



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**

**“INERCIA COLÓNICA EN PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS, CON  
DIAGNÓSTICO INICIAL DE ABDOMEN AGUDO”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Sailema Sailema, Gabriela Ximena

Tutor: Dr. Esp. Arguello Guanotasig, Santiago Alexis

Ambato - Ecuador

Octubre 2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso Clínico sobre el tema: “INERCIA COLÓNICA EN PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO INICIAL DE ABDOMEN AGUDO” de Gabriela Ximena Sailema Sailema, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre 2016

## **EL TUTOR**

.....

Dr. Esp. Arguello Guanotasig, Santiago Alexis

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico; **“INERCIA COLÓNICA EN PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO INICIAL DE ABDOMEN AGUDO”**, como también los contenidos presentados, ideas, análisis y síntesis son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este Trabajo de Grado.

Ambato, Septiembre 2016.

### **LA AUTORA**

.....  
Saillema Saillema, Gabriela Ximena

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Septiembre 2016.

## **LA AUTORA**

.....  
Saillema Saillema, Gabriela Ximena

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre **“INERCIA COLÓNICA EN PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO INICIAL DE ABDOMEN AGUDO”** de Gabriela Ximena Sailema Sailema estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre 2016

Para constancia firman

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

.....  
PRESIDENTE

## DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado al ser supremo “Dios” y a la Virgen, que me han brindado la dicha de vivir, derramando bendiciones en mi camino y colocando ángeles en mi vida.

A mis padres Blanca y Luis, que han sido pilar fundamental en mi desarrollo tanto personal, como estudiantil los cuales han sabido guiarme, aconsejarme, ser mi fuerza en momentos de adversidad y han compartido conmigo las alegrías de esta larga travesía.

A mis abuelitos, mis segundos padres, en especial a mi Mamita Carmen quien me ha brindado su amor incondicional, sus regaños cuando han sido necesarios y sus consejos llenos de sabiduría.

A mi hermano Xavier, amigo de travesuras, juegos, aventuras y arrebatos, el mismo que me brindo el mejor regalo de la vida, mi pequeña sobrina Estefanía, la alegría de nuestro hogar.

A Jhony mi compañero de locuras, alegrías, lágrimas, él que siempre me ha brindado una palabra de aliento y amor en el momento indicado.

Y finalmente a mi fiel y pequeño Shadow, un ser inocente de 4 patitas que me ha regalado su compañía en cada noche de desvelo, a lo largo de mi carrera.

Para ustedes va este trabajo.

Gabriela Sailema.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi Dios y a la Virgencita, que me regalaron múltiples bendiciones, entre ellas a los mejores padres del mundo, seres que han luchado día a día por brindarme lo mejor.

A la prestigiosa Universidad Técnica de Ambato, que me acogió durante los años de formación académica y a cada uno de los docentes que me brindaron sus conocimientos sobre la noble Carrera de Medicina.

A los Doctores Santiago Arguello y Jesús Chicaiza, por guiarme con gran sabiduría en el proceso de investigación.

Al Hospital Provincial Docente Ambato, donde inicié mis primeros pasos en el arte de la Medicina y de igual manera al Hospital Provincial General Latacunga donde tuve el honor de realizar mi internado rotativo.

Mi efusivo agradecimiento a cada una de las personas que han colaborado en mi proceso de formación tanto académico como estudiantil: amigos, compañeros, doctores, a cada uno de ellos los llevaré en mi corazón.

Hoy se cristaliza una meta, pero solo es el inicio de un largo camino lleno de sueños.

Gabriela Sailema

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	viii
RESUMEN.....	x
SUMMARY .....	xii
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
OBJETIVO GENERAL .....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
<b>III. RECOPIACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN .....</b>	<b>7</b>
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS. ....	7
<b>IV. DESARROLLO .....</b>	<b>8</b>
Datos de identificación del paciente.....	8
Antecedentes patológicos personales. ....	8
Antecedentes patológicos familiares .....	9
DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO.....	9
HOSPITALIZACIÓN .....	11
CONSULTA EXTERNA.....	22
REINGRESO .....	22
ANÁLISIS DEL CASO.....	26
DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO .....	31
ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD .....	32
IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS: .....	34
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAS.....	35
PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO .....	37



<b>V. CONCLUSIONES:</b> .....	38
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	40
<b>VII. ANEXOS</b> .....	43
TABLAS DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS.....	44
IMAGENES .....	47

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“INERCIA COLÓNICA EN PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS, CON  
DIAGNÓSTICO INICIAL DE ABDOMEN AGUDO”**

**Autor:** Sailema Sailema, Gabriela Ximena

**Tutor:** Dr. Arguello Guanotásig, Santiago Alexis

**Fecha:** Septiembre del 2016

**RESUMEN**

La inercia colónica se presenta principalmente en mujeres jóvenes y se caracteriza por una severa infrecuencia defecatoria, la que puede alcanzar incluso 1 a 2 deposiciones mensuales.

El presente caso se trata de una paciente femenina de 19 años de edad; Antecedentes Patológicos Personales: Neumonía Bilateral más Convulsiones Febriles, Estreñimiento Crónico más Parasitosis por Ameba Histolytica, Abdomen Obstrutivo; Antecedentes Quirúrgicos: Apendicectomía.

Acude al Servicio de Emergencia del H.P.G.L por presentar hace aproximadamente 2 días como fecha aparente, dolor abdominal, tipo cólico, intenso, escala de EVA (9/10), el mismo que se localiza en epigastrio, se irradia a hipogastrio e hipocondrio derecho y se acompaña de distensión abdominal y nauseas, refiere que este dolor apareció luego de la ingesta de sopa de pollo más agua aromática.

Al examen físico paciente consciente, orientada, afebril, álgica; Abdomen: se observa cicatriz quirúrgica de aproximadamente 3 centímetros de longitud localizada en fosa iliaca derecha, abdomen distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos en todo el marco colónico, presencia de timpanismo a la percusión, abdomen no depresible, doloroso a la palpación y profunda generalizada, sin signos de irritación peritoneal.

Es valorada en Emergencia por la guardia de Cirugía General quienes solicitan exámenes complementarios y deciden su ingreso en el servicio de Cirugía Mujeres con diagnóstico presuntivo de Abdomen Agudo Obstructivo.

Posterior a la realización de exámenes complementarios, más cuadros repetitivos de estreñimiento y evaluación clínica de la paciente, se diagnostica Inercia Colónica, por lo cual se decide realizar tratamiento quirúrgico: hemicolectomía izquierda + anastomosis colorectal termino terminal + omentectomía parcial + colocación de drenaje; durante la laparotomía se encuentra: colon izquierdo aumentado de tamaño y longitud.

Evolución postoperatoria favorable, por lo que a los 29 días de hospitalización se decide alta en buenas condiciones generales y control por consulta externa.

**PALABRAS CLAVES:** ESTREÑIMIENTO\_CRÓNICO, DISTENSIÓN\_ ABDOMINAL, ABDOMEN\_ OBSTRUCTIVO, INERCIA\_ COLÓNICA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**“INERTIA IN FEMALE PATIENT COLON 19, INITIALLY DIAGNOSED  
ACUTE ABDOMEN”**

**Author:** Sailema Sailema, Ximena Gabriela

**Tutor:** Dr. Arguello Guanotasig, Santiago Alexis

**Date:** September 2016

**SUMMARY**

Colonic inertia occurs primarily in young women and is characterized by severe defecation infrequency, which can reach even one to two monthly depositions.

This case is a female patient 19 years old; Pathologic Personal Background: Pneumonia Bilateral more Febrile Seizures, chronic constipation more parasitosis by Ameba Histolytica, Abdomen Obstructive; Surgical Background: Appendectomy.

Attends the H.P.G.L to present about 2 days as apparent date, abdominal pain, cramping, intense, EVA scale (9/10), does the same that is located in epigastric, lower abdomen and radiates right upper quadrant and is accompanied by bloating and nausea refers this pain then appeared intake of chicken soup more aromatic water

Physical examination patient conscious, oriented, afebrile, algica; Abdominal surgical scar about 3 centimeters in length located in the right iliac fossa, distended abdomen, bowel sounds decreased in the entire large bowel, presence of tympanic to percussion,

nonpitting abdomen, painful on palpation and generalized depth is observed, without signs of peritoneal irritation.

It is worth emergency surgery guard who request additional examinations and decide their income in general surgery with partial presumptive diagnosis of acute obstructive abdomen.

After conducting further investigations, more repetitive representations of constipation and clinical evaluation of the patient, Inertia Colonic diagnosed, so we decided to perform surgical treatment: left hemicolectomy + anastomosis colorectal term omentectomy + terminal + partial placement of drainage; during laparotomy is: left colon increased in size and length.

Favorable postoperative course so the 29 days of hospitalization is decided hospital in good general conditions and outpatient control.

**KEY WORDS:** CHRONIC\_CONSTIPATION, BLOATING, ABDOMINAL\_ OBSTRUCTION, COLONIC\_ INERTIA

## I. INTRODUCCIÓN

El cuadro de inercia colónica o también llamado estreñimiento de tránsito lento se presenta principalmente en mujeres jóvenes,<sup>(1)</sup> habitualmente el problema inicia desde la pubertad y en algunos individuos los factores dietéticos y culturales juegan un papel en la génesis de este problema. Se caracteriza por una severa infrecuencia defecatoria,<sup>(2)</sup> la que puede alcanzar incluso 1 a 2 deposiciones mensuales.<sup>(5)</sup>

Se debe a un trastorno de propulsión, en el cual se altera la musculatura lisa colónica asociado o no a una alteración del mecanismo de expulsión fecal, en el que participa la musculatura estriada del suelo pélvico.<sup>(3)</sup> Se caracteriza por la disminución del número de contracciones amplias, disminución de los movimientos de masa característicos del colon y aumento del tiempo de permanencia de los residuos en el colon.<sup>(4)</sup>

En pacientes con inercia colónica la materia fecal puede quedar depositada en el colon derecho o en la porción media del colon sin progresar adecuadamente al colon rectosigmoide, el mismo que cumple el proceso de la defecación.<sup>(8)</sup>

En ciertas ocasiones, la inercia colónica se acompaña de trastornos en la motilidad del tracto gastrointestinal superior incluyendo vaciamiento gástrico enlentecido y pseudo-obstrucción intestinal.<sup>(6)</sup> Además se asocia a dolor y distensión abdominal.<sup>(7)</sup>

Existe una variedad de condiciones que pueden causar enlentecimiento de la actividad colónica.<sup>(9)</sup> Medicamentos tales como antihipertensivos, analgésicos que contienen opioides, antidepresivos, antipsicóticos y anticolinérgicos, pueden enlentecer la actividad colónica.

