden verse cavidades con niveles líquidos dobles.

El asa distendida suele estar en la parte superior del abdomen, con las raras basales convergiendo hacia la pelvis. Clásicamente la convexidad del asa apunta lejos del área de torsión. El signo de "línea de sumación", una línea engrosada de tejidos blandos formada por dos asas llenas de gas superpuestas, sugiere volvulo. (10, 11) .

El ápice del sigmoide usualmente descansa a la izquierda de la línea media, si el grado de dilatación del colon proximal es marcado, hay a menudo dificultad en identificar el sigmoide, impidiendo alcanzar el diagnóstico.

La misma dificultad puede ser encontrada cuando una cantidad inusual de líquidos y cantidades disminuidas de aire en el sigmoide, esto causa una imagen pobremente definida en el RX supino y la posición alta de niveles hidroaerospodrian ser inadecuados para definir la torsión sigmoidea.

Por enema hay un paro a nivel rectal. (10).

TRATAMIENTO

Siempre que el intestino sea viable, el tratamiento no debe ser quirúrgico, sino que un tratamiento médico, iniciando con la colocación de una sonda nasogastrica con objeto de aliviar el vomito (si existe), evitar la aspiración y reducir la contribución de mas aire deglutido para la distension abdominal. La sonda puede ser corta como una de Levin o una sonda larga nasointestinal como una de Miller Abbott, de Harris o de Cantor, una vez instalada la sonda hay que reponer los líquidos perdidos para lo que necesitamos los exámenes de laboratorio.

Estos líquidos se reponen por vía intravenosa, se inicia con solución salina isotónica, después según Dunphy la cifra de electrolitos séricos y los gases arteriales, constituirán la guía para la terapéutica electrolítica, por ejemplo si el paciente tiene déficit de sodio y cloro se administrará solución de cloruro de sodio, en casos de acidosis metabólica se administrará solución de 1/6 molar de lactato de sodio y bicarbonato de sodio, en alcalosis metabólica se administrará cloruro de sodio, en casos de potasio bajo se administrará siempre que tenga una diuresis adecuada.

A veces es necesario administrar plasma o sangre. Es importante en todo paciente obstruido el control de ingestas y excretas por lo que se colocará* una sonda Foley para medir el volumen urinario. (3).

En aquellos pacientes que no están en choque se trata de pasar un tubo con la ayuda del sigmoidoscopio pasado por el recto, si la intubación es exitosa la descomposición usualmente se dirige a una reducción espontánea del volvulo y la operación es evitada, aunque con esta técnica las recurrencias son altas. Si no es exitoso el intento debe ser abandonado y la operación debe ser llevada a cabo sin retraso, para reducir las complicaciones al mínimo. Las bases del tratamiento quirúrgico del volvulo son:

1. Liberar la obstrucción.
2. Decidir la operación que debe practicarse dando prioridad a salvar la vida, luego reducir la posibilidad de recurrencia.
3. Tratar las complicaciones si se presentan. (2, 16).

Otros factores que influyen para elegir la operación son: Viabilidad del intestino, existencia de placas de gangrena, edad, estado general, enfermedades sin control como la diabetes, de corazón o pulmón. (2).

Para tratar el volvulo sigmoideo se describen y usan varias técnicas quirúrgicas, únicamente descompresión, solo exteriorización, operación de Hartman con resección, resección con anastomosis primaria, sigmoidopexia (suturando el sigmoide a la pared abdominal -

Posterior colocando parte del espacio extraperitoneal o suturando el asa sigmoidea al colon transversal), mesocolon plastico, ensanchar la base del mesocolon, y sigmoidostomia con sonda.

Las ultimas dos y la colocaci6n del sigmoide en el espacio extraperitoneal, nan sido introducidas recientemente. (5).

Ti Wary informa de doce pacientes tratados con la llamada mesocoloplastia.

Despues de extraer gas del asa sigmoidea y comprobar su viabilidad, se incide longitudinalmente la banda fibrosa del mesocolon, parti endo de la raiz y continuando hacia el vertice, cuidando de no lesionar los vasos. Las hojas del mesocolon se desplazan 2 6 3 cm. hacia cada lado y despues se cierra el corte transversalmente.

Esto permite ensanchar considerablemente la base del asa y reduce la posibilidad de recurrencia. Los pacientes nan sido vigilados hasta por 18 meses sin informarse recidivas.

Una segunda y mas nueva intervenci6n para el volvulo sigmoideo estriba en establecer la sigmoidostomia usando una sonda foley es la descrita por Tanga. Se hace una pequena incision en el lado izquierdo del abdomen, se identifica el asa sigmoidea y se canaliza con una sonda en la forma acostumbrada con dos suturas de Iareta.

Se colocan algunos puntos adicionales para fijar el sigmoide al peritoneo parietal. Se lleva la sonda foley al exterior, de preferencia por una pequeña transfixión, y se fija a la piel con poca tensión. La sonda puede retirarse unos días después. Ibdd en su estudio colectivo reporta 10 pacientes que han sido tratados con éxito y se han vigilado por dos años sin informe de recurrencia.

Finalmente, la extraperitonealización tiene evidentemente varias limitaciones técnicas. B. Hatnager afirma que puede emplearse tanto como operación de urgencia como de elección. Se forma una bolsa extraperitoneal y a través de ella se tira el asa sigmoidea, dejando así una parte de ella en situación extraperitoneal. Se tiene poca experiencia en esta operación. (2, 17).

Otra técnica es hacer una incisión larga paramediano izquierda, y el intestino puede ser desenrollado y arreglado si es viable o necesitara ser resecado si hay gangrena.

La anastomosis inmediata es peligrosa y la operación debe ser terminada como una colostomía para un cierre posterior (Paul-Mikulicz) o sobrecociendo el extremo distal y abarcando el extremo proximal para colostomia, el cierre por anastomosis puede ser llevado a cabo más tarde. (5).

K. MORTALIDAD

La mortalidad varía según los diversos estudios estadísticos, según la edad y también la duración de la demora entre el comienzo y los síntomas y el tratamiento quirúrgico.

La mayoría de los autores nos hablan de signos pronósticos que - cuando están presentes coinciden con aumento de la mortalidad ya -que indican gangrena, estos son fiebre elevada, hipotensión y taquicardia.

Finalmente, mencionaremos las principales causas de muerte como son el desequilibrio hidroelectrolítico, la toxemia y el choque. (9, 16).

V. HIPOTESIS

1. El grupo de pacientes mayormante afectados es el grupo geriatrioo.
2. El volvulo de sigrnoide ocurre con mayor frecuencia en el sexo masculineline
3. La dieta juega un papel importante en la aparicicn de volvulo de sigrnoide.
4. El dolor es el sintcma mas frecuente, temprano y sobresaliente de ingreso al Hospital.
5. Los estudios radioldgicos constituyen la base para el diagnostico de v6lvulo de sigrnoide.
6. La gravedad del volvulo de sigrnoide depende del grado de rotacion del mismo.
7. El tratamiento quirurgico continua siendo la major base de tratamiento.
8. La mortal idad aumanta a mayor tierapo transcurrido entre el inicio de los sintomas y la intervenci6n quirurgica.

La sigmoidostomia es la tecnica quirurgica ms segura y usada en el Hospital del Sur.

La septicemia y el cheque son las principales causas de muerte, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio.

VI. MÉTODOS, MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS

POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO

La muestra estará constituida por pacientes de ambos sexos que estuvieron ingresados tanto en el Hospital del Sur, como en el Hospital Escuela con diagnóstico de vólvulo de Sigmoides, en el periodo comprendido entre enero de 1980 a diciembre de 1985. (6 años).

TIPO DE INVESTIGACION

Es un estudio descriptivo, analítico, comparativo y retrospectivo, ya que se investigará los casos de vólvulos de sigmoides archivados en la Oficina de Información del Hospital del Sur y el Hospital Escuela en periodos comprendidos de enero de 1980 a diciembre de 1985.

Se basará en la recolección, tabulación, clasificación, análisis e interpretación de los datos obtenidos.

FUENTE DE DATOS

Se hará un listado de los casos que egresaron de la unidad de cirugía, tanto del Hospital del Sur como del Hospital Escuela con diagnóstico de vólvulo de sigmoides, basándose en el registro de egresos de esas unidades. Se solicitarán los expedientes al archivo del Hospital del Sur y del Hospital Escuela y se recolectará información en base al instrumento diseñado.

SELECCION DE GRUPOS A ESTUDIAR

Se incluirán aquellos casos con diagnóstico de volvulo de sigmoide que estuvieron ingresados en las Unidades de Cirugía de ambos hospitales.

DESCRIPCION DEL AREA. DE ESTUDIO

Descripcion del Hospital Escuela

El Hospital Escuela situado en Tegucigalpa, capital de Honduras, es un Hospital del Estado, con funciones docentes asistenciales, al que asiste la población Hondureña desde mayo de 1979.

Esta formado por el bloque IVfetero-Infantil y el bloque Médico Quirúrgico.

El bloque Médico Quirúrgico está constituido por los servicios de medicina interna, y cirugía, con sus respectivas subespecialidades de cuidados intensivos, unidad de diálisis, y la sala de observación de Emergencia.

DESCRIPCION DEL HOSPITAL DEL SUR

El Hospital Regional del Sur, es el unico Centro Hospitalario Estatal con que cuenta la Región Sanitaria No. 4, la cual tiene una cobertura total poblacional de 468.401 habitantes.

la Region Sanitaria No. 4 adores cuenta con otros 67 centros de atencion medica desglosados asi: 58 Cesar y 8 Cesamo.

El Hospital Regional del Sur se encuentra establecido en la cabecera departamental del Departamento de choluteca, a 135 Kins, de la ciudad capital de Tegucigalpa. El Hospital comenzd a construirse en 1931, termina'n-dose en 1937, pero fue hasta 1948 que ya equipado inicio sus labores como Hospital.

Esta situado en la parte Este de la ciudad, con facil acceso.

Cuenta ademas *con* 155 canas, de las cuales 35 estaii asignadas al servicio de cirugia.

VII. DEFINICION DE VARIABLES

Las variables que seran medida y analizada en la presente investigaci6n son las siguientes:

- A. Edad: Sera" anotada en años, realiza"ndose una clasificacion en grupos de edad, asi:

0-9

10-19

20-29

30-39

40-49

50-59

Mas de 60

- ^{B*} Sexo: Se clasificara de acuerdo al sexo consignado en la hoja de ingresos.

