

## **Ileostomia transcecal. Resultados del tratamiento quirurgico en el volvulo del sigmoides**

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2107/1/Ileostomia-transcecal-Resultados-del-tratamiento-quirurgico-en-el-volvulo-del-sigmoides.html>

Autor: Dr. Sabino Alexis González López

Publicado: 8/04/2010

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de 5 pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma urgente por oclusión intestinal por vólvulo del sigmoides con compromiso vascular; ingresados en Hospital General Universitario Docente "Orlando Pantoja Tamayo" Contramaestre, Santiago de Cuba; comprendido desde el 1ro de Enero, hasta el 30 de septiembre del 2003. Entre los resultados más relevantes se encuentran: Predominó el grupo etáreo de 51 – 65 años, el sexo masculino fue el más afectado 4 pacientes (60%) con respecto al femenino que 1 caso (20%),

---

### **Ileostomia transcecal. Resultados del tratamiento quirurgico en el volvulo del sigmoides .1**

#### **Ileostomía transcecal. Resultados del tratamiento quirúrgico en el vólvulo del sigmoides.**

**Dr. Sabino Alexis González López. Especialista de I Grado en Cirugía General. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor.**

Dra. Yamila López Florián. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Instructor.

**Dr. Ricardo Gutiérrez Pantoja. Especialista de I Grado en Cirugía General. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.**

#### **RESUMEN**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de 5 pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma urgente por oclusión intestinal por vólvulo del sigmoides con compromiso vascular; ingresados en Hospital General Universitario Docente "Orlando Pantoja Tamayo" Contramaestre, Santiago de Cuba; comprendido desde el 1ro de Enero, hasta el 30 de septiembre del 2003. Entre los resultados más relevantes se encuentran: Predominó el grupo etáreo de 51 – 65 años, el sexo masculino fue el más afectado 4 pacientes (60%) con respecto al femenino que 1 caso (20%),

Las enfermedades asociadas predominantes fueron la hipertensión arterial en 2 pacientes (40%), seguida de la cardiopatía y la diabetes mellitus. Con respecto a la clasificación del riesgo quirúrgico en el estadio I hubo 2 pacientes, seguido del II con 2 Casos para un (40%) respectivamente, y el III con 1 (20%). La estadía de la mayoría de los pacientes fue corta de 7 días en 4 casos con un (80%) y solamente 1 caso (20%) estuvo entre 8 y 14 días. No tuvimos complicaciones, ni mortalidad, egresándose vivos todos los pacientes. Antes, durante y después del acto quirúrgico fueron tratados con antibióticos del tipo de la cefalosporina y metronidazol, la intervención realizada fue la sigmoidectomía con anastomosis termino – terminal y se le colocó una sonda de ileostomía transcecal, la vía oral se inició a las 24 horas, retirándose la sonda entre 12 y 14 días, evolucionando satisfactoriamente.

Palabras claves: Vólvulo, sigmoides, sigmoidectomía, ileostomía transcecal

#### **INTRODUCCIÓN:**

La porción terminal del tubo digestivo, se inicia en un segmento denominado ciego y se proyecta en la cavidad abdominal constituyendo el colon ascendente, transverso y descendente hasta unirse con el ano.

El colon realiza diferentes funciones las cuales son: Depósito, antitóxica, nutritiva y evacuación.

#### **·DEPÓSITO.**

Recibe desechos y excesos de alimentos, agua, electrolitos, enzimas enviados por el intestino delgado, acumulado junto a una exuberante flora bacteriana, moco e Ig A. Los desechos en el colon se someten a la función de colibacilos y otros microorganismos causando mayor descomposición y fermentación liberando gases, indol, escatol, butírico, etc. son tóxicos, malolientes con capacidad de ingresar a la circulación e intoxicar al huésped.

#### · ANTITÓXICA.

Lo más importante del colon es la función antitóxica gracias a la presencia de la flora bacteriana, de la cual solamente se ha conocido la agresión infecciosa. Estudios del ecosistema digestivo iniciados en 1970 han establecido conocimientos científicos sobre los beneficios de la fisiología bacteriana, el control de amenaza infecciosa siempre que se conserven y respeten las potencias estructurales y funcionales que son: equilibrio biológico, simbiosis, antibiosis.