Dentro de las pruebas que se requieren en el diagnóstico de la inercia colónica encontramos:<sup>(10)</sup>

Enema Opaco: Se utiliza para ver el colon, su tamaño y si existe otra anormalidad que produzca síntomas similares a los de la Inercia, pero que tenga un tratamiento diferente.<sup>(11)</sup>

Fibrocolonoscopia: Consiste en ver el colon directamente introduciendo un tubo flexible con una luz en la punta a través del ano para ver directamente la mucosa del colon.<sup>(12)</sup>

Tiempo de Tránsito Colónico: Corresponde al examen de mayor utilidad, es una prueba sencilla que permite estudiar la velocidad a la que pasan las heces a través del colon.<sup>(13)</sup> Normalmente, en la inercia colónica todo el colon funciona lentamente.

Manometría Anorrectal: Sirve para estudiar los movimientos de la zona rectoanal y ver si existe alguna anormalidad a este nivel que cause estreñimiento y que se pueda corregir.<sup>(14) (6)</sup>

Proporciona información sobre la actividad motora del segmento anorrectal. El principal objetivo de su realización es descartar la enfermedad de Hirschsprung en adultos, condición caracterizada por la ausencia de reflejo rectoanal inhibitorio. Puede en otros casos mostrar una presión esfinteriana basal alta, lo que es sugerente de una condición conocida como anismus o contracción paradójal del músculo puborrectal.

Manometría Colónica: Es una prueba que estudia los movimientos del colon.<sup>(18)</sup> Es una técnica de la que se dispone en pocos centros.<sup>(15)</sup>

Manometría Gastrointestinal: Es una prueba que estudia los movimientos del estómago y del intestino delgado. En los casos de inercia colónica sirve para ver si el trastorno de los movimientos está limitado al colon o afecta también al intestino delgado.<sup>(16)</sup>

Test de Expulsión del Balón: Se realiza generalmente en asociación a la manometría anorrectal. Estima la función y coordinación motora, midiendo subjetivamente la fuerza adicional necesaria para evacuar un balón de 50 ml desde la ampolla rectal. Este procedimiento, que confirma la incapacidad para defecar, es usado en el diagnóstico diferencial entre causas funcionales y neurológicas de constipación. Se considera un examen simple y barato, pero de utilidad limitada.<sup>(14)</sup>

Defecografía: Proporciona información tanto morfológica como funcional acerca del vaciamiento rectal. Valora el grado de apertura del ángulo anorrectal y el descenso del suelo pélvico durante la defecación. Permite asimismo detectar alteraciones como rectocele, invaginación, enterocele, prolapso rectal o disfunción del suelo pélvico<sup>5</sup>.

Cinedefecografía: también llamada videodefecografía, consiste en el estudio dinámico y estático del acto de la evacuación, permitiendo la evaluación anatómico funcional de la patología del piso pelviano.

Una vez diagnosticada la Inercia Colónica el tratamiento se basará en:

Dieta: Es aconsejable seguir una dieta normal rica en fibra, teniendo en cuenta que el exceso de fibra de la dieta o en forma de suplementos puede producir flatulencia. Si no existe afectación de otros tramos no se necesitarán otras modificaciones de la dieta.



(18). Si existe afectación, se modificará la dieta dependiendo del segmento más afectado. (5)

Medicación: Se utilizaran laxantes, generalmente en dosis altas, como tratamiento único asociado a medicamentos que aumentan la capacidad de contraerse del intestino. (18)

Cirugía: Intervención de Malone o procedimiento de ACE (enema anterógrado continente): consiste en poner un tubo fino a través del apéndice en el intestino grueso y pasar una solución laxante para producir deposiciones. Puede realizarse en pacientes que no van bien con medicación, a los que no se puede hacer colectomía. (18)

Colectomía: Según algunos autores el tratamiento de elección de la inercia colónica corresponde a colectomía subtotal, con tasas de éxito que oscilan entre un 50 a 100%. (17)

En general se describe a la colectomía total con ileorrectoanastomosis (CT + IRA) como la intervención más ampliamente aceptada, con un 89% de éxito. Las complicaciones de la colectomía total son frecuentes, entre las que destacan la diarrea (10 a 40%) y obstrucción de intestino delgado (17%).

La laparoscopia como alternativa quirúrgica comenzó a realizarse recién en el año 1991, sin embargo los primeros reportes de colectomía total laparoscópica se realizaron sólo después del año 2002. Existen diversos estudios que sugieren que es segura, donde las complicaciones intraoperatorias no varían significativamente respecto a la técnica abierta, con un mejor resultado cosmético, menor dolor postoperatorio y acortamiento en el inicio del tránsito intestinal en un promedio de 1 a 2 días. Puede ocasionar tiempos operatorios más prolongados e incremento de los

costos, los que pueden ser compensados con el acortamiento de la estancia intrahospitalaria.<sup>(19)</sup>

Además se puede emplear técnicas como biorretroalimentación o biofeedback.

Consiste en una reeducación neuromuscular, involucra el entrenamiento del paciente usando un equipo especial para relajar los músculos del piso pélvico y los esfínteres anales, más del 90% de los pacientes tienen respuesta satisfactoria al tratamiento con Biofeedback.

En el presente caso se aborda el cuadro clínico de una paciente con antecedentes personales de estreñimiento crónico en repetidas ocasiones, la misma que luego de su último ingreso y su estudio a profundidad, se llegó a diagnosticar una patología que para muchos médicos es desconocida.

Los beneficiarios de este estudio somos los médicos en formación, los médicos de atención primaria, el paciente y la familia por lo que considero de interés el análisis del presente caso clínico.

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar el cumplimiento de los métodos diagnósticos y el manejo específico en relación a la Inercia Colónica.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las posibles causas que desencadenen la Inercia Colónica.
- Determinar los exámenes complementarios de mayor importancia para el diagnóstico de Inercia Colónica.
- Demostrar la efectividad del tratamiento empleado en el presente caso.

### **III. RECOPIACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN**

#### **DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.**

1. Historia Clínica del paciente: solicitada en el servicio de estadística del Hospital Provincial General Latacunga, en la cual se obtuvo la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, cuadro clínico y tiempo de permanencia en hospitalización, manejo quirúrgico, características de la atención e identificación de puntos crítico durante el tratamiento.
2. Entrevista con un familiar del paciente (madre): muy útil en la recopilación completa de los datos y consentimiento para el seguimiento y presentación del presente caso.
3. Entrevista al médico tratante: El médico especialista que fue consultado y además sigue el caso por el servicio de Consulta Externa de Cirugía.
4. Guías de manejo sobre estreñimiento actualizadas que ayuden a identificar el manejo y tratamiento
5. Revisiones Bibliográficas, Linkografía, y Base de Datos de la Universidad Técnica de Ambato, para la actualización teórica de la patología presentada en el paciente.

## **IV. DESARROLLO**

### **Datos de identificación del paciente.**

El siguiente caso a analizar se trata de una paciente femenina de 19 años de edad, Nacida el 10 de Agosto de 1996 en el Cantón Pujilí, Barrio la Victoria, lugar donde reside actualmente, Mestiza, Soltera, Católica, Diestra, Instrucción Secundaria Completa, Grupo sanguíneo ORH +, Ocupación Quehaceres Domésticos.

### **Antecedentes patológicos personales.**

#### **Clínicos**

- Neumonía Bilateral, más Convulsiones Febriles, a los 3 años 8 meses de edad, hospitalizada por 10 días.
- Estreñimiento Crónico, más parasitosis por Ameba Histolytica, a los 14 años de edad, hospitalizado por 5 días.
- Estreñimiento Crónico a los 18 años 9 meses, hospitalizado por 8 días.
- Abdomen Obstructivo a los 18 años 10 meses, hospitalizada por 14 días.
- Abdomen Obstructivo a los 19 años 3 meses, hospitalizado por 4 días.

#### **Quirúrgicos**

- Apendicectomía a los 18 años 7 meses de edad, hospitalizada por 4 días.

#### **Traumatológicos**

- No refiere

### **Hábitos**

- Alimentación: 3 veces al día
- Micción: 3 a 4 veces al día
- Defecación: 1 vez a la semana o a las 2 semanas.
- Sueño: 6 a 8 horas
- Alergias: ninguna
- Tabaco: no refiere
- Alcohol: no refiere

### **Antecedentes patológicos familiares**

- Madre y abuela paterna diagnosticados con Hipertensión Arterial.
- Abuelo materno diagnosticado con Insuficiencia Renal.
- Abuela materna diagnosticada con Cáncer de estómago.

## **DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO**

Inicio de sintomatología: 12 de noviembre del 2015 (21:30)

Paciente con antecedentes de estreñimiento desde los 14 años de edad.

**Motivo de Consulta:** Dolor abdominal

**Enfermedad actual:** Paciente acude al Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Latacunga por presentar hace aproximadamente 2 días como fecha aparente, dolor abdominal, tipo cólico, intenso, escala de EVA (9/10), el mismo que se localiza en epigastrio, se irradia a hipogastrio e hipocondrio derecho y se acompaña de distensión abdominal y nauseas, refiere que este dolor apareció luego de la ingesta de sopa de pollo más agua aromática.

## EXAMEN FÍSICO

### Signos vitales:

Temperatura	Saturación de oxígeno	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria
36.5	96%	94 por minuto	20 por minuto.

### Medidas antropométricas:

Peso	Talla	IMC
50	1.60	19.53

1. **Apariencia general:** Paciente consciente, orientada, afebril, algica.
2. **Abdomen:** Se observa cicatriz quirúrgica de aproximadamente 3 centímetros de longitud localizada en fosa iliaca derecha, abdomen distendido, ruido hidroaéreos disminuidos en todo el marco colónico, presencia de timpanismo a la percusión, abdomen no depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda generalizada, sin signos de irritación peritoneal.
3. **Región Genital:** secreción blanquecina grumosa de mal olor en abundante cantidad que mancha el interior.
4. **Tacto Rectal:** no se realiza.