Masculino

Femenino

- C. Ocupacion: Se clasificara de acuerdo a los datos consignados en la historia clinica:

Estudiante

Labrador.

Obrero

Oficinista

Oficios Domesticos

Otros

Antecedentes: Se clasificara' asi:

Cirugia anterior

Antecedentes de oclusion o subocclusion

Diarrea

Estrenimiento

Tos cronica

Retraso psioorrotor

Dieta rica en fibras

Sin antecedentes

Signos y Sintomas:

Considerados como clasicos se subdividira" asi:

Sintomas: Dolor abdominal colico
Vomito
Paro de evacuaciones (heces y gases)

Signos:

- Distension abdominal
- Defensa muscular
- Rebote
- Presencia ruidos intestinales
- Dolor a la palpacion abdominal
- Ampolla rectal vacia

Signos Vitales: Se clasifican asi:

37.5		100		100
Temperatura >		F.C. >	P/A Sistdlica 4. >	
37.5		100		100

Exámenes: Se clasificaron los exámenes de laboratorio realizados:

- Hemograma
- Quimica
- Electrolitos
- Bun creatinina
- General de orina

Complicaciones Preoperatorias

- D.H.E.
- Peritonitis
- Pre Shock
- Ninguna

Otras

I. Duración de la Obstrucción: Se toma como el tiempo transcurrido del inicio de los síntomas al internamiento.

Menos de 24 horas.

De 24 a 48 horas.

De 48 a 72 horas.

Más de 72 horas.

J. Complicaciones Post Operatorias

Deshicencia de herida quirúrgica

Infección de herida quirúrgica

Peritonitis

Sepsis

Ninguna

Otras

K. Condición de Salida

Curado

Mejorado

Igual estado

Muerto

L. Radiografia de abdomen. Se clasifican asi:

Positiva

Definicion: Se considero como tal cuando el informe radiologico revelo obstruccion intestinal a nivel de sigmoide.

Negativa

Definicion: Cuando el radiologo interpreto las radiografias como normales.

No se hizo.

VIII. RESULTADOS Y ANALISIS ESTADISTICO

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE CASOS CON VOLVULO DE SIGMOIDES SEGUN

FRECUENCIA POR AÑOS EN EL HOSPITAL DEL SUR Y EN

HOSPITAL ESCUELA

1980 - 1985

<u>A Ñ O S</u>	<u>HOSPITAL DEL SUR</u>		<u>HOSPITAL ESCUELA</u>	
	<u>No. CASOS</u>	<u>%</u>	<u>No. CASOS</u>	<u>%</u>
1980	1	6.66	3	18.75
1981	1	6.66	2	12.5
1982	0	0	1	6.25
1983	3	20.0	4	25
1984	6	40.0	3	18.75
1985	4	26.66	3	28.75
TOTAL	15	100.0	16	100.0

ANALISIS

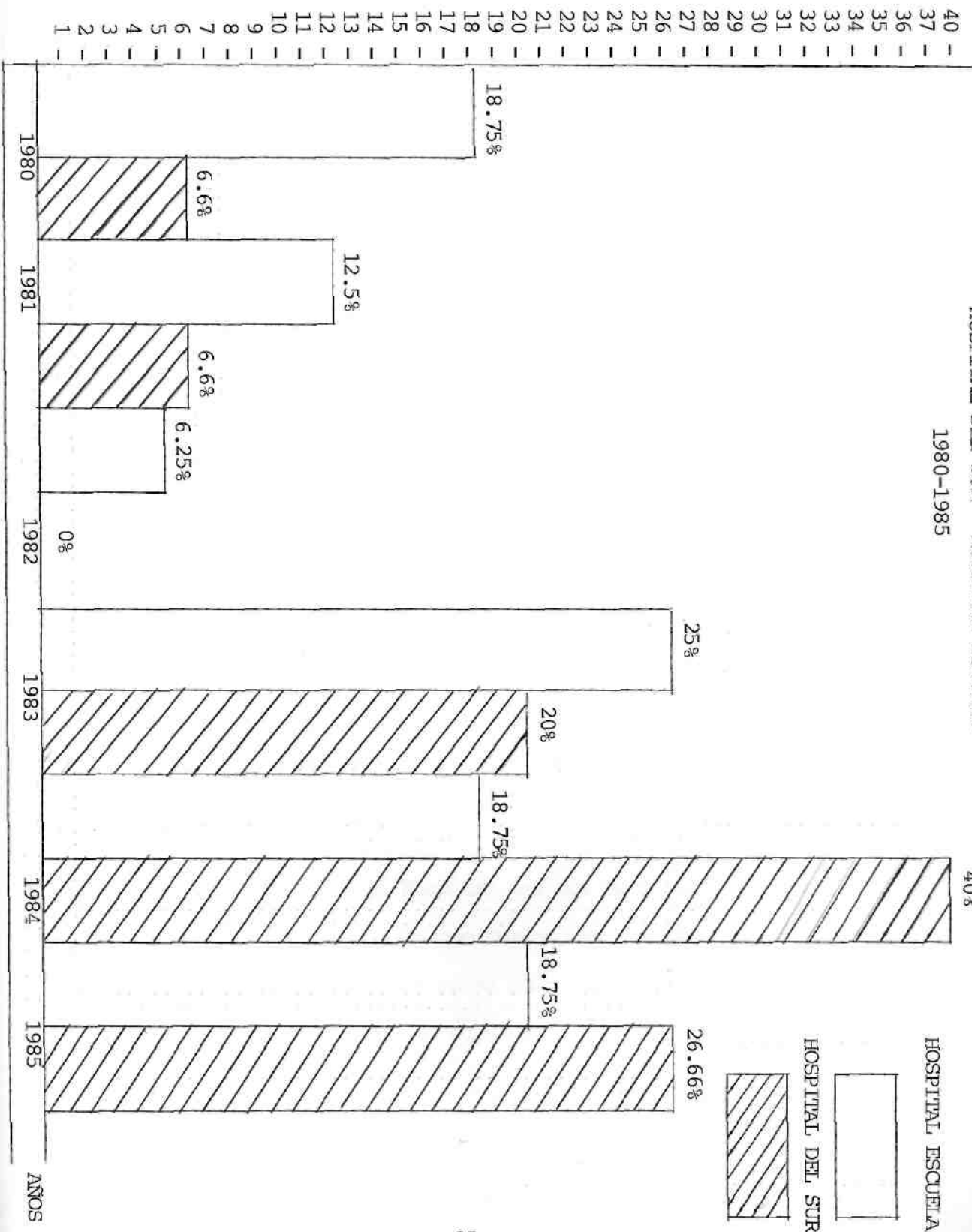
Este cuadro nos danuestra que en ambos Hospitales el volvulo de signoideo es una patologia variable, ya que hay incrementos y decrementos, notese que para el año 1982 en el Hospital del Sur no hubo ningun caso.

DISTRIBUCION DE CASOS OON VOLVULO DE SIGMOIDES
SEGUN INCIDENCIA POR AÑOS EN EL HOSPITAL DEL SUR Y EN
HOSPITAL ESCUELA - 1980-1985

<u>HOSPITAL DEL SUR</u>			<u>HOSPITAL ESCUELA</u>	
	<u>No. TOTAL DE ADMISIONES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA</u>	<u>INCIDENCIA</u>	<u>No. TOTAL DE ADMISIONES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA</u>	<u>INCIDENCIA</u>
			2,586	0.11%
1980	757	0.13%		
1981	944	0.10%	2,475	0.08%
1982	1,182	0. %	2,483	0.04%
1983	809	0.37%	2,319	0.17%
1984	919	0.65%	2,194	0.13%
1985	1,162	0.34%	<u>2,239</u>	0.13%
			<hr/>	
			14,296	
TOTAL	5,823		<hr/>	

FRECUENCIA DE VOLVIMIO DE SIGMOIDEDD POR AÑOS EN EL
HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

1980-1985



CUADRO No. 2

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES CON VOLVULO DE
SIGMOIDES EN EL

HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL
ESCUELA 1980-1985

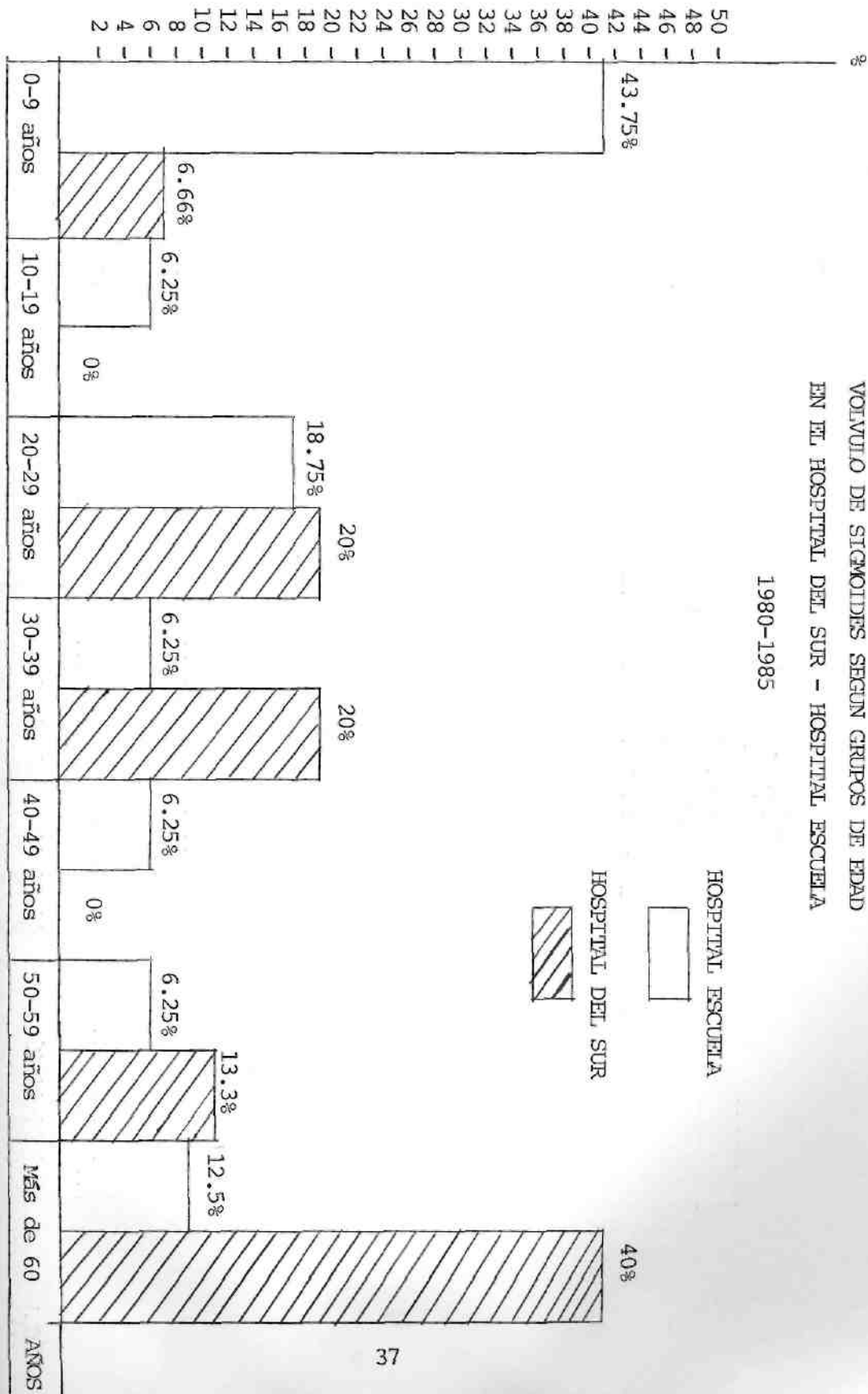
EDAD EN AÑOS	HOSPITAL No. CASOS	DEL SUR °	HOSPITAL No. CASOS	ESCUELA °
0-9	1	6.66	7	43.75
10-19	0	0	1	6.25
20-29	3	20.0	3	18.75
30-39	3	20.0	1	6.25
40-49	0	0	1	6.25
50-59	2	13.33	1	6.25
Mas de 60	6	40.0	2	12.5
TOTAL	15	100.0	16	100.0