Equilibrio biológico.- Es un convenio funcional entre el colon y los microorganismos, el primero proporciona refugio y nutrientes, los segundos respetando las estructuras y funciones absorben los productos tóxicos; cuando la producción es excesiva con capacidad de minimizar indiscriminadamente la flora bacteriana, elaboran monofosfato de adenocina para estimular la musculatura colónica, producir diarrea y eliminar el contenido putrefacto, procurando que la función antitóxica sea completa.

Simbiosis. Es poder de la flora para protegerse, unos absorbiendo tóxicos que pueden destruir a otros, el resto brindándose refugio; el objetivo es mantener la población completa y apta para defender y asegurar la salud y vida del huésped.

Antibiosis. Los microorganismos producen sustancias que destruyen sepas visitantes, por ello la salmonella tífica, neumococos, etc. no invaden el colon, las amebas si colonizan por constancia; instauran adema de mucosa o colitis, luego ulceraciones y al final se asocian con las bacterias y forman abscesos, cuando se localizan en divertículos, perforan y desencadenan peritonitis. La existencia y estudio de estas sustancias permitió a Fleman descubrir los antibióticos que tanto benefician a los seres vivos.

#### · NUTRITIVA.-

Cuando las condiciones metabólicas del paciente son precarias por inadecuado manejo o por que el íleon no ha logrado absorber agua y nutrientes para la bionormalidad, el monitoreo biológico que el colon absorba agua, vitaminas B<sub>1-6-12</sub>, K, etc., preparadas por los colibacilos de la lactulosa residual.

#### · EVACUACIÓN

Entre las funciones del colon están movimientos segmentarios que forman bolos fecales, la mucosa lubrica con moco y los movimientos intestinales trasladan al recto que está bloqueado por el ano; este órgano comunica a la conciencia y obtiene respuesta voluntaria para relajarse y evacuar cada 12 o 24 horas. Una de las patologías que puede afectar el buen funcionamiento del colon es el Vólvulo del Sigmoides que no es más la rotación del segmento de intestino sobre su eje que origina una obstrucción que puede llevar a estrangulamiento y gangrena. Diversos son los lugares de presentación dentro del tubo digestivo, siendo los del intestino grueso los de mayor frecuencia. En el colon, la torsión ocurre sobre su mesenterio con consecuente compromiso de la irrigación sanguínea de la pared del intestino comprometido. (1,2)

Los vólvulos del colon han sido una entidad que se presenta con relativa frecuencia en la población desde tiempos muy remotos y causa frecuente de ingreso en instituciones de salud. En textos antiguos, como El papiro de Ebers, se describe este trastorno y su historia natural en Egipto. También se menciona en los escritos de los médicos griegos y romanos antiguos, quienes administraban purgantes como tratamiento de elección. Existen personalidades relevantes dentro de la historia de la medicina a las cuales se les atribuyen logros avances importantes en el tratamiento de esta entidad, como es el caso de Hipócrates, al cual se le acredita el haber usado un supositorio de 12 pulgadas de longitud e insuflación con aire para destorcer el intestino, método muy semejante al que se usa en la actualidad. (3-6)

---

### **Ileostomia transcecal. Resultados del tratamiento quirúrgico en el vólvulo del sigmoides .2**

El vólvulo del sigmoides fue descrito a mediados del siglo XIX, por primera vez en 1896 por Von Rokitansky. Su patogenia y las diversas opciones que existen con respecto a su tratamiento, hacen que esta afección resulte interesante. En Etiopia, su presencia se debe a una alteración anatómica del sigmoides en casi todos los casos, al alto contenido de fibras en la dieta y a la poca agua ingerida. Es la causa más común de obstrucción del intestino grueso y de abdomen agudo en los adultos etíopes y constituye además la urgencia quirúrgica de mayor frecuencia.

