

Caso Clínico

Vólvulo ceco-ascendente

Ceco-ascending volvulus

Robert Alejandro Rodríguez Fonseca¹, Lianis Borge Fajardo¹, Arleen López Wilson¹, Dailin Ramos Sánchez¹, Carlos Rafael Cabrera Pérez¹, Gloria Mariana Fonseca Lloga¹

¹Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Servicio de Cirugía General. Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

El vólvulo ceco-ascendente es una presentación clínica poco frecuente y una causa de oclusión intestinal. Los pacientes presentan manifestaciones clínicas variables, desde dolor abdominal agudo hasta choque séptico. Se presenta el caso clínico de una paciente intervenida quirúrgicamente por un síndrome oclusivo, donde se comprobó un vólvulo ceco-ascendente con compromiso vascular. El vólvulo ceco-ascendente es una causa rara de obstrucción intestinal y debido a sus múltiples presentaciones clínicas, su diagnóstico en la mayoría de las ocasiones se realiza durante la laparotomía. El objetivo de este reporte es describir las características clínicas y tratamiento en pacientes con vólvulo ceco-ascendente.

Palabras clave: vólvulo intestinal, obstrucción intestinal, laparotomía

ABSTRACT

Ceco-ascending volvulus is a rare clinical presentation and a cause of intestinal occlusion. Patients present variable clinical manifestations, from acute abdominal pain to septic shock. We present the clinical case of a patient undergoing surgery

for an occlusive syndrome, where a ceco-ascending volvulus with vascular compromise was found. The caecal-ascending volvulus is a rare cause of intestinal obstruction and due to its multiple clinical presentations, its diagnosis in most cases is performed during laparotomy. The objective of this report is to describe the clinical characteristics and treatment in patients with ceco-ascending volvulus.

Key words: intestinal volvulus, intestinal obstruction, laparotomy

Autor correspondiente

Dr. Robert Alejandro Rodríguez Fonseca. Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Servicio de Cirugía General. Santiago de Cuba, Cuba.

Correo electrónico: robert.rdguez@nauta.cu

Artículo recibido: 17 junio 2019

Artículo aceptado: 09 agosto 2019

INTRODUCCIÓN

En 1841, Von Rokitansky fue el primero que definió el vólvulo ceco-ascendente en la revista *Western* de Medicina. En 1883, Atherton describe la desvolvulación simple por laparotomía, pero esto se acompañó de una inaceptable alta tasa de recurrencias, lo que conllevó a la aparición de otros procedimientos complementarios ⁽¹⁾.

El vólvulo es la torsión anormal o rotación de una porción del intestino sobre su mesenterio que ocasiona la oclusión de la luz, obstrucción y compromiso vascular. Se produce en cualquier parte del tubo gastrointestinal, principalmente en porciones con mesenterio largo, estrecho y móvil. Todos ellos tienen un mecanismo fisiopatológico común que consiste en una obstrucción intestinal en asa cerrada que provoca una isquemia ⁽²⁾.

El giro puede ser de 3 tipos. En aproximadamente 45 % de los casos, el ciego rota en sentido horario o antihorario sobre su eje longitudinal (vólvulo axial) y se sitúa

en el cuadrante inferior derecho. En 45 % de los casos el ciego gira en sus ejes longitudinal y transversal (torsión en bucle) para colocarse en el cuadrante superior izquierdo. En este caso, el íleon terminal gira alrededor del ciego. En 10 % restante, el ciego se dobla hacia delante sin torsión, para ocupar el centro del abdomen. A esta variante se le llama "báscula cecal" y no todos los autores la consideran un vólvulo. Representa únicamente 1 % de los casos de oclusión intestinal en el adulto. En la mayor parte de los casos el tratamiento de elección será quirúrgico ⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 67 años de edad, de procedencia rural, ama de casa, de raza blanca, con antecedentes de padecer de constipación crónica para la cual no lleva tratamiento. Acude al cuerpo de guardia de Urgencias por presentar dolor abdominal tipo cólico, difuso, mal localizado, sin irradiación, de cinco días de evolución, con dificultad para la expulsión de gases y heces por el recto. Refiere que durante las últimas horas el dolor se ha intensificado así como la distensión abdominal.

Exploración física:

Tensión arterial 130/90 mm Hg. Frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto. Temperatura 36,6 °C. Tiene un abdomen distendido, con dolor a la palpación superficial y profunda, timpanismo generalizado conservándose matidez hepática. Tacto rectal con ampolla rectal vacía, esfínter normotónico. No se palparon tumoraciones.

Radiografía simple de abdomen muestra niveles hidroaéreos, con distensión de las asas del intestino grueso.

Intervención quirúrgica

Se realizó incisión media supra e infraumbilical por planos hasta cavidad. Se encuentra distensión del ciego de aproximadamente 20 cm (Figura 1), con áreas de isquemia. Se le realiza desvolvulación manual y reducción, con hemicolectomía derecha y derivación iliontransversa término-lateral.



Figura 1: Ciego dilatado con signo de isquemia.

Conclusión del caso

La paciente es trasladada a la Unidad de cuidados intensivos de adultos en el postoperatorio en donde permanece tres días con antibióticoterapia. Posteriormente pasa a la Sala de cirugía hasta el egreso a los diez días.