ANÁLISIS

Como se puede observar, en el Hospital del Sur ésta patología es nos frecuente en la edad Geriátrica, lo que corrobora los datos obtenidos en la bibliografía aunque opuestamente en el Hospital Escuela es en la edad infantil, ocupando el 3er. lugar la edad Geriátrica.

VOLVUJO DE SIGMOIDES SEGUN GRUPOS DE EDAD
 EN EL HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

1980-1985



CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES CON VOLVULO DE SIGMOIDES
EN EL HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

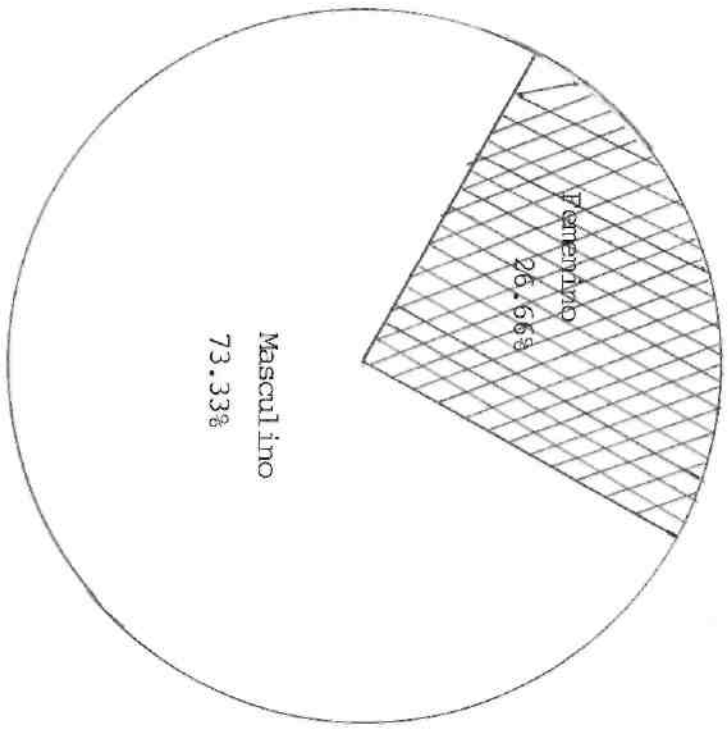
1980-1985

SEXO	HOSPITAL DEL SUR		HOSPITAL ESCUELA	
	No. CASOS	%	No. CASOS	%
Masculino	11	73.33	9	56.25
Femenino	4	26.66	7	43.75
TOTAL	<u>15</u>	<u>100.0</u>	<u>16</u>	<u>100.0</u>

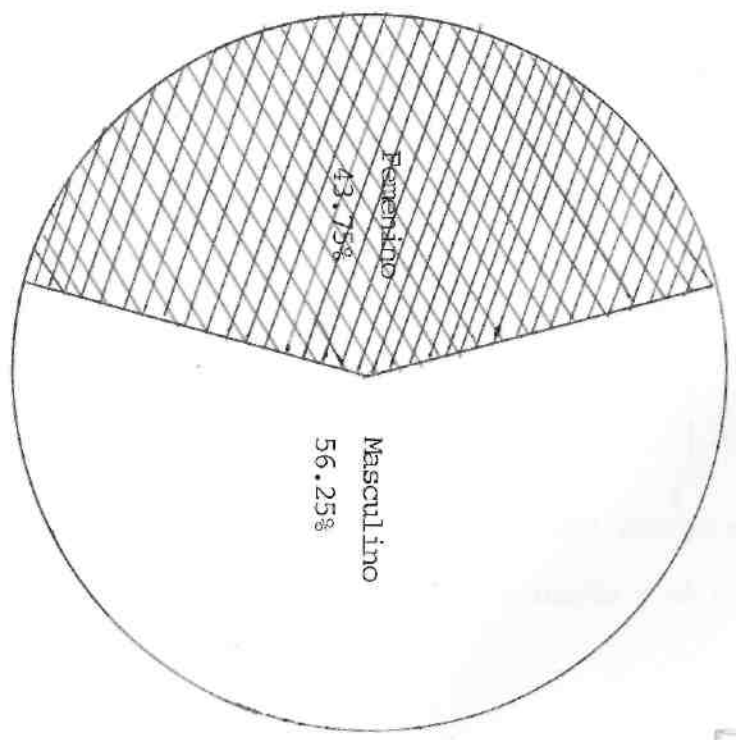
ANALISIS

Este cuadro nos refleja que el grupo mas afectado es el masculino, en ambos Hospitales.

VOIVULO DE SIGNAIDES POR SEXO
HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA
1980 - 1985



HOSPITAL DEL SUR



HOSPITAL ESCUELA

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE LA OCUPACION EN PACIENTES CON VULVULO DE SIGMOIDES EN EL

HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

1980 - 1985

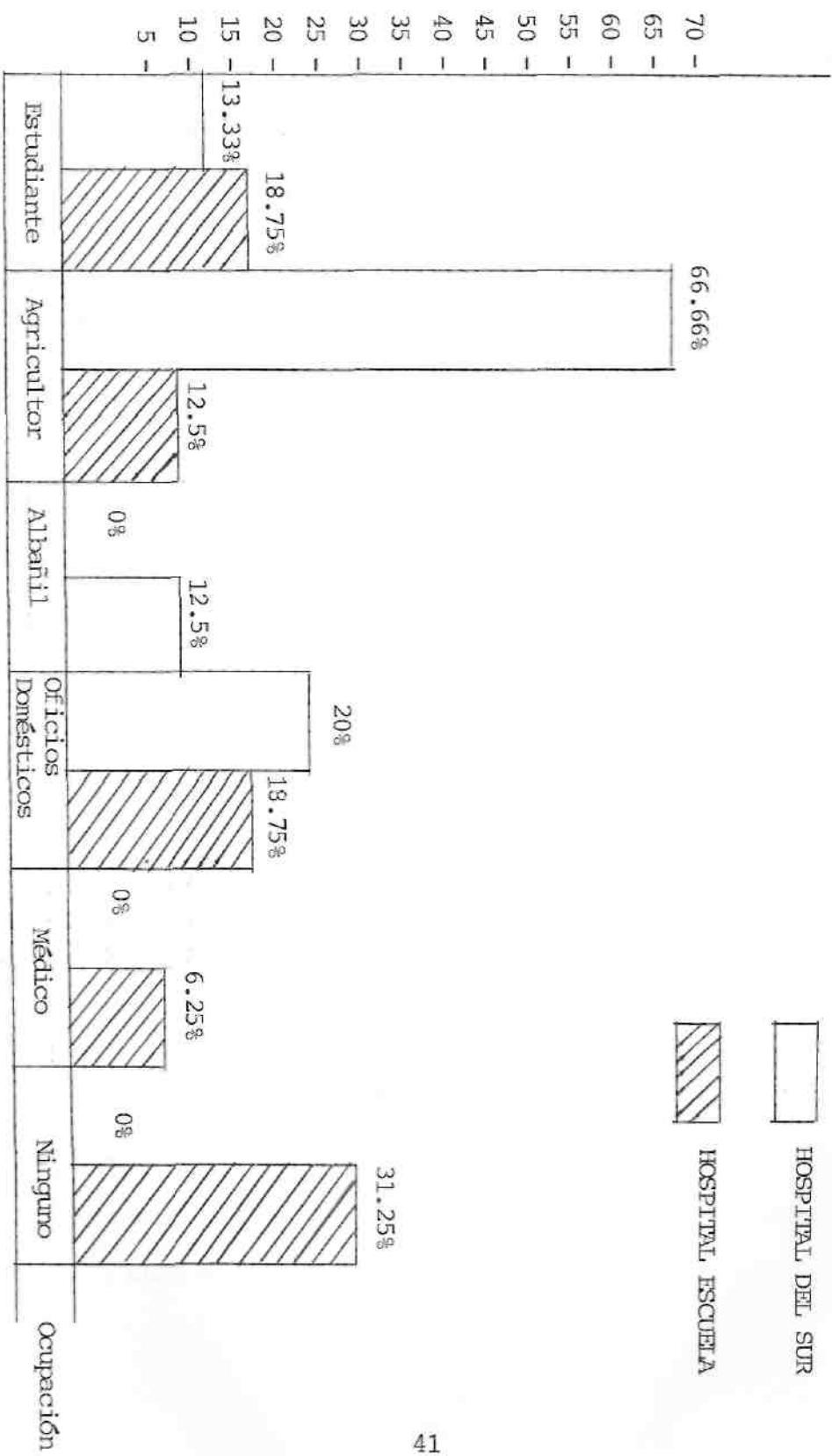
OCUPACION	HOSPITAL DEL SUR		HOSPITAL ESCUELA	
	No. CASOS	%	No. CASOS	%
Estudiante	2	13.33	3	18.75
Agricultor	10	66.66	2	12.5
Albanil	0	0	2	12.5
Oficios Domesticos	3	20.0	3	18.75
Medico	0	0	1	6.25
Ninguno*	0	0	5	31.25
TOTAL	15	100.0	16	100.0

* NOTA: Pacientes en edad de lactancia

ANALISIS

Este cuadro nos demuestra que en el Hospital del Sur el mas afectado es el agricultor y en el Hospital Escuela el estudiante y el correspondiente a oficios dortesticos.