Entre los factores asociados a los vólvulos del sigmoides, la elongación del colon sigmoides, haciéndolo redundante y móvil, con puntos externos relativamente fijos y cercanos, asociados a un mesocolon sigmoides largo con una base de implantación estrecha y acompañado de una banda fibrosa en el mesosigmoides que corre desde su base de implantación hacia el borde mesial del sigmoides, constituyen el factor mecánico etiológico principal. Es así como las dietas elevadas en residuos en pacientes con unos sigmoides redundante, también se encuentran como factor etiológico. La constipación crónica, el uso de laxantes o enemas se ven pacientes con trastornos psiquiátricos y neurológicos en los cuáles se observa una mayor presentación de la enfermedad. (4)

El vólculo del sigmoides se puede observar en múltiples latitudes. Sin embargo, es frecuente en los países escandinavos, esclavos y germanos, así como en la India e Irán. Como elemento común se puede destacar el hecho de que la frecuencia con que se presenta se pudiera atribuir a la dieta rica en vegetales (fibras) que ingiere la población. Es una de las principales causas de obstrucción intestinal aguda en Sudán, Uganda, Zambia, Rhodesia, África del Sur, Ghana, Guinea, Costa de Marfil Y Senegal, en cambio en Angola no es frecuente esta enfermedad. En cuanto a la edad de presentación, en los países desarrollados el 50% de los casos corresponde a pacientes mayores de 70 años, muchos de los cuales presentan enfermedad mental y hábito intestinal irregular. En otros países como Perú, la edad promedio de presentación es de 40 a 50 años con predominio del sexo masculino. Con respecto a su incidencia, en estados unidos los vólculos representan menos del 10% de las causa de obstrucción intestinal, siendo el vólculo del sigmoides el de mayor presentación con un 65% del total, seguido por los del ciego en un 30%. En el Hospital Universitario San José de Popayán, durante los años 1965 a 1980, los Vólculos correspondieron al 3% de todas las causas de obstrucción intestinal. (4)

El vólculo de sigmoides ocupa el primer lugar, apareciendo descrito en el 75% de los casos, con predilección por el sexo masculino en edades comprendidas entre los 50 – 70 años. Otras localizaciones, entre las que se encuentran los vólculos de ciego, colon transverso y ángulo esplénico, son menos frecuentes siendo la condición predisponente más importante la presencia de asas con un meso largo y libre. En nuestros días el vólculo es causa poco común de obstrucción en los países de habla inglesa, pues representa apenas el 1-3% de los ingresos por obstrucción intestinal. Sin embargo, es un problema sanitario de importancia en algunas partes de Rusia, Irán, África, en donde el vólculo constituye la causa más frecuente de obstrucción intestinal. (3,5- 7)

La ileostomía transcecal es una sustitución de la colostomía, consiste en vaciar el contenido yeyuno e íleo a través de una sonda. Las colostomías son beneficiosas pero imponen largos períodos de morbilidad, inactividad productiva, gran consumo de energía metabólica, grandes gastos económicos, convierte al paciente en cadáver social víctima de tempestades estresantes, imponen 2 o más actos quirúrgicos para establecer la normalidad digestiva, en ocasiones se complican y causan la muerte a los pacientes.

En nuestro hospital no existe estudios sobre este proceder en esta patología, teniendo en cuenta lo anteriormente expresado y cumpliendo los principios coloproctológicos nos dimos a la tarea de realizar este trabajo en el cual utilizando una sonda y evacuando el contenido a través de ella garantizamos el reposo del colon por el tiempo necesario para la cicatrización.

Debido a la importancia del tema hemos decidido realizar el presente estudio, con el objetivo principal de exponer el resultado del tratamiento quirúrgico de esta entidad en nuestro centro, además de determinar y precisar datos de interés en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, lo cual nos hará mejorar así como perfeccionar realizar una técnica quirúrgica adecuada .y permitirá tener un mejor conocimiento de esta problemática, lo cual me motivó a realizar esta investigación.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

**Evaluar los resultados de la ileostomía transcecal en pacientes intervenidos por vólculos de sigmoides.**

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Caracterizar a los operados por hernias incisionales según variables seleccionadas.
- Identificar las patologías asociadas más frecuentes, riesgo quirúrgico, estado al egreso, estadía y complicaciones.