**Valoración por Cirugía:** 12 de noviembre del 2015 Hora: 22:55

Paciente con múltiples ingresos por cuadros de distensión abdominal, hoy en su hogar presenta nuevo cuadro de distensión y dolor abdominal, motivo por el que acude a esta casa de salud.

**Impresión Diagnóstica:** Abdomen Agudo Obstrutivo

**Plan:** ingreso, analgesia, hidratación.

**Indicaciones:**

1. Ingreso a cirugía
2. Nada por vía oral
3. Colocación de sonda nasogástrica
4. Control de signos vitales
5. Solución salina al 0.9% 1000 ml intravenoso a 110 ml intravenoso hora
6. Tramal 50 miligramos intravenoso cada 8 horas
7. N. butilescopolamina 20 ml intravenoso cada 8 horas
8. Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas
9. Omeprazol 40 mg intravenoso día
10. Exámenes de laboratorio. ( Ver Tabla 1 y 2)
11. Radiografía de abdomen en 2 posiciones. ( Ver imagen 1)

Los exámenes de laboratorio se encontraron dentro de parámetros normales y en la radiografía se observa abundante contenido fecal.

**HOSPITALIZACIÓN****Evolución (13 de noviembre del 2015)**

Día de hospitalización: 1

Diagnóstico: Abdomen Agudo Obstructivo Parcial.

Paciente consciente, orientada, refiere molestias por presencia de sonda nasogástrica por la cual se procedió a su retiro. Al examen físico: abdomen globoso, doloroso a la palpación en mesogastrio.

Tratamiento: continuar esquema terapéutico.



### **Evolución (14 de noviembre del 2015)**

Día de hospitalización: 2

Diagnóstico: Abdomen Agudo Obstructivo Parcial.

Paciente refiere dolor abdominal intenso, localizado en mesogastrio, acompañado de disminución de la frecuencia urinaria, secreción vaginal de mal olor, cefalea de gran intensidad y dolor articular.

Al examen físico: abdomen distendido, duro, doloroso a la palpación generalizada de mayor intensidad en hipocondrio derecho que se irradia hacia región lumbar del mismo lado.

Se decide reajustar tratamiento:

1. Dextrosa al 5% en solución salina al 0.9%, más electrosol potasio 15 ml intravenoso a 125 ml.
2. Ambulatoria.
3. Colocar glicerina en tableta intrarectal.

### **Evolución (15 de noviembre del 2015)**

Día de hospitalización: 3

Diagnóstico: Abdomen Agudo Obstructivo Parcial.

Paciente refiere cefalea y dolor abdominal moderado, localizado en mesogastrio, refiere que realiza deposición por una ocasión pero en escasa cantidad. Al examen físico: abdomen tenso, ligeramente depresible, doloroso a la palpación difusa, ruidos hidroaéreos disminuidos.

Tratamiento:

1. Continuar esquema terapéutico.
2. Tramitar colonoscopia.

3. Tramitar tránsito intestinal por trabajo social.

### **Evolución (18 de noviembre del 2015)**

Día de Hospitalización: 6

Diagnóstico: Abdomen Agudo Parcial Obstructivo, más descartar Inercia Colónica.

Paciente consciente orientada, afebril, refiere ligero dolor abdominal en epigastrio. Al examen físico: abdomen duro, levemente distendido, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, ruidos hidroaéreos disminuidos.

Tratamiento:

1. Conservar esquema terapéutico.
2. B-Dex 1000 ml intravenoso cada 24 horas.

### **Evolución (19 de noviembre del 2015)**

Día de hospitalización: 7

Diagnóstico: Abdomen Agudo Parcial Obstructivo, más Inercia Colónica.

Se discute el caso en la junta médica, con las siguientes conclusiones: realizar tránsito intestinal, solicitar interconsulta al Servicio de Gastroenterología, valorar resección colónica.

Tratamiento:

1. Interconsulta a Gastroenterología.

**VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA:** Paciente femenina de 19 años que refiere presentar distensión abdominal, más intenso dolor abdominal localizado en el hipocondrio izquierdo y náuseas. Al examen físico: se realiza tacto rectal en el que se aprecia esfínter anal normal, ampolla rectal normal con impactación fecal semilíquida.

Impresión Diagnóstica: Síndrome de Intestino Irritable.

RESULTADO DE COLONOSCOPIA: Restos fecaloides en abundante cantidad, lo que no permiten continuar con procedimiento en ángulo esplénico y colon transverso. Insuflación inadecuada y mucho dolor. (Ver imagen 2)

### **Evolución (23 de noviembre del 2015)**

Día de hospitalización: 11

Diagnóstico: Abdomen Agudo Obstructivo, más Inercia Colónica

Paciente refiere dolor abdominal de moderada intensidad. Al examen físico: abdomen suave, depresible ligeramente doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo y mesogastrio, ruidos hidroaéreos presentes

Tratamiento:

1. Dieta blanda más fibra vegetal.
2. Dextrosa al 5% en solución salina al 09% 1000 ml más 10 ml de potasio intravenoso a 125 ml hora.
3. Omeprazol 40 mg intravenoso día.
4. Metamizol 1 gr intravenoso cada 8 horas.
5. Pendiente resultado de tránsito intestinal.

### **Evolución (24 de noviembre del 2015)**

Día de hospitalización: 12

Diagnóstico: Abdomen Agudo Obstructivo, más Inercia Colónica

Tiempo de Tránsito Colónico: el recorrido de contraste desde el ciego hasta el recto, se tardó aproximadamente 72 horas (Ver imagen 3, 4 y 5)

Médicos del servicio discuten sobre caso clínico de paciente y se decide iniciar preparación para hemicolectomía izquierda.

Tratamiento:

1. Enema fleet en este momento.
2. NULYTELY 1 sobre vía oral, cada día, por 2 días
3. Dieta líquida amplia y líquidos.
4. Domingo iniciar eritromicina 500 mg vía oral cada 8 horas.

### **Evolución (26 de noviembre del 2015)**

Día de hospitalización: 14

Diagnóstico: Abdomen Agudo obstructivo, más Inercia Colónica

Paciente asintomático. Al examen físico: abdomen no doloroso a la palpación.

Tratamiento:

1. Dieta líquida amplía.
2. NULYTELY 1 sobre cada día.
3. Nada por vía oral desde el viernes 27 de noviembre.
4. Suspender eritromicina.
5. Chequeo cardiológico.
6. Parte operatorio.
7. Consentimiento informado
8. Exámenes de laboratorio. ( Ver tabla 3 y 4 )
9. Cirugía 2 de diciembre del 2015.

### **Evolución (27 de noviembre del 2015)**

Día de hospitalización: 15

Diagnóstico: Abdomen Agudo Obstructivo, más Inercia Colónica

Paciente asintomática. Al examen físico: abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.

Tratamiento: continuar esquema terapéutico.

En la visita nocturna paciente presenta dolor abdominal localizado en epigastrio, sin otra sintomatología, se decide administrar omeprazol 20 miligramos vía oral cada 12 horas.

### **Evolución (29 de noviembre del 2015)**

Día de hospitalización: 17

Diagnóstico: Abdomen Agudo Obstructivo, más Inercia Colónica.

Paciente asintomática. Al examen físico: abdomen ligeramente distendido con leve dolor a nivel de marco colónico izquierdo, ruidos hidroaéreos presentes.

Tratamiento:

1. Nada por vía oral a partir de 22:00
2. Ordenes de cardiología.
3. Cirugía 2 de diciembre del 2016.
4. Omeprazol 20 mg vía oral cada 12 horas.

EVOLUCIÓN DE CARDIOLOGÍA: paciente en condiciones estables, sin patología aparente, se realiza control de exámenes de laboratorio y ecocardiograma, los mismos

que se encuentran dentro de parámetros normales, ASA II, no existe contraindicaciones para la cirugía.

### **Evolución (02 de diciembre del 2015)**

Día de hospitalización: 21.

Diagnóstico: Abdomen Agudo Obstructivo, más Inercia Colónica

Paciente descansa tranquila, abdomen: suave, depresible, ligeramente doloroso a la palpación en marco colónico izquierdo.

Tratamiento: bajar al quirófano a hora indicada.

### **NOTA POSTQUIRURGICA (Ver imagen 6 y 7)**

Diagnóstico prequirúrgico: Inercia Colónica

Diagnóstico posquirúrgico: Inercia Colónica

Cirugía proyectada: Hemicolectomía Izquierda

Cirugía realizada: Hemicolectomía Izquierda + Anastomosis Colorectal Terminal Terminal + Omentectomía Parcial + Colocación de Drenaje.

Hallazgos:

1. Colon izquierdo aumentado de tamaño y longitud. (Ver imagen 8)
2. No adenopatías en cavidad abdominal.
3. Restos de órganos intraabdominales macroscópicamente normales.

Dren: si de penrose en cavidad

Sangrado: 50 cc aproximadamente.

Material blanco: completo

Histopatológico: colon izquierdo.

Tipo de anestesia general.

#### INDICACIONES:

1. Nada por vía oral (0/3)
2. Control de signos vitales cada 6 horas
3. Control de ingesta y excreta estricto.
4. Diuresis horaria
5. Control de cuantificación y drenaje
6. Semifowler
7. Sonda nasogástrica a caída libre
8. Oxígeno a cánula nasal a 2 litros por minuto
9. Lactato Ringer 1000 ml intravenoso en 24 horas.
10. Tramadol 200 mg + solución salina al 0.9% 250 ml, pasar en bomba de infusión intravenoso a 8 ml/ hora, (pasar máximo hasta 10 ml / hora según tolerancia de dolor del paciente).
11. Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas.
12. Ceftriaxona 1 gr intravenoso cada 12 horas
13. Omeprazol 40 mg intravenoso día.
14. Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas.
15. Enoxaparina 40 mg subcutáneo día.
16. Biometría Hemática (Ver tabla 5)

### **Evolución nocturna (02 de Diciembre del 2015)**

Paciente al momento refiere dolor abdominal a nivel de herida quirúrgica, suave depresible, doloroso a la palpación a nivel de herida, presencia de apósito manchado con líquido serohemático.