VOLVULO DE SIGMOIDES SEGUN OCUPACION
 HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA
 1980 - 1985



CUADRO No. 5

ANTECEDENTES EN PACIENTES CON VOLVULO DE SIGMIDES

HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

1980 - 1985

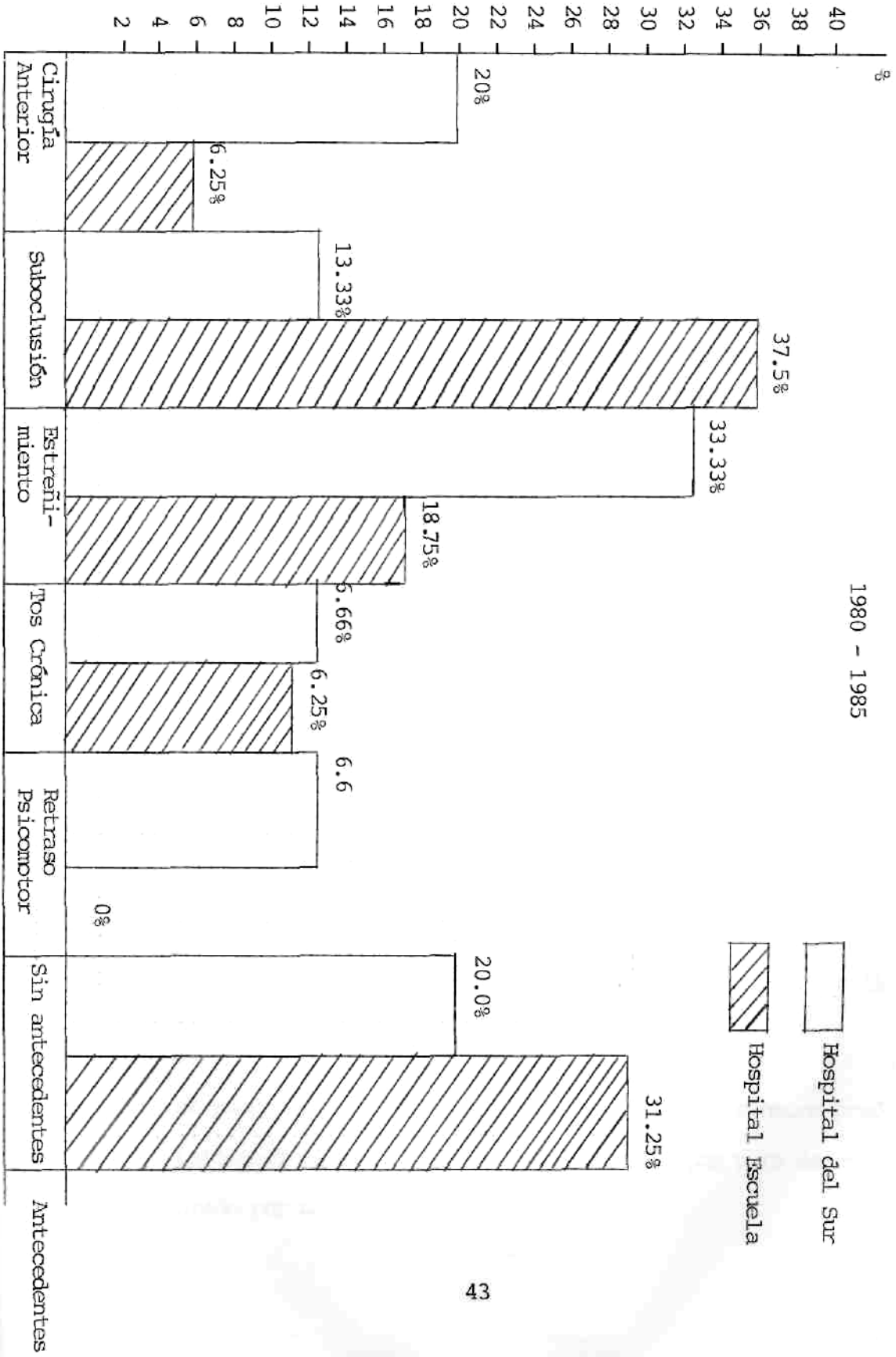
ANTECEDENTES	HOSPITAL DEL SUR		HOSPITAL ESCUELA	
	No. CASOS	%	No. CASOS	%
Cirugia anterior*	3	20.0	1	6.25
Suboclusion	2	13.33	6	37.5
Estreñimiento	5	33.33	3	18.75
Tos Cr6nica	1	6.66	1	6.25
Retraso Psicomotor	1	6.66	0	0
Sin antecedentes		20.0	5	31.25
TOTAL	<hr/>		<hr/>	
	3			
	15	100.0	16	100.0
	<hr/>		<hr/>	

* Ver Anexo No. 2

ANALISIS

En este cuadro observamos que en el Hospital del Sur 1/3 de los pacientes padecian de estreñimiento y en el Hospital Escuela mas de 1/3 de pacientes padecieron de suboclusion, los cuales estaban relacionados con la misma - patologia, la cual no sufrio una rotacion completa.

VOLVULO DE SIGMOIDES SEGUN ANTECEDENTES
 HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA
 1980 - 1985



CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE CASOS DE VOLVULO DE SIGMIDEO SEGUN SINTOMAS Y SIGNOS EN EL

HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

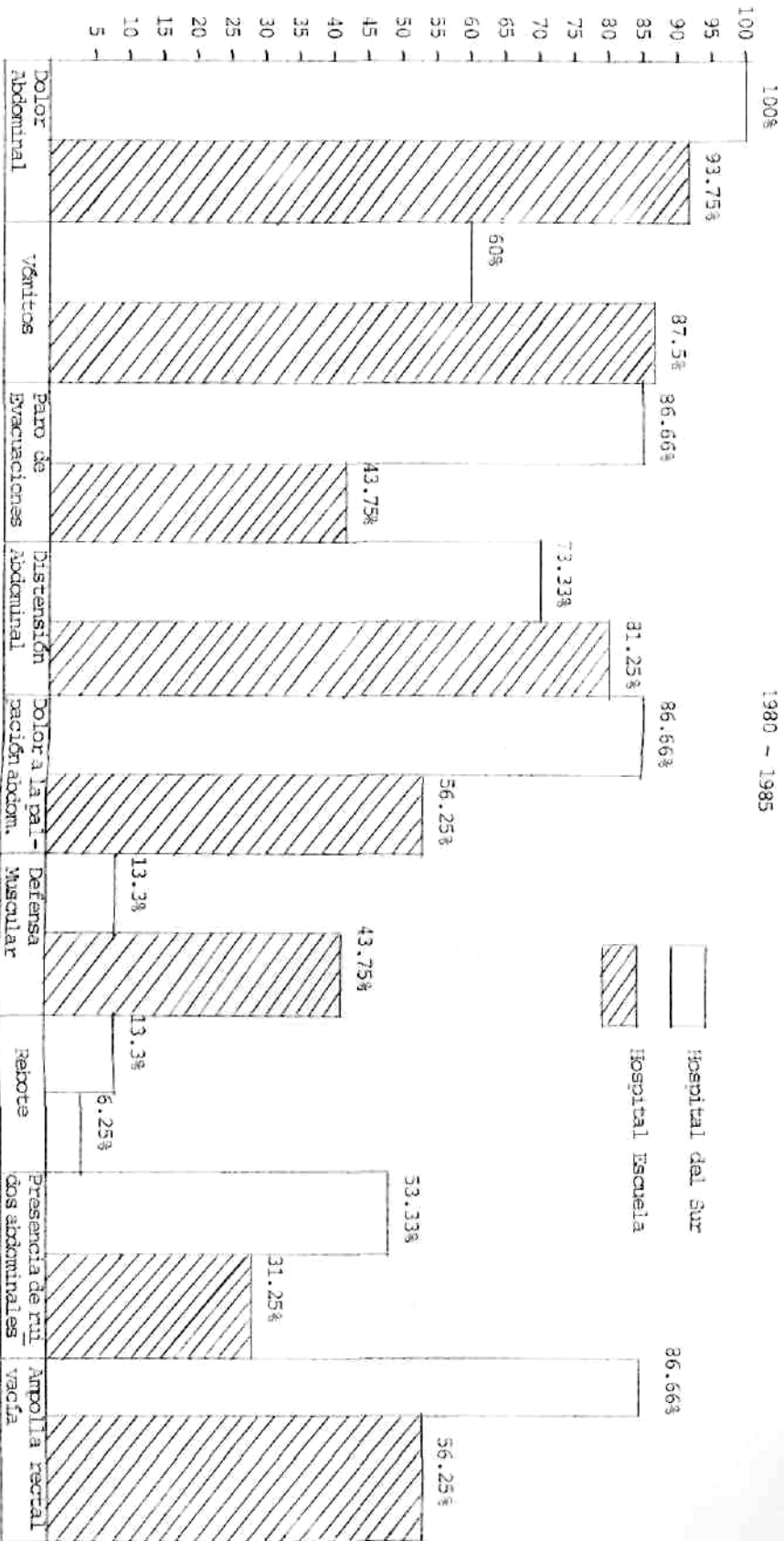
1980 - 1985

SINTOMAS Y SIGNOS	HOSPITAL No. CASOS	DEL SUR %	HOSPITAL No . CASOS	ESCUELA %
Dolor abdominal	15	100.0	15	93.75
Vonitos	9	60.0	14	87.5
paro de evacuaciones	13	86.66	7	43.75
Distension abdominal	11	73.33	13	81.25
Dolor a la palpacion				
Abdominal Defensa	13	86.66	9	56.25
muscular Rebote	2	13.33	7	43.75
Presencia ruidos intes-	2	13.33	1	6.25
Tinales				
Ampolla rectal vacia		53.33		86.66
				31.25
				56.25

ANALISIS

Claramente se puede observar que en ambos Hospitales el sintoma predominante en esta patologia es el dolor abdominal, seguido por paro de evacuaciones. Corroborado por datos bibliograficos.