### **DISEÑO METODOLÓGICO.**

#### **A) Características generales de la investigación.**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma urgente de oclusión intestinal por vólculo del sigmoide con compromiso vascular en el Hospital General “Orlando Pantoja” del municipio contra maestre, de la provincia de Santiago de Cuba, en el año 2003.

**Universo:** Estuvo integrado por 5 pacientes operados con ese diagnóstico, pertenecientes a la entidad antes mencionada, que acudieron al cuerpo de guardia del servicio de cirugía general en el año 2003.

**Criterios de inclusión.** Todos aquellos pacientes con un cuadro clínico con signos y síntomas de una oclusión intestinal por vólculo del sigmoides y comprobados por exámenes imagenológicos (Rx simple y contrastado).

**Criterios de exclusión.** Todos aquellos que a pesar de presentar un cuadro clínico con signos y síntomas de una oclusión intestinal su causa era por otros diagnósticos.

## **B) Definición y operacionalización de variables:**

Edad (cuantitativa discreta) (Entiéndase por la cantidad de años cumplidos por el individuo desde el momento de su nacimiento): La clasificamos en grupos de 15 años, de la siguiente forma:

- 51 – 65 años.
- 66 – 75 años.
- 76 – 85 años.

Se muestra el número de pacientes y se calculan los por cientos de cada intervalo.

---

### **Ileostomia transcecal. Resultados del tratamiento quirurgico en el volvulo del sigmoides .3**

Sexo (cualitativa nominal dicotómica) (Entiéndase por el sexo biológico con el que nace el individuo): Distribuido en Masculino y Femenino, se muestra el número de pacientes por sexo y se calcula el por ciento.

Enfermedades asociadas (cualitativa nominal politómica) (Entiéndase por los antecedentes patológicos personales). En cada caso mostramos el número de hallazgos y el porcentaje que representan.

- Hipertensión arterial (HTA).
- Diabetes mellitus.
- Cardiopatía.

Determinar el estado físico del paciente (cualitativa nominal politómica) (Entiéndase por estado físico la que se determina por la clasificación adoptada por Commitec of the American Society of Anesthesiologists (ASA), comprendido en 5 grados, a saber:

Grado I- Ninguna otra enfermedad salvo la patología quirúrgica. Ninguna alteración general.

Grado II- Alteraciones generales moderadas causadas por:

- Enfermedades generales.
- Trastornos quirúrgicos

Grado III- Alteración general intensa por

- Enfermedades generales.
- Trastornos quirúrgicos

Grado IV- Alteración general.

- Amenaza potente de la vida.

Grado V – Paciente moribundo

Estado de Urgencia: Antes del Número se coloca la letra U.

Se muestra el número de pacientes y se calculan los por cientos de cada caso.

Estadía. (Cualitativa nominal policotómica) (Entiéndase aquellas que comienza desde el ingreso del paciente hasta su egreso): dividiéndola en:

- 7 Días.
- 8 – 14 Días.
- + 14 Días

Se muestra el número de pacientes y se calculan los por cientos de cada caso.

Principales complicaciones. (Cualitativa nominal policotómica) (Entiéndase por complicaciones más frecuentes, aquellas que aparecieron en el postoperatorio):

#### **Recolección de la información:**

La recolección de la información se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva y amplia por libros, revistas e internet del tema para la autopreparación del tema a investigar y para confrontar los resultados obtenidos en esta investigación con otros de similar contenido a nivel nacional e internacional, acorde con los objetivos propuestos de nuestra investigación. Los datos primarios se de datos del departamento de Bioestadísticas.

#### **De procesamiento y análisis de la información.**

El procesamiento de los datos obtenidos de la información se realizó manualmente y fue llevada a una planilla de recolección de datos para facilitar el trabajo, siendo esta una fuente primaria de obtención de la información las Historias Clínicas de los pacientes operados, informes operatorios y los archivos de datos del departamento de Bioestadísticas. Además se utilizó una computadora Pentium IV ambiente Windows XP. Fueron calculados números absolutos y porcentajes como medidas de resumen para variables cualitativas. Además se preparó una base de datos con los valores recolectados.