Tratamiento: continuar esquema terapéutico, añadir

1. Fisioterapia respiratoria.
2. Incentivometro.
3. Curación cada día.
4. Ondasentrón 4 mg intravenoso en ese momento.

### **Evolución (3 de diciembre del 2015)**

Día de hospitalización: 22

Día Posquirúrgico: 1

Diagnóstico: Inercia Colónica

Paciente al momento refiere dolor de gran intensidad, a nivel de sitio quirúrgico que impide que descanse con tranquilidad. Al examen físico: abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación a nivel de sitio quirúrgico. Ruidos hidroaéreos presentes.

Tratamiento: continuar esquema terapéutico, cambiar hidratación.

1. Dextrosa al 5% 1000 ml intravenoso, cada 12 horas.

### **Evolución (4 de diciembre del 2015)**

Día de hospitalización: 23

Día posquirúrgico: 2



Diagnóstico: Inercia Colónica

Paciente refiere dolor abdominal a nivel de cuello y contractura muscular. Abdomen suave, depresible, presencia de herida quirúrgica cubierta con apósito manchado de líquido serohemático.

Tratamiento: continuar esquema terapéutico, añadir:

- 1.- Dextrosa en solución salina, más 10 ml de electrosol potasio, pasar 1000 ml intravenoso cada 12 horas.
- 2.-Metamizol 1.5 gr intravenoso cada 8 horas.

### **Evolución (5 de diciembre del 2015)**

Día de hospitalización: 24

Días posquirúrgico: 3

Diagnóstico: Inercia Colónica

Paciente refiere dolor a nivel de herida supraumbilical. Al examen físico: abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos presentes, presencia de apósito y drenaje en hipocondrio derecho con contenido serohemático.

Tratamiento: mantener las mismas indicaciones, iniciar dieta

- 1.-Dieta líquida estricta.
- 2.-Elemental y microscópico de orina (Ver tabla 6)

### **Evolución (07 de diciembre del 2015)**

Día de hospitalización: 26

Día posquirúrgico: 5

Diagnóstico: Inercia Colónica

Paciente al momento paciente asintomática, hemodinamicamente estable, abdomen suave depresible, no doloroso a la palpación, apósitos ligeramente manchados. Cambiar esquema terapéutico.

Tratamiento:

1.-Dieta blanda.

2.-Ambulatorio.

3.- Dextrosa al 5% en Solución Salina al 0.9% 1000 ml, más 10ml de cloruro de potasio, pasar intravenoso cada 12 horas.

4.-Paracetamol 1 gr intravenoso cada 8 horas.

5.-Omperazol 20 mg vía oral día.

#### **07 de diciembre del 2015 Hora: 17:00**

Paciente refiere dolor abdominal moderado, localizado en mesogastrio, escala de Eva 5/10, por lo cual se decide suspender dieta y ambulatorio.

#### **Evolución (10 de Diciembre del 2015)**

Día de hospitalización: 29

Día posquirúrgico: 8

Diagnóstico: Inercia Colónica.

Paciente asintomática, en adecuado estado general, buena tolerancia oral, abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.

Se decide alta y controles periódicos por consulta externa de Cirugía:

Indicaciones:

1.-Alta.

2.-Ibuprofeno 400 mg vía oral, cada 8 horas.

3.- Dieta rica en fibra.

## **CONSULTA EXTERNA**

### **Evolución (10 de Enero del 2016)**

Paciente acude a control con signos vitales normales, asintomática, abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, con herida en buenas condiciones generales, sin signos de infección.

Paciente acude con resultado de Histopatológico de Colon Izquierdo que reporta:

A. ESTUDIO MACROSCÓPICO: Rotulado colon izquierdo: Se recibe segmento que mide 37 cm de longitud por 48cm de diámetro, la serosa es violácea deslustrada al corte espesor de la pared de 0.3 a 0.5 cm de mucosa pardusca amarillenta con pliegues ligeramente aplanados. No se identifican lesiones.

B. CALIDAD DE LA MUESTRA: Satisfactoria.

C. ESTUDIO MICROSCÓPICO: Los cortes muestran mucosa de colon con arquitectura conservada de estructuras glandulares, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con folículos linfoides reactivos conservados, edema y congestión de la submucosa, leve disminución de células ganglionares.

D. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA: Proceso inflamatorio crónico de Colon Izquierdo. (Ver imagen 10)

## **REINGRESO**

(16 de Abril del 2016. Hora: 20:35)

Paciente ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Latacunga debido a que hace aproximadamente 2 horas sin causa aparente, presenta dolor abdominal, tipo cólico, de moderada intensidad, escala de EVA (5/10), el mismo que

se localiza en mesogastrio, sin irradiación, que se acompaña de náusea, distensión abdominal y además no realiza deposiciones por varios días, por lo cual acude.

Al examen físico: signos vitales dentro de parámetros normales; Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos ligeramente disminuidos, presencia de timpanismo a la percusión, depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

Se solicita valoración al Servicio de Cirugía General, los mismos que indican ingreso a Cirugía Mujeres con las siguientes indicaciones:

1. Nada por vía oral.
2. Control de signos vitales.
3. Colocación de sonda nasogástrica.
4. Lactato Ringer 1000 ml intravenoso cada 12 horas.
5. Tramal 60 mg intravenoso cada 8 horas.
6. Biometría hemática.( Ver tabla 7)
7. Radiografía de abdomen en 2 posiciones.( Ver imagen 9)
8. Enema fleet en ese momento.

## **HOSPITALIZACIÓN**

### **Evolución (17 de Abril del 2016)**

Día de hospitalización: 1

Diagnóstico: dolor abdominal, más estreñimiento

Paciente consiente, orientada, afebril, álgica, refiere dolor abdominal, de moderada intensidad. Al examen físico: abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, ruidos hidroaéreos disminuidos. Se decide cambiar hidratación.

Tratamiento:

1. Dextrosa al 5 % en solución salina 1000 ml, más una ampolla de potasio, intravenoso cada 8 horas.
2. Metoclopramida 10 mg intravenoso, cada 8 horas.

### **Evolución (19 de Abril del 2016)**

Día de hospitalización: 3

Diagnóstico: dolor abdominal, más estreñimiento.

Paciente refiere dolor abdominal de leve intensidad, abdomen ligeramente distendido, doloroso a la palpación en mesogastrio e hipocondrio izquierdo, ruidos hidroaéreos presentes.

Tratamiento: continuar indicaciones, añadir a terapia

1. Dieta blanda.
2. Enzimas digestivas ,1 capsula vía oral cada 8 horas.

### **Evolución (20 de Abril del 2016)**

Día de hospitalización: 4

Diagnóstico: dolor abdominal, mas estreñimiento

Paciente consiente, orientada, afebril, en buen estado general, con buena tolerancia oral. Al examen físico: abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes

Indicaciones:

1. Alta.
2. Dieta hipo grasa y rica en fibra.

## ANÁLISIS DEL CASO:

El estreñimiento crónico constituye un importante problema de salud pública; es el trastorno de la función intestinal más frecuente y también es el principal motivo de consulta al cirujano. <sup>(5)</sup>La prevalencia oscila entre un 1.2 a un 34%. Se reporta que afecta entre un 21 al 38% de las mujeres y un 8 al 12% de los hombres. Este claro predominio en el sexo femenino se explica probablemente por mecanismos hormonales, lesión de los nervios pudendos en los partos o influencias socioculturales. Así en la actualidad, para el diagnóstico de estreñimiento crónico se aplican los criterios de Roma (Ver tabla 8), que se basan en la presencia de manifestaciones clínicas relacionadas con la manera que tiene el paciente de percibir la defecación, con la frecuencia y consistencia de las heces y con la necesidad de ayuda manual para lograr una defecación satisfactoria. <sup>(6)</sup>

El estreñimiento puede ser la expresión de diversas situaciones clínicas, que pueden esquematizarse en dos grandes grupos: <sup>(2)</sup>

- 1.-Secundario a causas estructurales cólicas y rectales, a enfermedades sistémicas o a la administración de distintos fármacos.
- 2.-Idiopático o crónico funcional.

A su vez, el estreñimiento crónico funcional puede dividirse, desde el punto de vista fisiopatológico, en tres grupos:

- 2.1.-Con tránsito colónico normal.
- 2.2.-Con tránsito colónico lento.
- 2.3.- Por disfunción de la defecación.

En el presente caso nos enfocaremos en el estudio de estreñimiento crónico con tránsito colónico lento o Inercia Colónica.

El cuadro de Inercia Colónica, o también llamado estreñimiento de tránsito lento, se presenta principalmente en mujeres jóvenes y se caracteriza por una severa infrecuencia defecatoria, la que puede alcanzar incluso una a dos deposiciones mensuales. Además se asocia a dolor y distensión abdominal. <sup>(25)</sup>

Se debe a un trastorno de propulsión, en el cual se altera la musculatura lisa colónica, asociado o no a una alteración del mecanismo de expulsión fecal, en el que participa la musculatura estriada del suelo pélvico. <sup>(21)</sup>Se caracteriza por la disminución del número de contracciones amplias, disminución de los movimientos de masa característicos del colon y aumento del tiempo de permanencia de los residuos en el colon.

Para el diagnóstico de Inercia Colónica en nuestro paciente se solicitó el tiempo de Tránsito Colónico que corresponde al examen de mayor utilidad para determinar presencia de alteraciones de la motilidad colónica. Es verdad que existen muchas técnicas que miden los tiempos de tránsito por el colon, pero los dos objetivos principales de esta prueba comprenden el establecimiento de los valores del tránsito por todo el intestino y por los segmentos intestinales.

Consiste en medir el tránsito oro-anal mediante la ingestión de marcadores radio-opacos. Previo al examen se debe vaciar el recto, ya que su ocupación retarda el tránsito. Se administra una cápsula con 24-25 marcadores, posterior a lo cual la dieta debe ser rica en fibras y no deberán usarse laxantes, enemas o medicamentos que alteren la motilidad intestinal. <sup>(25)</sup> Al 5°-7° día se toma una Radiografía de abdomen simple, donde normalmente los marcadores deben haber sido eliminados en un 80%. De esta forma se puede evidenciar una falta de avance adecuado de los marcadores en el colon o una distribución parcializada de estos. Así como la presencia de marcadores distribuidos en forma difusa por el colon o concentrados en colon derecho orienta a inercia colónica. En alteraciones que comprometen la totalidad del tubo

gastrointestinal el estudio se deberá complementar con un tránsito de intestino delgado. Para confirmar el diagnóstico de Inercia Colónica, se requiere actualmente de dos estudios de tránsito colónico.