VOLVULO DE SINDROMES SEGUN SINTOMAS Y SIGNOS
 HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA
 1980 - 1985



CUADRO No. 7 DISTRIBUCION DE LOS SIGNOS VITALES Y LOS DATOS DE LEUCOGRAMA

EN PACIENTES CON VOLVULO DE SIGMOIDES

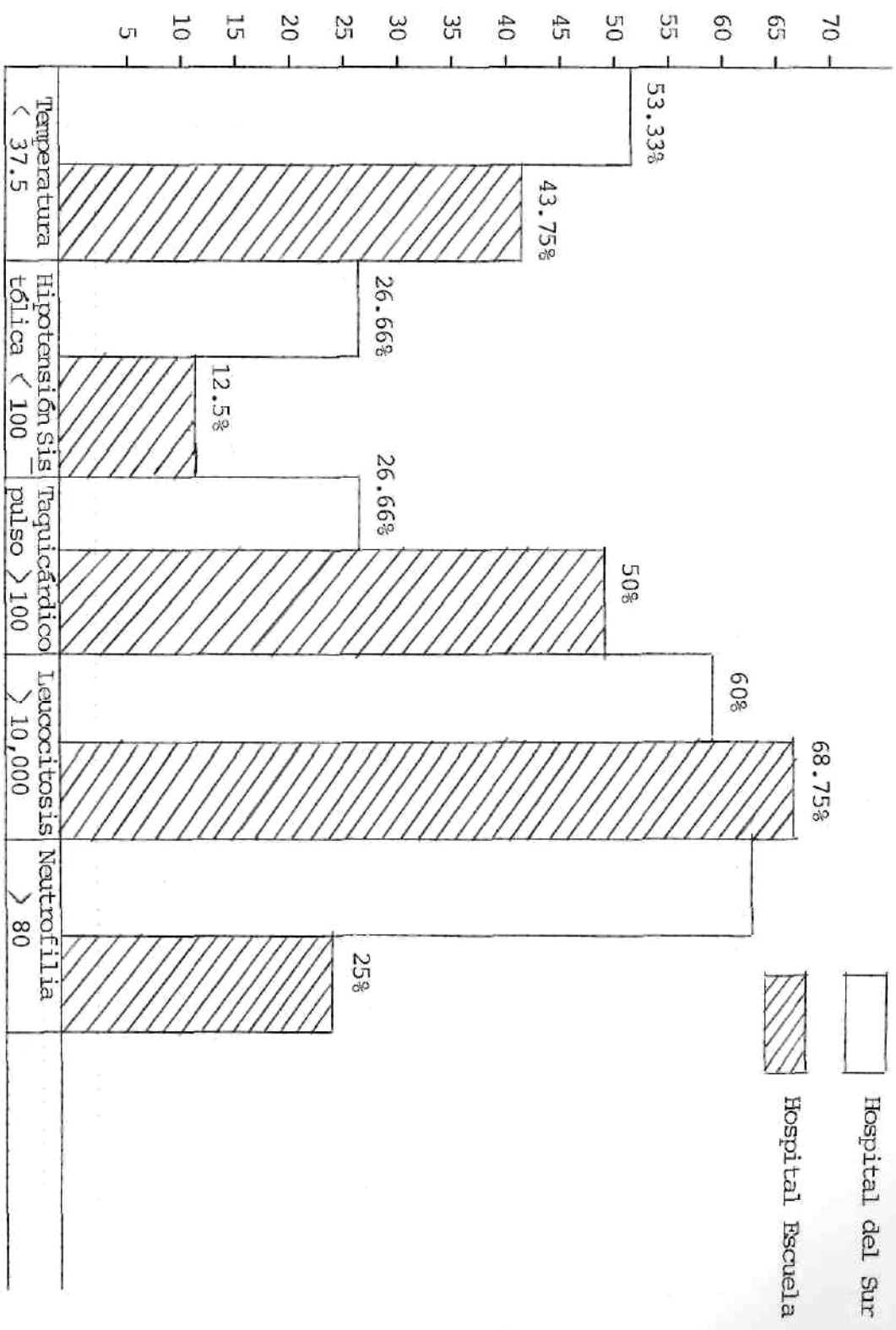
EN EL HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

SIGNOS VITALES Y LEUCOGRAMA	<u>1980 - 1985</u>		HOSPITAL ESCUELA	
	HOSPITAL DEL SUR		No. CASOS	%
	No. CASOS	%	No. CASOS	%
Temperature ≥ 37.5	8	53.33	7	43.75
Hipotension sistolica				
< 100	4	26.66	2	12.5
Taquicardia pulso ≥ 100	4	26.66	8	50.0
Leucositosis $> 10,000$	9	60.0	11	68.75
Neutrofilia $> 80\%$	10	66.66	4	25.0
TOTAL	<hr/>		<hr/>	
	<hr/>		<hr/>	

ANALISIS

Se puede observar en este cuadro la mayor parte de los pacientes cursaron con fiebre al momento de su ingreso y tambien con leucositosis a expensas de Neutrofilia.

LEUCOGRAMA Y SIGNOS VITALES EN PACIENTES CON VOLVULO SIGMOIDES
 HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA
 1980 - 1985



CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE CASOS DE VOLVULO DE SIGMOIDES SEGUN COMPLICACIONES

PREOPERATORIAS EN PACIENTES

EN EL HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

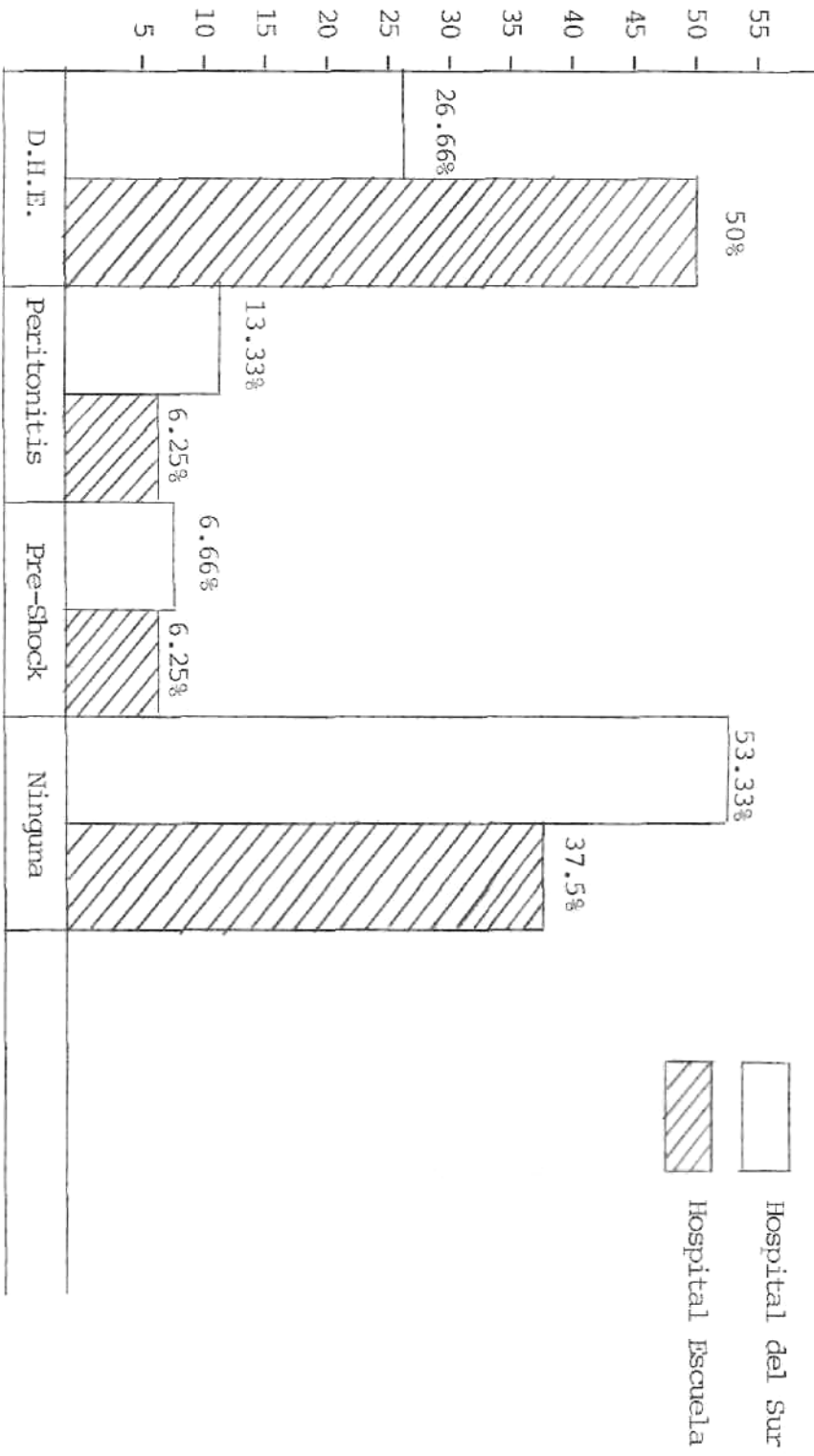
1980 - 1985

COMPLICACIONES PREOPERATORIAS	HOSPITAL DEL SUR		HOSPITAL ESCUELA	
	NO. CASOS	%	No. CASOS	%
D. H. E. (Clinico)	4	26.66	8	50.0
Peritonitis	2	13.33	1	6.25
Pre-Shock	1	6.66	1	6.25
Ninguna	8	53.33	6	37.5
TOTAL	15	100.0	16	100.0

ANALISIS

Como se puede apreciar en el Hospital del Sur la 1/2 de los pacientes no presentaron complicacion alguna. No asi en el Hospital Escuela que el 50' presentaron D.H.E.