De elaboración y síntesis de los datos.

En cada cuadro solo se describieron los aspectos más relevantes. los resultados se compararon con los de otros investigadores de nuestro país y otros extranjeros, lo cual nos permitió arribar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes mediante un análisis inductivo y deductivo acorde con los objetivos propuestos.

Consideraciones bioéticas.

La investigación se realizó de acuerdo a los principios básicos: el respeto a la persona, la beneficencia no maleficencia y la justicia, además de tener el consentimiento informado de los pacientes y familiares. Se tuvo en cuenta las normas de las investigaciones científicas aplicadas a documentos médicos.

## DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LO RESULTADOS.

Cuadro I. Distribución de los pacientes según edad.

Edad	Nº Pacientes	%
<b>51 -65</b>	<b>3</b>	<b>60</b>
66 – 75	1	20
76- 85	1	20
Total	5	100

Fuente: Historias clínicas.

En el cuadro edad se halló que primaron los pacientes entre 51- 65 años con un 60%, lo que concuerda con la bibliografía revisada y con autores internacionales y nacionales como Fajes y colaborador en su trabajo encuentra que la mayoría de sus pacientes operados por obstrucción intestinal su causa más frecuente fue el vólvulo del sigmoides con 12 pacientes (38,7%) y el grupo etáreo con más afectado fue comprendido entre 51-60 años, Rodríguez y colabores señala que en 53 pacientes operados por vólvulos del sigmoides, el grupo etáreo de más relevancia estuvo en los que tenían 60 años y más, también coincide Sierra y colaboradores refieren en su investigación que las edades más frecuente afectas fueron las comprendidas entre 50 y 59 años, seguido del de 60-69 años de edad, Saravia confirma en su investigación una prevalencia del grupo etáreo entre 51-60 años con 101 casos (19.64%).(8-11)

## Ileostomia transcecal. Resultados del tratamiento quirurgico en el vólvulo del sigmoides .4

Cuadro II. Distribución de los pacientes según sexo.

Sexo	Nº Pacientes	%
<b>masculino</b>	<b>4</b>	<b>80</b>
Femenino	1	20
Total	5	100

Fuente: Historias clínicas.

En cuanto al cuadro de sexo se observó prevalencia de los masculinos 4 pacientes con un 80% con respecto al femenino que fue de 1 caso para un 20%, este resultado concuerda con la bibliografía revisada de otros países en los cuales se han realizados publicaciones de trabajos semejantes y nacionales como Fajes y colaborador en su trabajo encuentra que la mayoría de sus pacientes eran hombres 10 (83%) con respecto a las mujeres 2 (17%), Rodríguez señala en su trabajo que el sexo masculino prevaleció sobre el femenino en una proporción de 3:1, también coincide con Sierra y colaboradores el cual en su estudio plantea que de un total de 63 pacientes con esta patología 55 de ellos pertenecían al sexo masculino (87,3%) y solo 8 al femenino (12,6%), Saravia afirma en su investigación que el masculino fue el más frecuente con 293(66.14%) con respecto a las féminas con (33,86%).(8-11)

Cuadro III. Distribución de los pacientes según enfermedades asociadas.

Enfermedades asociadas	Nº Pacientes	%
<b>Hipertensión arterial</b>	<b>2</b>	<b>40</b>
Cardiopatía y Diabetes mellitus	1	20
Sin enfermedad asociada	2	40
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas.

Se puede apreciar en el cuadro de enfermedades asociadas, que predominó la Hipertensión arterial (HTA) con 2 pacientes para un 40% siendo la más frecuente, seguida por la cardiopatía y la diabetes mellitus 1 caso con un 20%, lo que se asemeja con Rodríguez y colaboradores los que halla en su estudio la cardiopatía con 5 pacientes, así como el retraso mental en 3 pacientes seguido de la diabetes mellitus con 2 casos. (9)

Cuadro IV. Distribución de los pacientes según riesgo quirúrgico y forma de egreso.