Posterior al diagnóstico de Inercia Colónica en el caso analizado, se decidió realizar hemicolectomía izquierda + anastomosis colorectal termino terminal + omentectomía parcial + colocación de drenaje.

Dentro de la bibliografía se recomienda, una vez diagnosticado el estreñimiento con tránsito lento: la combinación de laxantes, fibra y soluciones basadas en polietilenglicol. Un nuevo grupo de laxantes, aprobado para su uso durante un tiempo corto, es el de los agonistas de los receptores de 5-HT, que pueden resultar beneficioso y merecen investigarse. <sup>(22)</sup>

Además ciertos pacientes que han sido diagnosticados de Inercia Colónica, pueden emplear la técnica denominada biorretroalimentación o biofeedback.

Consiste en una reeducación neuromuscular, involucra el entrenamiento del paciente usando un equipo especial para relajar los músculos del piso pélvico y los esfínteres anales, más del 90% de los pacientes tienen respuesta satisfactoria al tratamiento con Biofeedback. <sup>(8)</sup>

Es un proceso indoloro que utiliza una computadora y un monitor de vídeo para mostrar las funciones corporales, los sensores especiales miden estas funciones, que se muestran como sonidos que podemos escuchar, o como líneas gráficas, los cuales podemos ver en una pantalla de ordenador. De esta manera, recibimos información (feedback) sobre el funcionamiento de nuestro cuerpo, se requiere un promedio de seis



a ocho sesiones de tratamiento durante un período de tres meses, las mismas que disminuyen a medida que se produzcan mejoras. <sup>(8) (6)</sup>

En cuanto a técnicas quirúrgicas la Cirugía por Inercia Idiopática del colon suscita controversia. La técnica más usada es la colectomía subtotal, con tasas de éxito que oscilan entre un 50 a 100%, con la cual la frecuencia defecatoria aumentó en un 95% después de la cirugía. <sup>(7)</sup>

Pero se describe a la colectomía total con ileorrectoanastomosis como la intervención más ampliamente aceptada, con un 89% de éxito, reportándose un cambio de la frecuencia defecatoria de 1,8 veces por semana a 2,6 veces por día en el postoperatorio. <sup>(23)</sup>

**Colectomía total y subtotal:** En este procedimiento, se ligan y se seccionan los vasos ileocólicos, cólicos derechos, cólicos medios y cólicos izquierdos. Se preservan los vasos hemorroidarios superiores. Cuando es conveniente preservar el sigmoide, se dejan intactos los vasos sigmoideos distales y se realiza una anastomosis entre íleon y colón sigmoideo distal (Colectomía subtotal con anastomosis ileosigmoidea). Cuando es necesario reseca el sigmoideo, se ligan y cortan los vasos sigmoideos y se anastomosa el íleon al recto superior (Colectomía total con anastomosis ileorrectal). Si está contraindicada una anastomosis, se lleva a cabo una ileostomía terminal y el sigmoide o el recto restantes se tratan con una fístula mucosa o una bolsa de Hartmann.

Otra técnica que se puede emplear es la laparoscopia como alternativa quirúrgica comenzó a realizarse recién en el año 1991, sin embargo los primeros reportes de colectomía total laparoscópica se realizaron sólo después del año 2002. <sup>(2)</sup>

**Laparoscopia:** su procedimiento consiste en bajo anestesia general, se coloca en posición de litotomía modificada y se instala sonda vesical, para posteriormente

realizar asepsia y antisepsia. Se inicia cirugía con neumoperitoneo mediante técnica abierta con trócar de Hasson hasta llegar a una presión de 15 mmHg. Se introduce lente de 30° para posteriormente introducir tres trócares de 5 mm en ambos flancos y fosa iliaca izquierda además de un trócar de 12 mm en fosa iliaca derecha, todos bajo visión directa. La posición del cirujano durante la cirugía es móvil, el cirujano, adopta la posición opuesta al lado de la disección, por ejemplo, para la disección del colon derecho el cirujano se coloca del lado izquierdo del paciente. Se realiza laparoscopia inicial, la cual no revela alteraciones morfológicas para posteriormente iniciar con la disección del colon derecho. Se gira la paciente aproximadamente 20° hacia la derecha con el objetivo de alejar las asas de intestino delgado que puedan interferir en la disección. Se identifica la unión rectosigmoidea y traccionándola medialmente se expone la reflexión peritoneal para incidirla con el uso del bisturí armónico abordando el plano avascular sobre la línea blanca de Told. A continuación el sigmoides terminal es levantado para iniciar la disección del mesocolon e identificar la llegada de la arteria mesentérica inferior, la cual una vez identificada es seccionada con el uso de una engrapadora lineal cortante con doble línea de grapas vasculares permitiendo de esta manera movilizar completamente el colon izquierdo. A partir de la sección de la arteria mesentérica inferior, los vasos restantes son satisfactoriamente controlados con el bisturí armónico, lo cual permite continuar la disección hasta aproximadamente la mitad del colon transversal. Una vez movilizado el colon descendente y sigmoides, se inicia la disección del colon derecho. De manera similar al colon izquierdo, se gira el paciente 20° hacia la izquierda y se identifica el ciego y la válvula ileocecal, el cual es el sitio de tracción para exponer nuevamente la línea blanca de Told, con la misma precaución se identifica el promontorio sacro, para iniciar la disección cefálicamente sobre el plano avascular. Antes de continuar con la disección se identifica arteria ileocólica, la cual es seccionada también con el uso de una engrapadora lineal cortante permitiendo la movilización completa del colon derecho en manera similar hasta unir la disección realizada previamente del colon izquierdo. Una vez movilizado el colon en su totalidad, se realiza la sección del sigmoides del recto a nivel de la unión rectosigmoidea. Se tracciona el sigmoides cefálicamente y se introduce nuevamente una engrapadora lineal sobre la unión rectosigmoidea realizando dos disparos, para posteriormente cortar entre ambas líneas de grapas. Posteriormente, se retira el trócar umbilical de Hasson desuflando la cavidad abdominal ampliando la incisión umbilical

hasta aproximadamente 5 cm, se coloca un protector plástico de la herida, y se exterioriza el colon y los últimos centímetros del íleon terminal. Se realiza la resección del íleon de manera convencional extrayendo completamente el colon. Se abre la luz del íleon y se introduce el vástago de una engrapadora circular de 29 mm, la cual se fija en su sitio con una jareta de nylon 000. Se reintroduce el íleon terminal y se cierra la pared abdominal con puntos separados de nylon del 1 respetando el orificio umbilical reintroduciendo el trócar de Hasson. Se restablece el neumoperitoneo y se introduce el engrapador circular a través del ano hasta topar con la línea de grapas del muñón rectal. Con la ayuda de un grasper se dirige el vástago del engrapador hacia el muñón rectal y se inicia casi simultáneamente la salida del punzón del engrapador. El grasper acopla el vástago del engrapador sobre el punzón verificando la dirección de la anastomosis y su correcta alineación. Una vez dirigida la anastomosis se efectúa el disparo del engrapador y se completa la anastomosis. Por último, se inunda el hueco pélvico y se introduce rectosigmoidoscopio insuflando el recto, verificando de esta manera el cierre hermético de la anastomosis. Se verifica la hemostasia del procedimiento y se cierran los orificios aponeuróticos y piel de manera convencional.<sup>24</sup>

Existen diversos estudios que sugieren que es segura, donde las complicaciones intraoperatorias no varían significativamente respecto a la técnica abierta, con un mejor resultado cosmético, menor dolor postoperatorio y acortamiento en el inicio del tránsito intestinal en un promedio de 1 a 2 días. Tienen una menor frecuencia de infección de herida operatoria y eventualmente de íleo mecánico con respecto a la técnica laparotómica. Si bien condiciona tiempos operatorios más prolongados e incremento de los costos, estos últimos pueden ser compensados con el acortamiento de la estancia intrahospitalaria.<sup>(24)</sup>

Como se puede analizar las cirugías recomendadas en el caso de Inercia Colónica son la Colectomía Total, Subtotal o a su vez la Cirugía Laparoscópica, que brindan excelentes resultados y un pronóstico favorable para el paciente.

## DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

1. **Biológicos:** La edad que presenta la paciente es un factor sumamente importante, debido a que dentro de la etiología se mencionan mayor prevalencia de Inercia Colónica en pacientes femeninas y jóvenes.
2. **Ambientales:** La paciente se desarrollaba en un ambiente social un poco hostil, dentro del seno familiar, por lo cual no existe un adecuado diálogo con sus padres impidiendo conocer a fondo cuando comenzó la sintomatología de su patología.
3. **Estilos de vida:** El sedentarismo y alimentación inadecuada, impidieron que sus múltiples cuadros de estreñimiento crónico mejoren, ocasionando recaídas y hospitalizaciones frecuentes.
4. **Sociales:** Al ser una paciente joven y encontrarse en la adolescencia, fue vulnerable a los comentarios, por tal razón fue difícil aceptar su patología, ingerir la medicación y dieta que se le indicó.

## ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

1. **Oportunidad en la solicitud de consulta:** La paciente podía solicitar atención médica en el nivel primario, pero debido a la hora que se presentó la sintomatología tuvo que acudir al Hospital Provincial General Latacunga, es importante recordar que los centros de salud no laboran las 24 horas del día por ende es imposible acceder al mismo durante la noche.
2. **Acceso de la atención médica:** La paciente reside en Pujilí, por lo cual acudía al centro de salud más cercano, no existía complicaciones o limitaciones para llegar al mismo.
3. **Características de la atención:** En el sector de salud se está implementando y evaluando una serie de nuevas estructuras y modelos de gestión administrativos, que permitan la ampliación de cobertura para el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva.

Es así que nuestra paciente en el presente caso es llevada al Hospital Provincial General Latacunga, debido a que la sintomatología se presentó en la noche, horario en el cual los centros de salud no laboran.