VOLVULO DE SIGMOIDES SEGUN COMPLICACIONES
 PREOPERATORIAS
 HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA
 1980 - 1985



CUADRO No. 9

VOLVULO DE SIGMOIDES SEGUN DURACION DE LA OBSTRUCCION EN EL

HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

1980 - 1985

DURACION DE LA OBSTRUCCION	HOSPITAL DEL SUR		HOSPITAL ESCUELA	
	No. CASOS	%	No. CASOS	%
Menos de 24 horas	1	6.66	5	31.25
De 24 - 48 horas	3	20.0	4	25.0
De 48 - 72 horas	8	53.33	3	18.75
Mas de 72 horas	3	20.0	4	25.0
TOTAL	15	100.0	16	100.0

ANALISIS

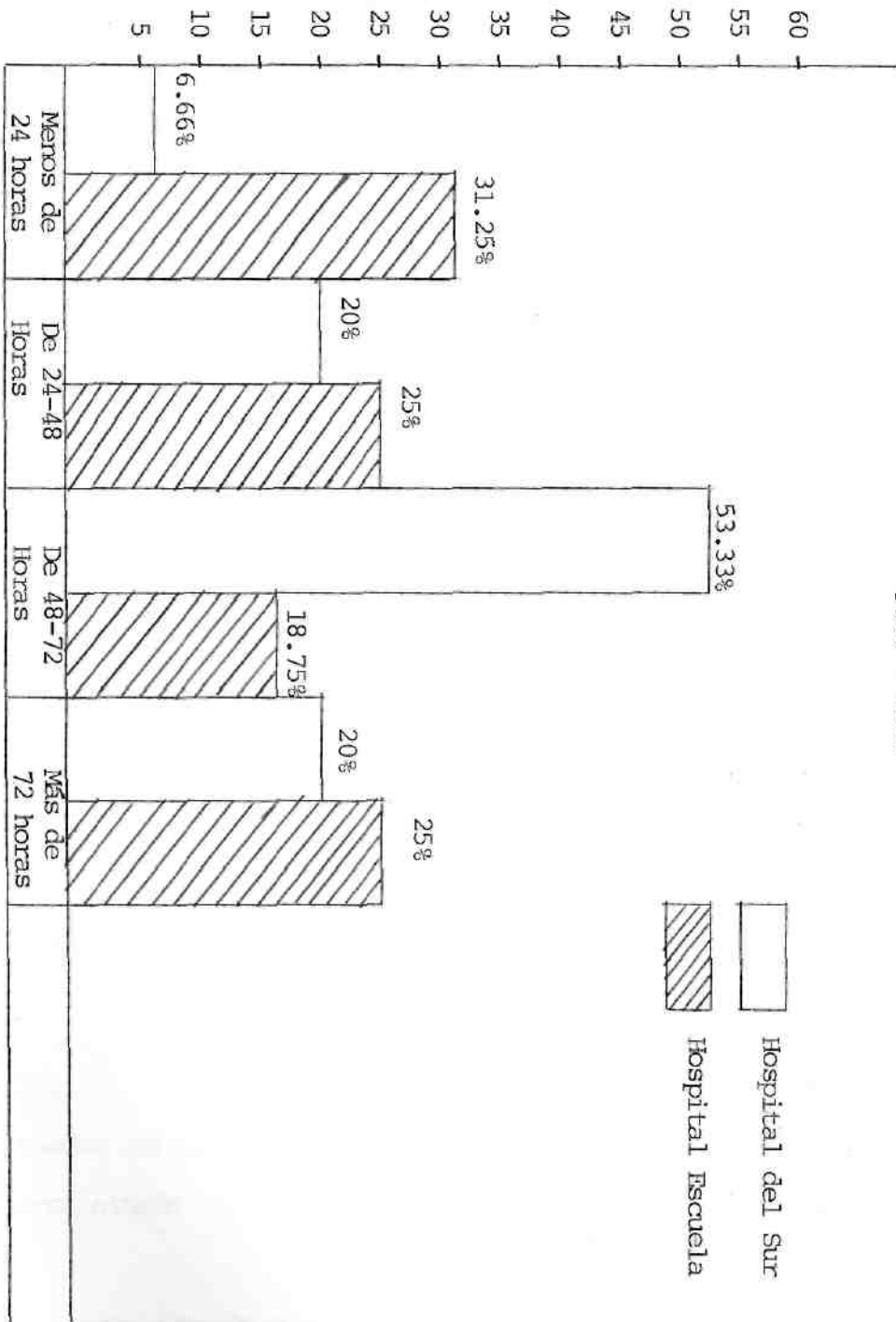
Se refleja en este cuadro que los pacientes que ingresaron al Hospital - del Sur esperaron hasta 3 dias en buscar ayuda médica. No asi los del Hospital Escuela que en su rrayoria ingresaron antes de 24 horas.

Podria ser explicado por la procedencia del paciente y la educacion.

VOIVULO DE SIGMOIDES SEGUN DURACION DE LA OBSTRUCCION

HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

1980 - 1985



CUADRO N^a

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON VOLVULO DE SIGMOIDES EN EL

HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

1980 - 1985

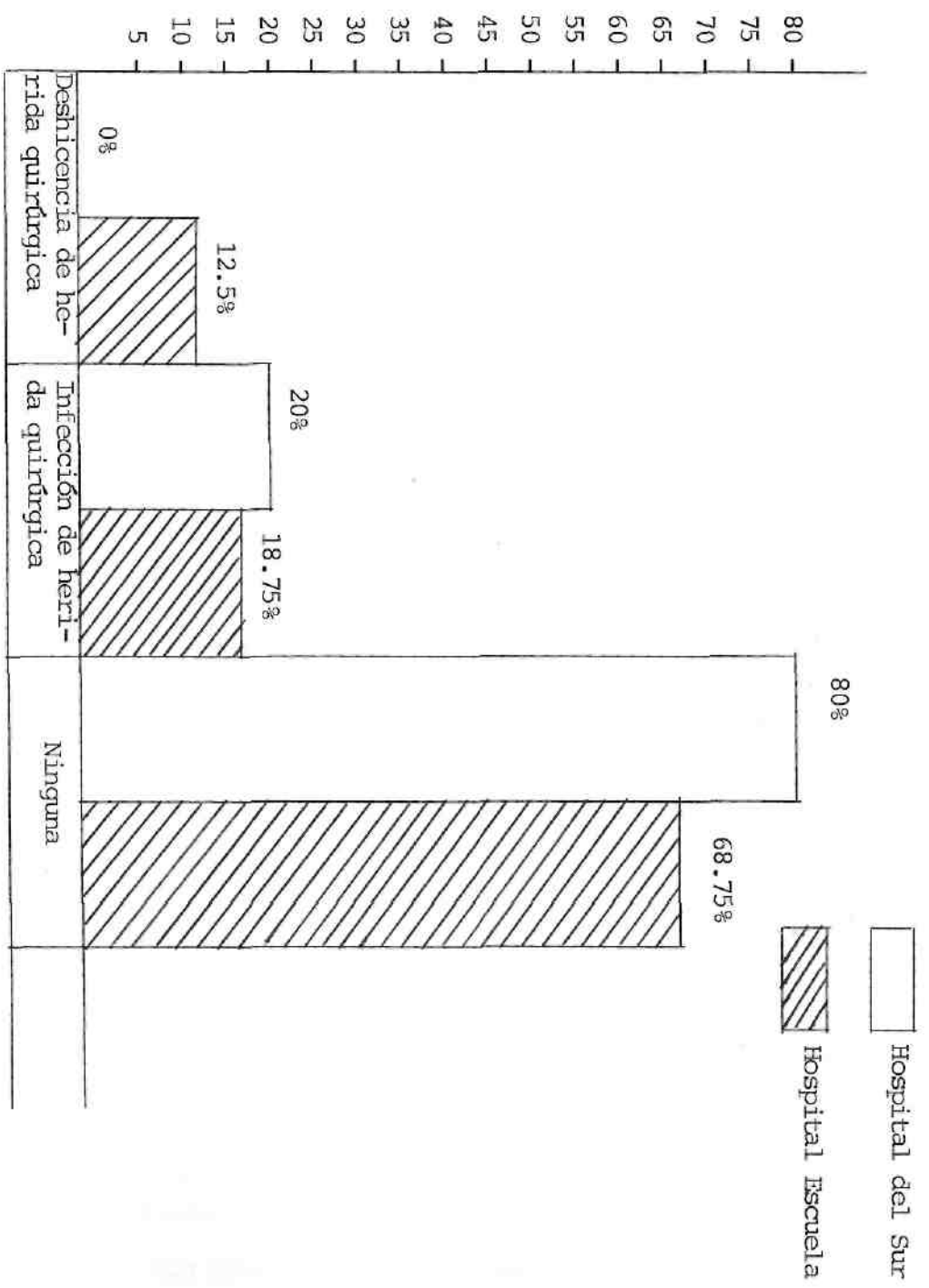
COMPLICACIONES PREOPERATORIAS	HOSPITAL DEL SUR		HOSPITAL ESCUELA	
	No. CASOS	%	No. CASOS	%
Deshicencia herida				
quirurgica	0	0	2	12.5
Infeccion de herida				
quirurgica	3	20.0	3	18.75
Ninguna	<u>12</u>	<u>80.0</u>	<u>11</u>	<u>68.75</u>
 TOTAL	 <u>15</u>	 <u>100.0</u>	 <u>16</u>	 <u>100.0</u>

ANALISIS

Este cuadro refleja claramente que el mayor porcentaje de pacientes no sufrieron ningun tipo de complicacion postoperatoria.

La unica complicacion que se presento en el Hospital del Sur fue infeccion de herida quirurgica y en el Hospital Escuela ademas de infeccion de herida quirurgica, hubo tambien deshicencia de herida quiruagica.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON VOLVULO SIGMOIDES
 EN EL HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA
 1980 - 1985



CUADRO No. 11

DATOS RADIOLOGICOS EN PACIENTES CCN VOLVULO DE SIGMOIDES EN EL

HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

1980 - 1985

PADIOGRAFIA	HOSPITAL DEL SUR		HOSPITAL ESCUELA	
	No. CASOS	%	No. CASOS	%
Positiva*	8	53.33	10	62.5
Negativa	1	6.66	1	6.25
No se tomo	6	40.0	5	31.25
TOTAL	<u>15</u>	<u>100.0</u>	<u>16</u>	<u>100.0</u>

* **Signos radiologicos de obstruccion de** intestino grueso.