Clasificación Riesgo quirúrgico	Forma de egreso					
	Vivos		Fallecidos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estado físico I	<b>2</b>	<b>40</b>	0	0	<b>2</b>	<b>40</b>
Estado físico II	<b>2</b>	<b>40</b>	0	0	<b>2</b>	<b>40</b>
Estado físico III	<b>1</b>	<b>10</b>	0	0	<b>1</b>	<b>20</b>
Estado físico IV	0	0	0	0	0	0
Estado físico V	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Fuente: Historias clínicas.

En el cuadro IV, al relacionar con el estado físico y egreso del paciente, hubo pacientes clasificados en estadio I, II, III, se plantean que a medida que aumentan los grados fundamentalmente del III al V se incrementa el porcentaje de mortalidad desde un 45.5% a un 60% respectivamente, en la casuística de la investigación exhibimos una mortalidad del 0% a pesar de tener 1 paciente clasificado en grado III, lo que difiere de la reportada por Fajes y colaborador presenta en su trabajo un paciente fallecido por dehiscencia de sutura intestinal para un 8,3%, Malatay en su estudio asevera que de los 104 casos intervenidos fallecieron 4, 1 por falla en la técnica y los otros 3 por otras complicaciones, Sierra señala en su serie que de los pacientes tratados por vólvulos del sigmoides fallecieron 7, para una mortalidad del 28% en relación con el grupo que se le realizó resección y anastomosis primaria y del 13,7% en general.(9-11)

Cuadro V. Distribución de los pacientes según estadía.

Estadía	Nº Pacientes	%
7 días	<b>4</b>	<b>80</b>
Entre 8 – 14 días	<b>1</b>	<b>20</b>
+14 días	0	0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas.

Con respecto a la estadía a 4 pacientes (80%) fueron egresados a los 7 días con 7 días seguimiento por consulta y solo uno que presentó un riesgo quirúrgico grado III se le dio el alta a los 14 días, lo cual guarda semejanza con el trabajo realizado por Malata.(10)

En cuanto a las complicaciones postoperatorias podemos aseverar que no hubo todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente difiriendo de Fajes y colaboradores los que señalan en su casuística 3 pacientes con un 25%, presentaron sepsis de la herida en 2 casos (16,6), fistula intestinal 1 (8,3%), otros autores como Sierra encuentran que en los pacientes en que se le realizó resección y anastomosis, presentaron peritonitis y dehiscencia de la sutura, Rodríguez y colaboradores señalan la prevalencia de las complicaciones sépticas en su estudio destacando la bronconeumonía como la principal, Sierra encontraron en los pacientes con procedimientos quirúrgicos sepsis de la herida, peritoneal y respiratorias.(8,9,11)

A todos los pacientes se le realizaron sigmoidectomía con anastomosis termino los antibiótico de elección empleados antes, durante y después de la intervención fueron las cefalosporinas y metronidazol, la vía oral se le inició a las 24 horas de operados, entre los 12 y 14 días se le retiró la ileostomía transcecal, con una evolución satisfactoria.

Para el procedimiento se tuvo en cuenta:

1. Sonda # 36 de 46 cm de longitud con perforaciones laterales en los 10 cm a introducir al íleo (Sonda de drenaje ileocecal).
2. La técnica realizada en estos pacientes fue sigmoidectomía con anastomosis término terminal.
3. Para colocar la sonda de drenaje ileocecal abrimos 1 cm en la tenia anterior del ciego, aspiramos el contenido ileal e introducimos la sonda rectal 10 cm, la fijamos con doble bolsa de señora y exteriorizamos la misma a través de un túnel practicado en fosa iliaca derecha, luego se exterioriza los dos hilos de las bolsas de señora por el mismo orificio fijándolos en la aponeurosis y se coloca una bolsa colectora para cuantificar las pérdidas.