Llega al Servicio de Emergencia donde se realizó la historia clínica detallada, se solicitó de exámenes complementarios, e interconsulta al Servicio de Cirugía con el fin de instaurar de manera ágil y oportuna el tratamiento adecuado a la paciente.

En este punto se pueden observar ciertos errores como el no administrar las prescripciones médicas a la hora indicada, no realizar el control de signos vitales, no agilizar la toma de muestras para la realización de los exámenes pertinentes.

Luego de ser valorada por el Servicio de Cirugía, los mismos que deciden su ingreso, la paciente permanece hospitalizada durante 29 días su estancia se alarga debido a la espera de exámenes tramitados por la Red de Salud, los cuales eran necesarios para esclarecer la patología.

Posterior al diagnóstico y resolución de la patología fue necesario solicitar chequeos por consulta externa frecuentes y una falencia fue que la paciente no acudió en ciertas ocasiones.

- 4. Oportunidades de remisión:** La paciente del caso investigado al ser hospitalizada fue valorada minuciosamente en el Servicio de Cirugía, en algún momento se consideró su remisión por criterio de ciertos médicos y por la falta de respuesta de la Red de Salud para la realización de exámenes complementarios, pero al final la paciente afortunadamente recibió el tratamiento quirúrgico que necesitaba en el Hospital Provincial General Latacunga.
  
- 5. Trámites administrativos:** En el presente caso se pudo observar que hubo deficiencias por parte del sistema de Salud, cuando se solicitan exámenes complementarios fuera del alcance del hospital, el tiempo que se espera es excesivamente prologando, retrasando el diagnóstico oportuno de la patología y por ende el tratamiento del mismo.

## **IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS:**

En el presente caso clínico se identificaron varios puntos críticos, dentro de los cuales podemos mencionar:

- Falta de atención en el primer nivel, debido a que los subcentros de salud no laboran las 24 horas y por ende nuestra paciente tuvo que acudir al Hospital Provincial General Latacunga.
- Llenado incompleto de la historia clínica, considerado un documento médico legal, que recoge detalladamente la información del paciente.
- Inadecuado examen físico, es importante recordar que el examen físico incluye la inspección, palpación, percusión y auscultación, pero al hablar de patologías abdominales debemos realizar ciertas modificaciones en su orden con el fin de no alterar los movimientos o ruidos intestinales y crear falsos diagnósticos.
- Falta de conocimiento en el manejo de estreñimiento crónico, el cual ocasiono que nuestra paciente acuda múltiples veces al servicio de salud, pero siempre se realizó un diagnóstico inadecuado.
- Retraso en el tratamiento específico y oportuno debido a la falta de exámenes complementarios o insumos médicos.

## CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAS

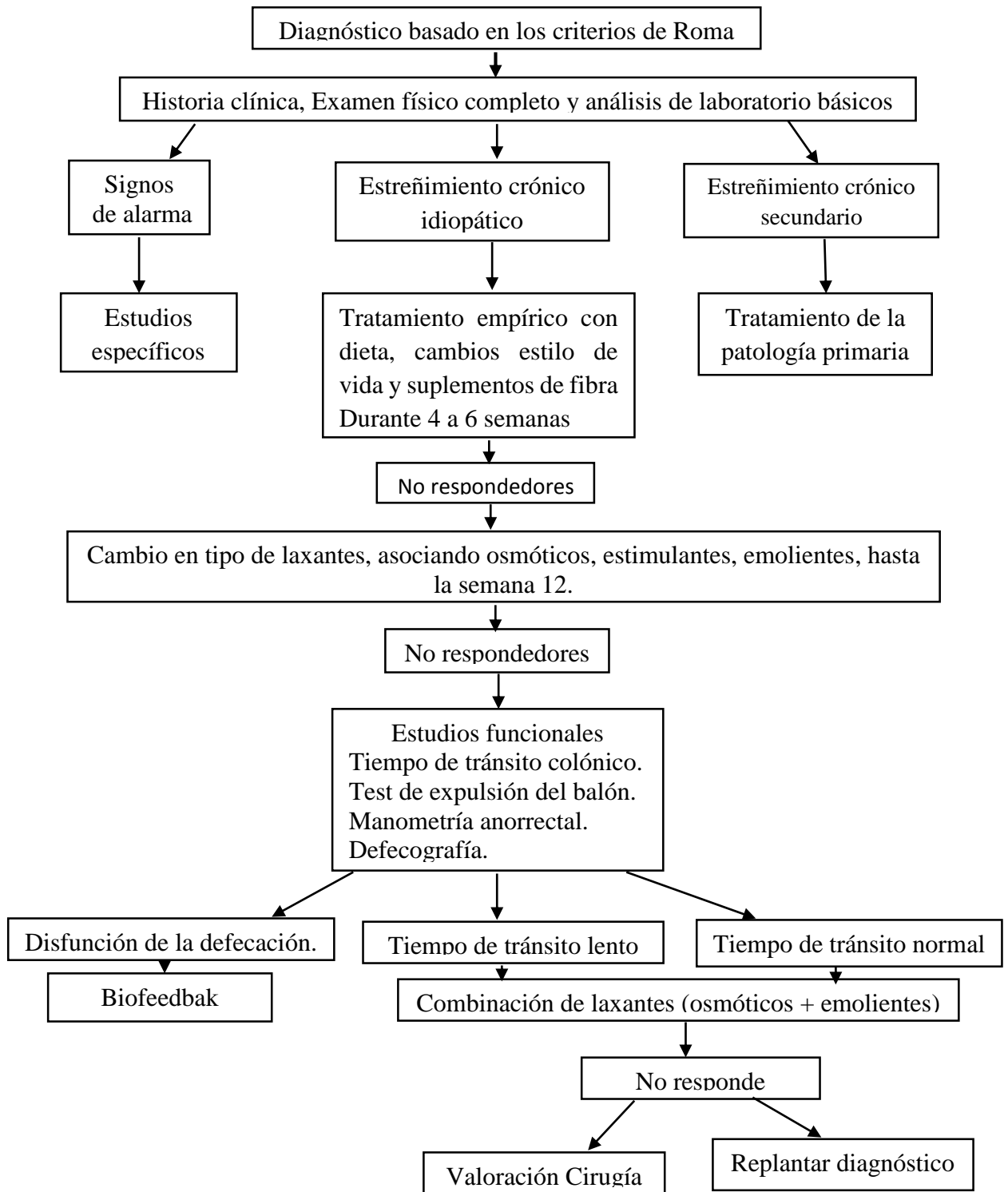
OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
<p>Incentivar a la población a realizarse chequeos periódicos en las unidades de primer nivel de salud.</p>	<p>Determinar el ambiente y factores de riesgo en el que se desarrolla cada individuo.</p>
	<p>Informar sobre los Servicios de Salud que proporcionan los diferentes subcentros u hospitales.</p>
	<p>Fomentar campañas para la prevención de ciertas enfermedades.</p>
<p>Valorar integralmente del paciente</p>	<p>Cada ser humano es un mundo diferente y por ende se debe individualizar la atención del mismo, implementado la calidad y calidez.</p>
	<p>Es necesario que exista el diálogo pertinente entre el personal de salud y la familia del paciente</p>
	<p>Tratar con respeto al paciente brindándole atención adecuada y oportuna</p>



<p>Estandarizar protocolos de manejo sobre estreñimiento crónico</p>	<p>Proponer e implementar dentro de las normativas del MSP protocolos estandarizados, donde se describa concepto, tipos, evaluación, manejo y seguimiento de pacientes con estreñimiento crónico.</p>
<p>Tiempo utilizado en diversos procesos para el diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente.</p>	<p>Es necesario dialogar con los servicios del hospital: imagenología, laboratorio, farmacia y recordarles que en casos de emergencia deben agilizar su trabajo.</p>
	<p>Si se sospecha de patologías que necesiten valoración por especialidad, realizarlo de una manera oportuna y rápida.</p>

## PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Para un adecuado manejo de estreñimiento crónico, podemos basarnos en algoritmos, los cuales ayudaran a establecer un diagnóstico oportuno.



## **V. CONCLUSIONES:**

1. Los casos de estreñimiento son tratados de manera superficial, por lo cual en ciertas ocasiones se retrasa el diagnóstico oportuno de patologías poco comunes como en el presente caso.
2. Existe deficiente conocimiento sobre el diagnóstico y manejo adecuado de Inercia Colónica.
3. Se determinó las causas principales y factores de riesgo de la patología estudiada ya que al realizar la investigación, se obtuvo información completa para llegar a un diagnóstico preciso.
4. Se analizó las características terapéuticas en Guías de Práctica Clínica sobre Inercia Colónica, determinando que el tratamiento quirúrgico es un método adecuado para resolver dicha patología, proporcionando a la paciente un excelente pronóstico.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

### BIBLIOGRAFÍA:

- Sabiston. Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 19th ed.: Elsevier. p. 1374-1378.(1)
- Schwartz. Principios de Cirugía. 8th ed. Vol II. p. 1066-1071.(2)

### LINKOGRAFÍA:

- Alvarez M, Ibáñez. Constipación crónica. Gastroenterología UC. 2013. Disponible en: <http://www.intestino.cl/constipacion-cronica-tto.htm>. (10)
- Avendaño R, Felmer O, Balkenhol K, Gabrielli M, Venturelli F. Inercia colónica como manifestación de la constipación crónica. Enfoque actual. Artículo de actualización. 2010;; p. 50-54. (5)
- Belmontes C, Antonio G, Juan C, Gonzalo H. Colectomía total laparoscópica por inercia colónica. Asociación Americana de Cirugía Laparoscópica. 2012 Septiembre; 3(3): p. 131-136. (24)
- Brunicardi C, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollock R. Schwartz Principios de Cirugía. Octava ed. (7)
- Correa M, Márquez. Enfoque del paciente con constipación. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2010 Seotiembre; 18: p. 1-7. (11)
- Ehrenpreis E. Constipación, Inercia Colónica y Estudios Con Marcadores Colónicos. International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders. 2011;; p. 1- 4. (9)