DISCUSIÓN

Los vólvulos del colon son responsables del 5 % de todos los casos de obstrucción intestinal y 10-15 % de todas las obstrucciones del intestino grueso. Los sitios más comunes son el colon sigmoidees (90 %), ciego (9 %), colon transverso (1 %). El vólvulo del ciego es una condición clínica infrecuente y es una causa inusual de obstrucción intestinal. La mayoría de los pacientes con un vólvulo de ciego presentan una rotación axial completa que produce torsión del mesenterio y de sus vasos, lo que afecta a la vascularización del ciego. Suele producirse en pacientes jóvenes con ciego móvil o colon derecho mal fijado al peritoneo parietal. Otros factores asociados pueden ser: ejercicios físicos excesivos, las adherencias postquirúrgicas, el embarazo, mientras que el vólvulo en los pacientes de edad avanzada se asocia con constipación crónica, obstrucción distal del colon o

demencia senil. Otros factores son la dieta rica en residuos y abuso de laxantes en pacientes con constipación crónica ^(4,5).

Estos factores no se relacionan del todo con el vólvulo de esta paciente ya que ella es una mujer de raza blanca, adulta, de la tercera edad, que no padece de demencia, y negaba haber realizado esfuerzos físicos. Sin embargo, tenía el antecedente de padecer de constipación crónica lo cual sí se relaciona con lo descrito en la literatura médica. Otro aspecto importante es que esta enfermedad es más frecuente en pacientes con malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal. Se señala en la literatura que la frecuencia varía desde 3,8 hasta el 10% del total de todos los casos con obstrucción intestinal mecánica. Siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino ^(6,7).

Según el mecanismo fisiopatológico se describen tres formas de producción: giro axial, giro en bucle y un tercer mecanismo que para muchos autores no es considerado como un mecanismo de producción: la báscula cecal ^(5,6). En este caso, al realizar la laparotomía, se encontró el segmento volvulado en el cuadrante inferior derecho lo cual coincide con un vólvulo axial.

Muchos autores plantean que cuando el segmento afecto es viable se debe realizar la desvolvulación mediante colonoscopia por enema con bario. Sin embargo, cuando se sospecha compromiso vascular, se hace inminente la intervención quirúrgica con resección del segmento afectado y restauración del tránsito intestinal ^(7,8). En este caso, dado las imposibilidades de realizar colonoscopia debido a las horas de evolución del cuadro y las altas sospechas de isquemia, se decidió la intervención, en donde se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis termino-lateral dado que se confirma la presencia de zonas isquémicas.

CONCLUSIÓN

Los vólvulos del tracto gastrointestinal son un grupo de enfermedades graves de diagnóstico clínico difícil que comparten el mismo mecanismo fisiopatológico de torsión en asa cerrada. El vólvulo de ciego es una causa rara de oclusión intestinal y debido a sus múltiples presentaciones clínicas, su diagnóstico en la mayoría de las

ocasiones se realiza durante la laparotomía. El tratamiento quirúrgico empleado en este caso, hemicolectomía derecha con anastomosis termino-lateral, es de elección para varios autores, debido a que evita la recurrencia.

Autoría: los autores colaboraron de igual medida en la realización de la investigación

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Agradecimientos

a la Dra. Dailin Ramos Sánchez por ser un ejemplo para los futuros cirujanos, por su dedicación y amor a la especialidad.

Financiación: la presente investigación no ha recibido ayudas específicas.

REFERENCIAS

1. Fretes IR, Medina Gutierrez J, Mujica LA, Acha MM. Oclusión intestinal por vólvulo de ciego. Rev. Cir. Parag.; 2012;36(2):25-27. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v36n2/v36n2a06.pdf>
2. Ibáñez Sanz L, Borruel Nacenta S, Cano Alonso R, Díez Martínez P, Navallas Irujo M. Vólvulos del tracto gastrointestinal: diagnóstico y correlación entre radiología simple y tomografía computarizada multidetector. Rev Esp Radiología. 2015;57(1): 35-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-volvulos-del-tracto-gastrointestinal-diagnostico-S0033833813002221>
3. Ruiz-Tovar J, Calero García P, Morales Castiñeiras V, Martínez Molina E. Vólvulo de ciego: presentación de 18 casos y revisión de la literatura. Cir Esp. 2009; 85(2):110-3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X08000031>
4. Soler Vaillant, R. Otras causas de abdomen agudo. En: Soler Vaillan, R. Cirugia de abdomen. La Habana: Ecimed 2010, p 121-142

5. Soler Vaillan R, Mederos Curbelo ON, del Campo Abad R. Síndrome oclusivo: mecánico. En: Soler Vaillant R, Mederos Cúrvulo ON. Cirugía. Afecciones quirúrgicas frecuentes. La Habana. Ecimed. 2018; p 339-365.
6. Schotz DJ. Intususcepción y vólvulos colonicos. En: Zuidema GD, Yeo CJ. Shackelford. Cirugía del Aparato Digestivo. 5ta. ed. Argentina: Médica Panamericana; 2005. Vol. 4. p. 68-73.
7. Rodríguez-Hermosa JI, Martín A, Farrés R, Pont J, Codina-Cazador A, Bartomeu Ruiz B, et al. Obstrucción intestinal por vólvulo del ciego. Cir Esp. 2005; 78(6): 385-387
8. Valdés Ferro Joselín, Díaz Díaz José Daniel, López Hernández Juan Carlos, Bonet Espinosa José Francisco, Salazar Morejón Liván. Vólvulo de ciego con compromiso vascular. Presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas. 2011;15(2):296-302. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200029&lng=es.