



P-344 - MANEJO DEL VÓLVULO DE COLON EN UN HOSPITAL PRIMARIO. REVISIÓN A 5 AÑOS

González Pérez, Marta; Moreno Olivier, Alberto; Oset García, Mónica; Yáñez Benítez, Carlos; Comín Novella, Laura; Utrillas Martínez, Ana; del Val Gil, José María

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Resumen

Introducción: El vólvulo es un giro axial, de cualquier tramo del sistema GI, sobre su mesenterio. Afecta típicamente a hombres y a pacientes mayores de 60 años. Su localización es más frecuente en sigma (65-85%), mientras que el vólvulo de ciego alcanza el 15-30%. El vólvulo de sigma, definido inicialmente por Von Rokitansky en 1836, constituye la tercera causa de obstrucción de intestino grueso en países desarrollados.

Objetivos: Ofrecer una visión global del paciente que ingresa con el diagnóstico de vólvulo de colon en un hospital de primer nivel durante los últimos 5 años, comparando los resultados a la bibliografía.

Métodos: Se incluyen un total de 23 pacientes con el diagnóstico de vólvulo de colon que ingresaron en el centro desde enero de 2010 a diciembre de 2014. Los datos recogidos quedan reflejados en las tablas que se exponen a continuación.

Resultados: Epidemiología: más prevalente en mujeres y en edades más extremas (tabla 1). Ingresos generados: 29. Estancia media: 10,6 días. Comorbilidades (tabla 2). Clínica al diagnóstico: concuerda respecto a los síntomas típicos de presentación (tabla 3). Localización del vólvulo: sigma 67% y ciego 33%. Tratamiento recibido: mayor tasa de tratamiento conservador mediante colonoscopia, de acuerdo a la literatura (tabla 4). El estudio anatomo-patológico de la pieza reveló la existencia de procesos tumorales avanzados en dos casos. Complicaciones (tabla 5). Tasa de recurrencia: 21,7%, más baja que la reportada en la bibliografía (40-90%) (tabla 6). Destino al alta (tabla 7).

Tabla 1

Sexo	Nº pacientes	Rango edades	Media edades
Varón	10	59-86	71,1
Mujer	13	47-95	81,1

	23	47-95	77,3
--	----	-------	------

Tabla 2

Comorbilidad	%
HTA	43%
ACV	26%
Alteraciones endocrinas	39,1%
Alteraciones neurológicas	47,8%
Cirugía abdominal previa	21,7%

Tabla 3

Síntoma	Frecuencia
Dolor abdominal	69,5%
Distensión	56,5%
Timpanismo	34,7%
Vómitos	26%
Inestabilidad hemodinámica	13%
Febrícula	8,7%
Disminución nivel consciencia	8,7%

Tabla 4

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Técnica	Frecuencia
Conservador	53,1%	Colonoscopia (C)	58,8%
		Sondaje rectal (SR)	41,2%
Quirúrgico Urgente	34,4%	Anastomosis primaria (A1 ^a)	72,7%
		Hartmann (H)	27,3%
Quirúrgico programado	12,5%	Anastomosis primaria	75%
		A1 ^a + Cecopexia	25%

Tabla 5

Complicación	Nº pacientes
Neumonía	1
FMO	2
Oclusión intestinal	1
Éxitus	6

Tabla 6

Sexo y edad	1 Ep	Tiempo	2 ep	Tiempo	3 ep	Complicaciones

M89a	C+SR	1m	C	5d	A1 ^a	Exitus
M83a	SR	1a+3m	A1 ^a			
V86a	C	12d	SR	16d	A1 ^a	Exitus
M47a	C	8m	C	10m	A1 ^a	
V84a	A1 ^a	5a	SR			

Tabla 7

Destino	Nº altas	Porcentaje
Domicilio	15	51,7%
Residencia	6	20,6%
Centro sociosanitario	2	6,9%
Exitus	6	20,6%

Conclusiones: El diagnóstico temprano y correcto es esencial. Un periodo de tiempo de latencia elevado aumenta el riesgo de mortalidad. La colonoscopia como primera opción es efectiva en el 70-90% de los pacientes aunque existe una alta tasa de recurrencia que se asocia a mayor riesgo de isquemia y mayores tasas de morbimortalidad. No existe consenso sobre el procedimiento más adecuado durante la cirugía urgente. En la cirugía electiva, el procedimiento efectuado con mayor frecuencia es la anastomosis primaria.