ANALISIS

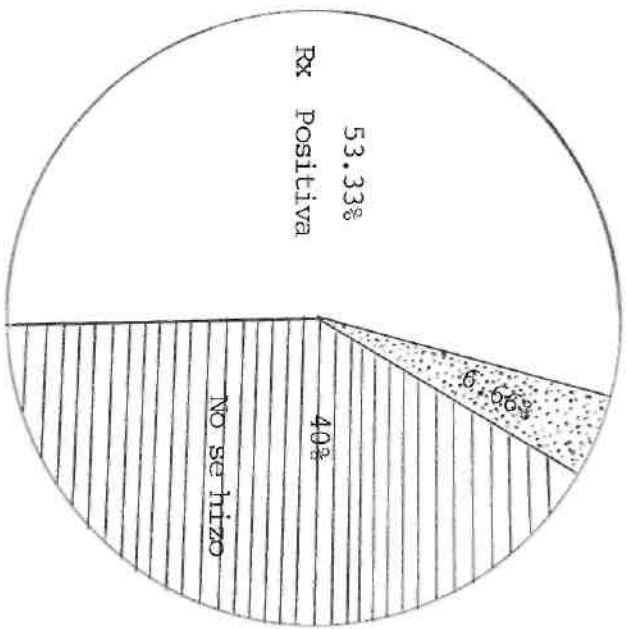
Como demuestra este cuadro claramente que la mayor parte de pacientes obtuvo un diagnostico radiologico positivo en ambos Hospitales.

Es de hacer notar que a los pacientes que no se les tomo radiografia fue debido a la inexistencia de material, o en otros porque el medico no la Ordeno. Siendo esto inadecuado, ya que se sabe que es una ayuda diagnostica principal.

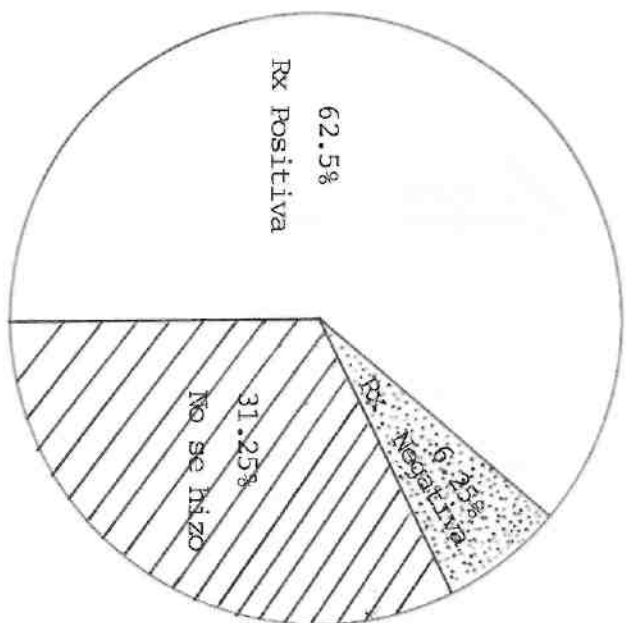
VOLVULO DE SIGMOIDES SEGUN DAÑOS RADIOLOGICOS

HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

1980 - 1985



HOSPITAL DEL SUR



HOSPITAL ESCUELA

CUADRO No. 12

CIRUGIA PRACTICADA EN PACIENTES CON VDLVULO DE SIGMOIDE

HOSPITAL DEL SUR HOSPITAL ESCUELA

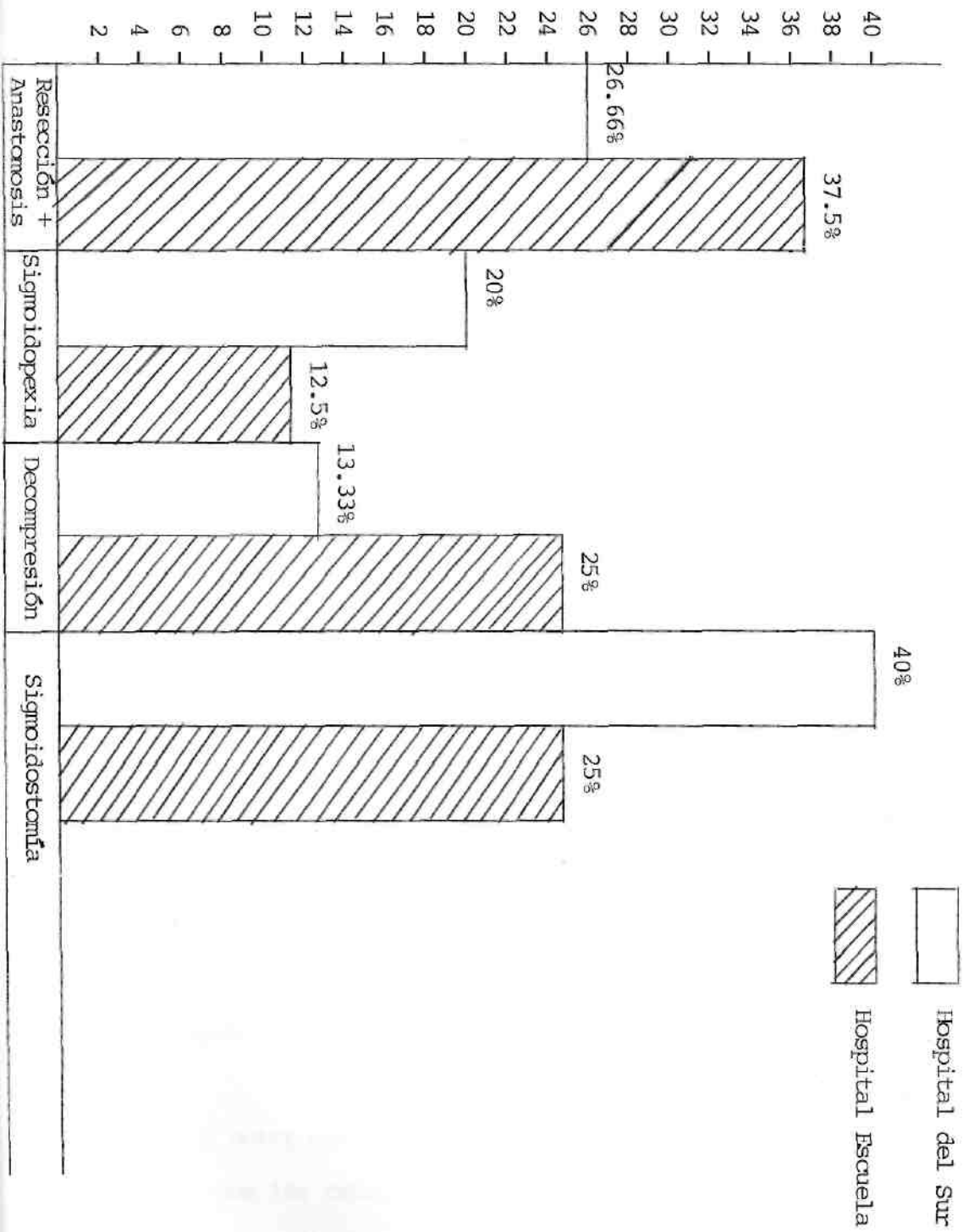
1980 - 1985

CIRUGIA PRACTICADA	HOSPITAL DEL SUR		HOSPITAL ESCUELA	
	No. CASOS	%	No. CASOS	%
Reseccion + Anastomosis	4	26.66	6	37.5
Sigmoidopexia	3	20.0	2	12.5
Deconpresion (desvalvular)	2	13.33	4	25.0
Sigmoidostomia	6	40.0	4	25.0
TOTAL	15	100.0	16	100.0

ANALISIS

En este cuadro se puede observar que en el Hospital Escuela la cirugia practicada mas frecuente fue la Reseccidn + Anastomosis, la cual se realizo en aquellos casos en que el segmento intestinal no era viable. Y en el Hospital del Sur fue la Sigmoidostomia.

CIRUGIA PRACTICADA EN PACIENTES CON VOLVULO DE SIGMOIDES
 EN EL HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA
 1980 - 1985



CUADRO No. 13

DISTRIBUTION DE CASOS SEGUN CONDICION DE EGRESO EN PACIENTES CON VOLVULO

DE SIGMOIDES EN EL

HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA

1980 - 1985

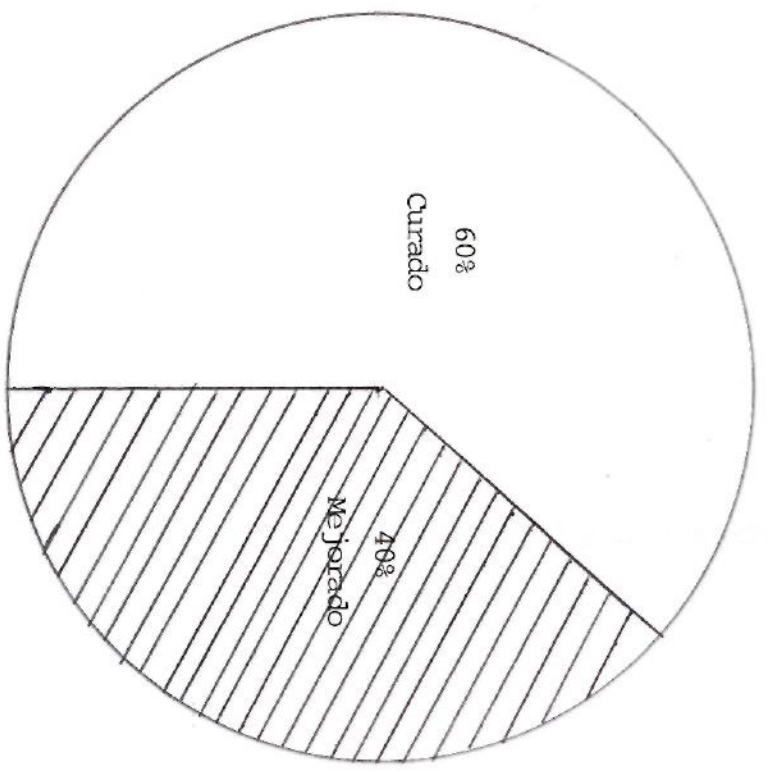
CONDICION DE EGRESO	HOSPITAL DEL SUR		HOSPITAL ESCUELA	
	No. CASOS	%	No. CASOS	%
Curado	9	60.0	9	56.25
Mejorado	6	40.0	7	43.75
Mismo estado	0	0	0	0
Muerto	0	0	0	0
TOTAL	15	100.0	16	100.0

ANALISIS

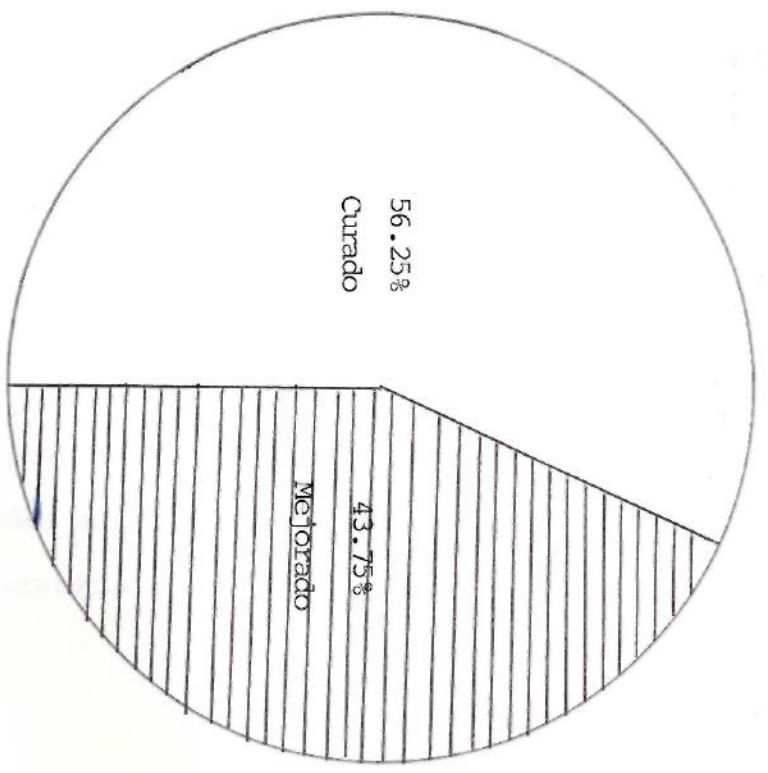
De acuerdo con los datos obtenidos en este cuadro, 9 casos en cada uno de los Hospitales egresaron en condicion de curado.