---

## **Ileostomia transcecal. Resultados del tratamiento quirurgico en el vólculo del sigmoides .5**

4. Se coloca drenaje en el sitio próximo a la anastomosis.
5. Pasado 24 horas el intestino delgado vacía el contenido a la bolsa colectora y no al colon que permanece en reposo el tiempo necesario para la cicatrización.
6. Se retira la sonda luego de 12 a 14 días, pasando el contenido del íleo al colon. Se coloca un apósito en el orificio de fosa iliaca derecha que cierra progresivamente al cabo de 2 semanas.
7. Otras indicaciones de la ileostomía transcecal son tumores de colon izquierdo complicados, heridas graves de colon izquierdo traumáticas.

### **CONCLUSIONES.**

Las edades más afectadas estuvieron comprendidas entre 51 a 65 años, predominaron los pacientes del sexo masculino. Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron la hipertensión arterial, cardiopatía y Diabetes la mellitus.

Dos casos presentaron un riesgo quirúrgico grado II y uno clasificado en III. La estadía fue de 7 días en 4 pacientes y de 14 en 1, no hubo complicaciones, todos fueron egresados vivos. Hubo resolutivez con una sola intervención quirúrgica. Es una alternativa quirúrgica con recuperación inmediata, más fisiológica y minimiza el costo orgánico, social y económico para la institución del paciente.

### **RECOMENDACIONES.**

Valorar los pacientes con vólculo del sigmoides, con el objetivo de emplear la técnica de la ileostomía con sondan transcecal por ser un método efectivo y de ventajas para los pacientes en cuanto su recuperación y su resolutivez con una sola intervención quirúrgica.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Ballantyne GH. Review of sigmoid volvulus: clinical patterns and pathogenesis. *Dis Colon rectum* 1982;25:823-830
2. Theuer C, Cheadle WG: Volvulus of the colon. *Am surg* 1991;57:145-150.
3. Anthony LI, Karl AZ. Vólculos del colon. En: Sabiston DC. *Tratado de patología quirúrgica: bases biológicas de la práctica quirúrgica moderna*. 14ª ed. México: Interamericana-McGraw-Hill; 1999. p. 1052-1056.
4. Pari Fernández MA. Factores Intervinientes en el Vólculo de Sigmoides en Relación al Resto de Obstrucciones Intestinales en el Altiplano Peruano. Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2002
5. Pérez Sorí AA, Fernández Espín H, Roque Corzo JJ. Vólculo de ciego. Presentación de un paciente. *Medicentro* 2002; 6(1).
6. Valdés Jiménez J, Barreras Ortega JC, Mederos Curbelo ON, Cantero Ronquillo A, Pedroso J. Hallazgos necrópsicos en 100 pacientes del servicio de cirugía general. *Rev Cubana Cir* 2001; 40(4):280-83.
7. Echenique Elizondo M, Amondarain Arratibel JA. Colonic volvulus. *Rev Esp Enferm Dig*. 2002; 94 (4): 201-10.
8. Fajes Alfonso JM, Nova Puerto NL. Vólculo de sigmoides. Resección y anastomosis primaria: Resultados. Hospital "Princess Marina ". Republica de Botswana. *Rev Cubana Cir* v34 n.1. Ciudad de la Habana ene-jun. 1995
9. Rodríguez Fernández Z, Valcárcel Rosabal I, Deuolofeo Betancour B. Vólculo del sigmoides. Estudio de seis años. Hospital Clínico-Quirúrgico "Saturnino Lora". *Rev Cubana Cir* v36, n.2. Ciudad de la Habana. *Medisan* 1997;1(1):11-16.
10. Malatay Monar C. Ileostomía Transcecal no colostómica temporal en emergencias y complicaciones coloproctológicas. Hospital Luis Vernaza. Guayaquil. Ecuador. 1997
11. Sierra Enrique E, Bermúdez Chávez F, Almenares Lombillo N. Vólculo del Sigmoides. Morbilidad y Mortalidad. Estudio de 63 pacientes. Hospital "Yekatit 12". Addis Abeba, Etiopía. *Rev Cubana Cir* v37 n.1. Ciudad de la Habana ene-abr. 1998
12. Saravia Burgos J. Vólculo de Sigmoides. Instituto de Gastroenterología Japonés. Cochabamba, Bolivia. Revisión de 6 años. 2002