- Frías C. Manometría ano-rectal. Diagnóstico en la clínica. Clínica Universidad de Navarra. 2011. Disponible en: [http://www.cun.es/es\\_EC/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/manometria-ano-rectal](http://www.cun.es/es_EC/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/manometria-ano-rectal) (15)
- Hospital Vall d'Hebron. 2010; Inercia Colónica. p. 1-2. Disponible en: [http://www.vhebron.net/documents/10165/10003131/inercia\\_colon\\_castella.pdf](http://www.vhebron.net/documents/10165/10003131/inercia_colon_castella.pdf) (8)
- Ibarrola J, Nuñez F, Rodríguez M, Ordoñez J, Terrazas R. Enfermedad autoinmune como complicación de colectomía total por inercia colónica. Acta Médica Grupo los Angeles. 2012 Junio; 10(2): p. 91-95. (25)
- Madrid AM. Valor de la manometría intestinal. Revista médica de Chile. 2011 Octubre; 127(10): p. 1-10. (17)
- Montañó J. Tratamiento quirúrgico del estreñimiento. Revista Mexicana de Coloproctología. 2013 Septiembre;; p. 4-8.(23)
- Parrilla P, Landa J. Cirugía AEC/ AEC Surgery. II ed.: Editorial Médica Panamericana. Disponible en: [https://books.google.es/books/about/Cirurgia\\_AEC\\_AEC\\_Surgery.html?id=55xW13RGJlC&hl=es](https://books.google.es/books/about/Cirurgia_AEC_AEC_Surgery.html?id=55xW13RGJlC&hl=es). (12)
- Pineda G, López F, Soto G, Zuñiga A, Miquel J. Resultados del tratamiento quirúrgico en inercia colónica. Revista Chilena de Cirugía. 2010 Febrero; 56(1): p. 27-30. (22)
- Remes J, Tamayo G , Huerta C , Suarez G, Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. A) Epidemiología (meta-análisis de la prevalencia), fisiopatología y clasificación. Revista Mexicana de Gastroenterología. 2011; 76(2): p. 126-132. (4)

- Rodríguez MÁ. Manifestaciones imagenológicas y manométricas en pacientes con estreñimiento funcional. *Revista Cubana de Medicina*. 2015 Octubre 15; 54(4): p. 314-332. (19)
- Sanmiguel C. Evaluación de la Función Motora Colónica y Rectoanal. *Revista de Gastroenterología*. 2014; 14(4): p. 1-8. (16)
- Tawil. J, Solé L. Constipación, inercia colónica y estudios con marcadores colónicos. *International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders*. 2015 Julio 23. Disponible en: <http://www.iffgd.org/en-espanol/constipacion-inercia-colonica-y-estudios-con-marcadores-colonicos.html> (6)
- Vásquez E. Estimulación eléctrica del colon en pacientes con constipación. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología* 1. 2015 Abril 6;: p. 199-204.(18)

#### CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA.

- **PROQUEST**, Pitiakoudis, M., Fotakis, S. N., Zazos, P., Kouklakis, G., Michailidis, L., Romanidis, K., Simopoulos, K. (2011). Alterations in colonic transit time after laparoscopic versus open cholecystectomy: A clinical study. *Techniques in Coloproctology*, 15, 37-41. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/902596787/BD858AD341BE4D0BPQ/14?accountid=36765>(13)
- **PROQUEST**, Dinning, P. G., & Di Lorenzo, C. (2011). Colonic dysmotility in constipation. *Best Practice & Research*, 25(1), 89-101. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2010.12.006>. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1032751038/BD858AD341BE4D0BPQ/42?accountid=36765#center> (3)
- **PROQUEST**, Mehmet AB, Kocatas A, Sürek A, Kankaya B, Kalayci M, Alis H. The importance of defecography in the assessment of the etiology of

chronic constipation: An analysis of 630 patients. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2014;30 (4):183-185. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1674455958/BD858AD341BE4D0BPQ/58?accountid=36765#center> (14)

➤ **PROQUEST**, Melendez G. Padecen estreñimiento, pero ocultan malestar. *Febrero* 2013; p.1-4. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1283557934/fulltext/30808E1E481E45B3PQ/23?accountid=36765> (21)

➤ **PROQUEST**, Gastroenterology; new constipation findings from M. cosentino et al outlined (defaecography and colonic transit time for the evaluation of female patients with obstructed defaecation). (2014). Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1636974380/BD858AD341BE4D0BPQ/36?accountid=36765#center> (20)

## VII. ANEXOS

### TABLAS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

BIOMETRÍA HEMÁTICA (12/11/2015)	
<b>Glóbulos blancos</b>	6.500
<b>Neutrófilos</b>	79%
<b>Linfocitos</b>	17%
<b>Monocitos</b>	1%
<b>Eosinófilos</b>	3%
<b>Hemoglobina</b>	10.9 g/dl
<b>Hematocrito</b>	35%

**Tabla N° 1: Biometría Hemática día de ingreso (12/11/2015)**

**Fuente: Historia Clínica del H.P.G.L**

QUÍMICA SANGÍNEA (12/ 11/ 2015)	
<b>TGP</b>	29 U/L
<b>TGO</b>	17 U/L
<b>BUN</b>	10 mg/dl
<b>Creatinina</b>	0.6 mg/dl
<b>Glicemia</b>	82 mg/dl

**Tabla N° 2: Química Sanguínea día de ingreso (12/11/2015)**

**Fuente: Historia Clínica del H.P.G.L**



**BIOMETRIA HEMATICA (26/ 11/ 2016)**

<b>Glóbulos blancos</b>		<b>8.000</b>
Neutrófilos		69%
Linfocitos		23%
Monocitos		4%
Eosinófilos		4%
Hemoglobina		11.6 g/dl
Hematocrito		38%

**Tabla N° 3: Biometría Hemática día 14 de hospitalización.****Fuente: Historia Clínica del H.P.G.L**

<b>QUÍMICA SANGUÍNEA ( 26/11/2015)</b>	
<b>Bun</b>	9 mg/dl
<b>Colesterol total</b>	102 mg/ dl
<b>Cloro en suero</b>	97 mmol/ L
<b>Creatinina</b>	0.7 mg/dl
<b>Glicemia basal</b>	72 mg/dl
<b>Potasio en suero</b>	3.5 mmol/ L
<b>Sodio en suero</b>	129 mmol/ L
<b>Triglicéridos</b>	161 mg/ dl

**Tabla N° 4: Química Sanguínea día 14 de hospitalización.****Fuente: Historia Clínica del H.P.G.L**

<b>BIOMETRÍA HEMÁTICA (02/12/2015)</b>	
<b>Glóbulos blancos</b>	7.000
<b>Neutrófilos</b>	68%
<b>Linfocitos</b>	15%
<b>Monocitos</b>	1%
<b>Eosinófilos</b>	3%
<b>Hemoglobina</b>	10.5 g/dl
<b>Hematocrito</b>	35%

**Tabla N° 5: Biometría Hemática post cirugía**

**Fuente: Historia Clínica del H.P.G.L**

<b>EMO ( 05/12/2016)</b>	
<b>ELEMENTAL</b>	
<b>Color</b>	Amarillo
<b>Aspecto</b>	Transparente
<b>Densidad</b>	1.010
<b>PH</b>	7
<b>QUIMICO</b>	Negativo
<b>MICROSCÓPICO</b>	
<b>Células</b>	2-3 / campo
<b>Piocytes</b>	1-2 / campo
<b>Bacterias</b>	Escasas
<b>GRAM DE GOTA FRESCO</b>	Negativo

**Tabla N° 6: Uroanálisis día 25 de hospitalización.**

**Fuente: Historia Clínica del H.P.G.L**

<b>Glóbulos blancos</b>		<b>8.200</b>
Neutrófilos		60%
Linfocitos		18%
Monocitos		4%
Eosinófilos		4%
Hemoglobina		11.0 g/dl
Hematocrito		37%

## **BIOMETRÍA HEMATICA 16 DE ABRIL 2016**

**Tabla N° 7: Biometría Hemática Reingreso. (16/04/2016)**

**Fuente: Historia Clínica del H.P.G.L**

## **CRITERIOS DE ROMA II**

---

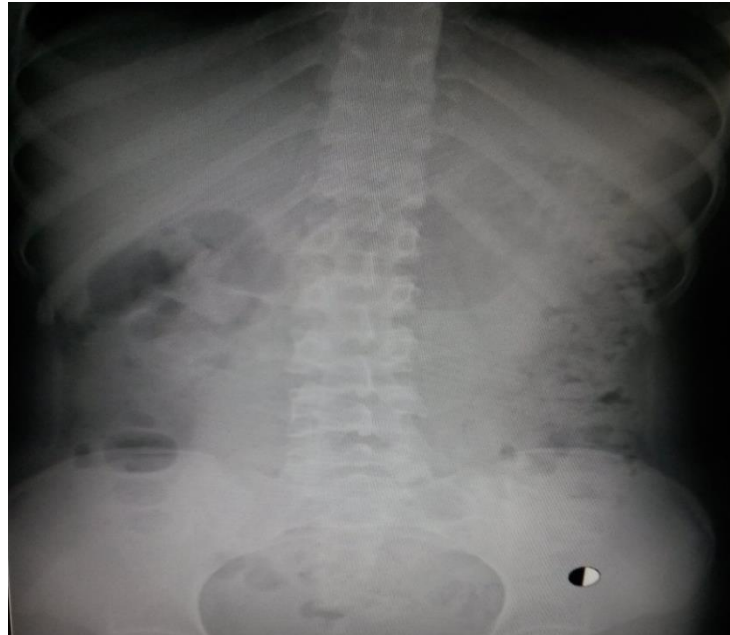
Requiere durante al menos 12 semanas (no necesariamente consecutivas y durante el último año) de la existencia de 2 o más de los siguientes criterios:

1. Excesivo esfuerzo defecatorio en más de una cuarta parte de las deposiciones
  2. Heces abultadas o duras en más de una cuarta parte de las deposiciones
  3. Sensación de evacuación incompleta en más de una cuarta parte de las deposiciones
  4. Sensación de bloqueo u obstrucción anorrectal
  5. Maniobras manuales para facilitar más de una cuarta parte de las deposiciones
  6. Menos de 3 deposiciones por semana
- 