Es hacer notar que no se reporto ningun caso como muerto, el cual va de acuerdo con las estadisticas de otros paises.

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN CONDICION DE EGRESO EN PACIENTES CON
VOLVULO DE SIGMOIDES
EN EL HOSPITAL DEL SUR - HOSPITAL ESCUELA
1980 - 1985



HOSPITAL DEL SUR



HOSPITAL ESCUELA

IX. CONCLUSIONES

El volvulo de sigmoides en nuestro estudio realizado, en un periodo de seis años, presenta una baja incidencia, correspondiendo 0.11% al Hospital Escuela y 0.26% al Hospital del Sur.

El sexo masculino es el más afectado, y en las edades extremas de la vida, con una representacin del 43.75% para la edad infantil y 40% para la edad geriatrica.

Antecedentes de importancia encontrados fueron: El estreñimiento en un 33% y suboclusion con 37.5%.

Los sintomas más frecuentes son: El dolor abdominal y el paro de evacuaciones, y los hallazgos al examen fisico son los clasicos de una obstruccion intestinal.

Se determino que el tiempo de evacuacion del cuadro obstructive estaba en relacion directa a los hallazgos quirurgicos de viabilidad intestinal, tipo de cirugia efectuada y complicacion post-operatoria.

Un 50% presento clinicamente desequilibrio hidroelectrolitico a su ingreso como complicacion del cuadro intestinal obstruido.

El metodo diagnostico de mas ayuda fue la Radiografia de abdomen, fue efectuada en un 60%, dando un dignostico del 53.33%.

La sigmoidostomia fue el procedimiento quirurgico con mayor frecuencia utilizado cuando la viabilidad del intestine era normal.

La reseccion intestinal con Anastomosis Primaria termino-terminal se efectuó cuando se encontro signos de necrosis intestinal.

La morbilidad postoperatoria fue de 20%, que corresponde a infeccion de herida quirurgica.

No hubo mortalidad en este estudio.

El 60% de los pacientes egresaron en condicion de curados.

X. REOMENDACIONES

Hacer conciencia con el Medico Residente y/o pasante de medicina, que la elaboracion de historias clinicas completas permitiran la obtencion de informacion adecuada para estudios de investigacion futuras.

Que el Ministerio de Salud Publica dote a los Hospitales Regionales de equipos laboratoriales y radiologicos para un adecuado apoyo diagnostico.

Estimular a Especialistas a la elaboracion de trabajos de investigación de tipo prospectivo que darian una informacion de esa patologia en nuestro pais.

Que la Facultad de Medicina continúe impulsando este tipo de investigaciones, que nos permite analizar nuestra propia estadística.

El Colegio Medico para que a traves de su revista publique informacion sobre Patologias de baja incidencia, pero cuyo tratamiento es una emergencia de manera que todo el gremio medico refuerce sus conocimientos.

XI. RESUMEN

El presente estudio revisa 31 casos de volvulo de sigmoideo registrados en el Hospital Escuela de Tegucigalpa y Hospital del Sur de Choluteca, en el periodo comprendido de enero 1980 - diciembre 1985.

Su incidencia es menor del 1%.

Es una emergencia medico-quirurgica, ya que se presenta clinicamente como una obstrucción intestinal mecanica, se observa en las edades extremas de la vida y con mayor frecuencia en el sexo masculine.

El estreñimiento y el retardo mental son antecedentes de importancia encontrados.

El metodo diagnostico de mfs ayuda es la Radiografia simple de abdomen de pie acostado.

Los procedimientos quirurgicos efectuados dependen de la viabilidad intestinal encontrada durante la Laporatomla.

En el presente estudio se efectuo la sigmoidostomia como procedimiento en casos de viabilidad intestinal, mientras la reseccion intestinal con Anastonosis primaria se realizo al encontrar Necrosis Intestinal.

Las compresiones postoperatorias fueron escasas y leves que corresponde a infección de herida quirúrgica.

No hubo mortalidad y la mayoría de los pacientes egresaron en condición de curados.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Astiz, J. M.

"Seudoobstruccion del Colon"

Pren. Med. Arg.

68: 389-393. 1981

2. Abotz-Avotins, K. W.

"Volvulo de Colon y Paciente Geriatrico"

Clin. Q. N.A.

58 (6): 253-262. 1980.

3. Antoni Padilla, F.

"Problemas Tacticos en la Cirugia de la (Delusion Intestinal
Aguda a traves de la Causistica".

Pren. Med. Arg.

70 (8): 305-307, junio 1983.

4. Barredo, C.

"Volvulo de Colon Derecho"

Prensa Oliveritaria

70: 319-322

Argentina, S.A. 1983

5. Baker, J. W.

"A Historical Overview of Surgical of Compression in Advanced
Intestinal Obstruction".

Surg. Gynecol Obstet.

158: 386-389. 1984

6. Ballantyne, G.

"The Meaning of Ileus"

Am J. Surg

148: 122-124. 1984.

7. Canelada, V.

"volvulos de Colon"

Prensa Medica Argentina

68: 311-313. 1981.

8. Coxon J.E. Gaylor I.

"Changes in Intestinal Blood Flow during the Development of
Chronic Large Bowel Ostruction".

Br. J. Surg.

71 (2): 795-798. 1984.

9. Dienhart, Ch.
"Anatomia y Embriologia Humana".
Mexico Nuevo Editorial Interamericano, S.A.
Pag. 167. 1976.

10. Finan, S. Courtney, B.
"Does Water Soluble Contrast Enema Assist in the Management?
Of Acute Parge Bowel Obstruction".
Am J. Surg.
71 (6): 799-801. 1984.

11. Gardner E. Gray D., O'Rahilly R.
"Anatomia"
Salvat Editores
Barcelona, España, S.A. 1971. Pag. 519-520.

12. Greenkaum, E. I. 15
"Radiographic Atlas of Colon Disease".
Year Book Medical Publisher Inc.
29: 646. 1980.

13. Krupps, M. A.
"Diagn6stico Clinico y Tratamiento"
Editorial El Manual Moderno, S.A.
No. 39: 426-427, Mexico 1980.

14. Lizardo B. J.
"Obstruccion Intestinal Mecanica en el Hospital del Sur".
1978-1982, Tegucigalpa, Honduras 1984.
15. Nakhgevany, K.
"Colonoscopic Decompression of the Colon in Patients With
Ogilvie's Syndrome".
Arch Surg.
148 (6): 121-123. 1984
16. Netter, F. H.
"Digestive System"
Journal of the South Caroline Medical Association
3: 132. 1975.
17. Ruan, J. Baker, J.
"Operative Treatment of Cecal Volvulos Combining Cecopexy with
Intestinal Tube Decompression".
Surg. Gynecol Obstet.
160(5): 85-86. 1985.
18. Stromberg, B.
"Collagen Dynamics Partial Small Bowel Obstruction".
Am J. Surg.
148(5): 257-261. 1984.

19. Waisman, H. J.
"Pseudobstrucción Intestinal Colonica".
Prensa Medica Argentina 68(8): 323-
326. 1981.

20. Bak, M.P. Scott, J.B.
"Sigmoid Volvulus in Elderly Patients".
Am J. Surg
151(5): 71-75. 1986.

21. Corman, M. L.
"Sigmoid Volvulos" Colon
and Rectal Surg. 711-
712. 1984.

XIII. A N E X O S

PEOTOCOLO

INVESTIGACION RETROSPECTIVA SOBRE VDLVULO DE SIGMOIDES

I DATOS GENERALES

No. Expediente Sexo Edad Ocupacion Procedencia

II DATOS ESPECIFIOOS

Diagn6stico de ingreso a la sala:

III ANTECEDENTES

IV SINTOMAS

Dolor _____

Distensi6n

Vomitos _____

Rebote

Paro evacuaciones

Dolor a palpacion

Defensa muscular _____

Ruidos intestinales ____

SIGNOS VITALES

T° _____

P/A _____

F.C. _____

VIII HEMOGRAMA

Ht _____ Hb _____ Leucocitos _____

VIII COMPLICACIONES PREOPERATORIAS

VIII RADIOGRAFIAS

IX. TIPO DE CIRUGIA REALIZADA

X. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

XI. DURACION DE LA OBSTRUCCION:

Menor de 24 horas _____

24 horas a menos de 48 horas _____

48 horas a 72 horas _____

Mayor de 72 horas _____

XII. CONDICION DE SALIDA_____

XIII. OBSERVACIONES_____

ANEXO NO. 2

DISTRIBUCION SEGUN CIRUGIA ANTERIOR EN 3 PACIENTES CON VOLVULO DE SIGMOIDE

EN EL HOSPITAL DEL SUR Y 1 CASO EN EL HOSPITAL ESCUELA

1980 - 1935

	HOSPITAL DEL SUR	HOSPITAL ESCUELA
	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>NO. DE CASOS</u>
Cirugia anterior	- -	
Apendice	1	
Vesicula	1	
Ginecologica	<u>1</u>	
TOTAL	<u>3</u>	<u>1</u>