**Tabla N° 8: Criterios de Roma II**

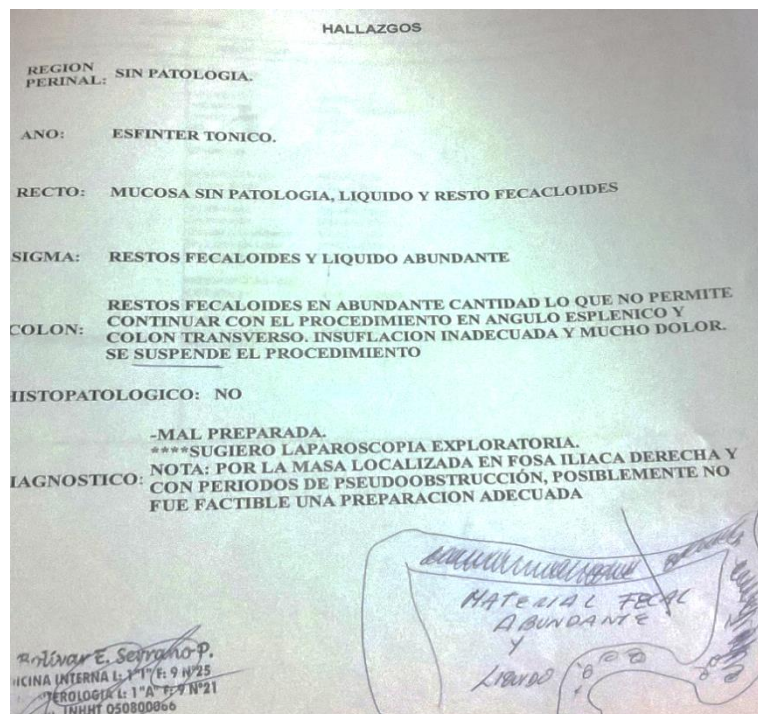
**Fuente: Guía de Estreñimiento Crónico**

## IMAGENES



**Imagen 1: Radiografía de abdomen día de ingreso.**

**Fuente: Imagen proporcionada por el Doctor Jesús Chicaiza.**



**Imagen 2: Resultado de colonoscopia.**

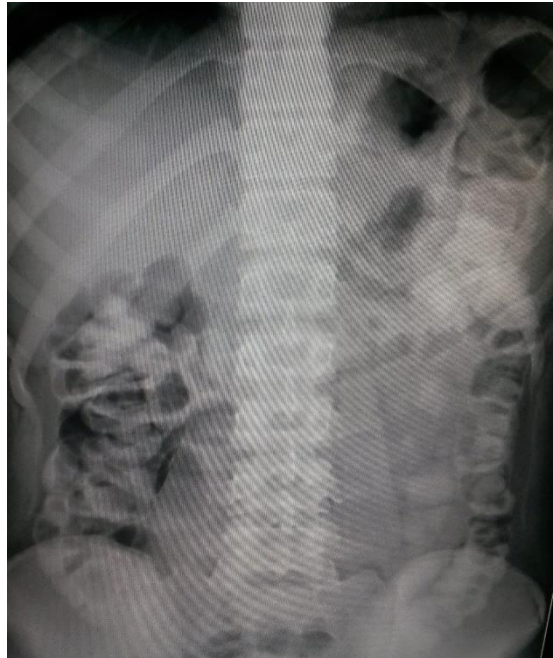
**Fuente: Historia Clínica del H.P.G.L**



**Imagen 3**



**Imagen 4**



**Imagen 5**

**Imágenes 3, 4, 5: Tiempo de Tránsito Colónico.**

**Fuente: Imagen proporcionada por el Doctor Jesús Chicaiza.**

**m p** DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE COTOPAXI  
Hospital Provincial General de Latacunga 0000596

MATERNO		NOMBRES		N° Historia Clínica Única
APELLIDOS PATERNO		Amada Elizabeth		244580
loar Sarzosa		Sala		Cama N°
Servicio		Mujeres		21
Cirugía				

DIAGNÓSTICO		OPERACIÓN	
PRE-OPERATORIO: Inercia Colonica		PROYECTADA: Hemicolectomia Izquierda	
POST-OPERATORIO: Inercia Colonica		EFECTIVA <input checked="" type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/> PALIATIVA <input type="checkbox"/>	
		REALIZADA POR: Hemicolectomia Izquierda + Anastomosis Colo-Recto Transversal + Ombilicostomia Parcial + colocación de drenaje	

EQUIPO OPERATORIO			
CIRUJANO: Dr. Chicaza		INSTRUMENTISTA: Licda. Florencia	
PRIMER AYUDANTE: Dr. Ascar		CIRCULANTE: Licda. Bivalbica - Licda. Ruge	
SEGUNDO AYUDANTE: IRM Molina		ANESTESISTA: Dr. Bustos	
TERCER AYUDANTE:		AYUDANTE DE ANESTESISTA: Dra. Erazo	

Fecha de Operación			Hora de inicio:	Hora de terminación:	Tipo de anestesia:
Día	Mes	Año	8:00	10:45	General
02	12	2019			

**TIEMPO QUIRURGICOS**

DIERESIS Trocar 1: Transumbilical 10 milímetros  
Trocar 2: Linea media clavicula derecha 5 milímetros  
Trocar 3: Linea media clavicula izquierda 5 milímetros  
Inciisión supra-infra media umbilical de aproximadamente 20 centímetros de longitud que compromete piel y tejido celular subcutáneo.

EXPOSICIÓN Manual e instrumental de cavidad abdominal con separadores de acero y autoestatica. Neumoperitoneo con CO<sub>2</sub> para mantener una presión intraabdominal de 14 mmHg.

EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS QUIRURGICOS

- ① Colon izquierdo aumentado de tamaño y de longitud (Molicomegacolon)
- ② No adenopatías en cavidad abdominal
- ③ Resto de órganos intrabdominales macroscópicamente normales

PROCEDIMIENTO OPERATORIO

- ① Asepsia y Antiseptia
- ② Colocación de campos estériles
- ③ Incisión transumbilical de 1 centímetro con técnica abierta y colocación de trocar 1
- ④ Insuflación de neumoperitoneo
- ⑤ Colocación de trocar 2 y 3 bajo visión directa
- ⑥ Identificación de hallazgo descrito
- ⑦ Conversión a laparotomía
- ⑧ Hienis descrita y profundización a cavidad
- ⑨ Colocación de separador autoestatico abdominal
- ⑩ Separación de asas intestinales con compresas quirúrgicas
- ⑪ Apertura de la fascia de Told izquierda
- ⑫ Identificación y liberación del ángulo esplénico del colon
- ⑬ Apertura del ligamento gástrico introduciendo a transcurrid de los epiploes
- ⑭ Liberación de todo el ligament gástrico seccionando el omento mayor
- ⑮ Individualización del colon transversal

PROTOCOLO DE OPERACIÓN

Form. 017 3600 HOJAS DEL 001 AL 3600 IMPRESO EN JULIO 2015 IMPRENTA COTOPAXI TELEFAX 032262235

**Imagen 6: Protocolo operatorio**

**Fuente: Historia Clínica del H.P.G.L**

descendente y adon sigmoideo ⑩ Identificación sección y ligadura de arteria colica izquierda ⑪ Colocacion de Clamps intestinal en el repliegue peritoneal recto-sigmoideo y seccion del mismo ⑫ Identificación de arteria colica media y conservación de la misma ⑬ Colocacion de Clamps intestinal en colon transversa por delante de la arteria y seccion de la misma ⑭ Extracción de la pieza quirurgica ⑮ Conexión de anastomosis terminal terminal Colo-Recto en dos planos ⑯ Cierre de la herida mesenterica ⑰ Secado de Cavidad ⑱ Colocado de drenaje ⑲ Síntesis por planos

SINTESIS

Aponeurosis vycril 1  
Piel Dakilon 3/0

COMPLICACIONES DEL ACTO QUIRURGICO

No

EXÁMEN HISTOPATOLÓGICO

SI Colon Izquierdo  NO

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

DICTADA POR: Dr. Asquel			
FECHA DEL DICTADO			
Hora	Día	Mes	Año
11:30	02	12	2015
ESCRITA POR: IRM Molina			

Hospital Provincial General Larrañaga  
Dr. Jesus Chiriza  
CIRUGIA GENERAL  
MSP-01-10-18

Dr. Jesus Chiriza

FIRMA Y NOMBRE DEL CIRUJANO

Imagen 7: Protocolo operatorio

Fuente: Historia Clínica del H.P.G.L



**Imágen 8: Resección de colon.**

**Fuente: Imagen proporcionada por el Doctor Jesús Chicaiza.**



**Imagen 9: Radiografía de abdomen reingreso (16/04/2016)**

**Fuente: Imagen proporcionada por el Doctor Jesús Chicaiza.**





Ministerio de Salud Pública

CÓDIGO: Q-15-16073

**LOOR SARZOSA AMADA ELIZABETH**

PACIENTE:				
EDAD:	19	AÑOS	GÉNERO:	FEMENINO
No DE CÉDULA:	0550391650		No. DE HISTORIA CLÍNICA:	244580
MÉDICO SOLICITANTE:	DR. CHICAIZA		SERVICIO DE PROCEDENCIA:	LATACUNGA
FECHA DE RECEPCIÓN:	09/12/15		HORA	11:16:00
FECHA DE DIAGNÓSTICO:	15/12/2015		HORA	7 H 40

TIPO DE ESPECIMEN: COLON

INFORMACIÓN CLÍNICA: HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA

**A. ESTUDIO MACROSCÓPICO:**

Rotulado colon Izquierdo : Se recibe segmento que mide 37 cm de longitud por 48 cm de diámetro, la serosa es violácea deslustrada al corte espesor de la pared de 0,3 a 0,5 cm mucosa pardusca amarillenta con pliegues con ligeramente aplanados . No se identifican lesiones . sprr

se rotula

a.- Cortes de pared 2c

B.- Bordes quirúrgicos 2c

Dra. Karla A.

10/12/2015

**B.- CALIDAD DE LA MUESTRA: SATISFACTORIA**

**C. ESTUDIO MICROSCÓPICO**

Los cortes muestran mucosa de colon con arquitectura conservada de estructuras glandulares, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con folículos linfoides reactivos conservados , edema y congestión de la submucosa, leve disminución de células ganglionares.

Bordes quirúrgicos viables.

**D. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA**

Colon izquierdo:

**PROCESO INFLAMATORIO CRÓNICO**

**Imagen 10: Reporte Histopatológico de Hemicolectomía Izquierda.**

**Fuente: Historia Clínica del H.P.G.L**