

VÓLVULO DE CIEGO. UNA URGENCIA ENDOSCÓPICA POCO FRECUENTE.

CECAL VOLVULUS. AN UNCOMMON ENDOSCOPIC EMERGENCY.

Á. Martínez-Herreros, B. Sacristán-Terroba

Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja.

Resumen

El vólvulo de ciego es una entidad poco frecuente causada por una torsión del ciego sobre su propio mesenterio. Se presenta el caso de una paciente que acudió a urgencias con clínica de obstrucción intestinal. Tras el diagnóstico radiológico de vólvulo de ciego se realizó una endoscopia de urgencia con la finalidad de lograr la desvolvulación cecal y realizar una cecopexia laparoscópica en un segundo tiempo. Debido que la endoscopia no fue exitosa se optó por la cecopexia mediante laparotomía. En la evolución a medio plazo la paciente no presentó recurrencia del mismo.

Mediante este caso clínico se revisa la historia natural y manejo del vólvulo de ciego, una urgencia endoscópica no muy frecuente para los gastroenterólogos.

Palabras clave: vólvulo, ciego, endoscopia, cirugía.

Abstract

Caecal volvulus is an infrequent clinical condition caused by a twist of caecum around the mesenteric pedicle. This article presents a woman who presented to the emergency department with acute intestinal obstruction. After a radiological diagnosis of caecal volvulus, an emergency endoscopy was performed in order to achieve caecal de-volvulation and perform a laparoscopic cecopexy in a second time. Because endoscopy was not successful, cecopexy was chosen by laparotomy. In the medium term evolution, the patient did not present recurrence.

This case report a review about the natural history and management of caecal volvulus, an endoscopic emergency not very frequent for gastroenterologists

Keywords: volvulus, caecum, endoscopy, surgery.

CORRESPONDENCIA

Ángela Martínez Herreros
Hospital San Pedro
26006 Logroño (La Rioja)
amartinezh@riojasalud.es

Fecha de envío: 15/01/2019

Fecha de aceptación: 22/02/2019

Introducción

El vólvulo de ciego es causa aproximadamente del 1% de las obstrucciones intestinales. Suele presentarse con clínica compatible con obstrucción incluyendo dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión. Es habitual llegar al diagnóstico a través de una prueba radiológica como la radiografía o el TAC. En el manejo es posible

realizar una endoscopia de urgencia con el objetivo de lograr la desvolvulación pero el tratamiento definitivo suele ser la cirugía por el alto riesgo de recidiva.

Caso clínico

Mujer de 58 años que ingresó en una clínica de nuestra localidad por distensión y dolor abdominal súbito en cuadrante inferior derecho, de tipo cólico y ausencia de deposición. Como antecedente a destacar presentó en 1977 un politraumatismo por accidente de tráfico que requirió una cirugía abdominal. Además presentaba poliartalgias que paliaba con oxicodona de manera crónica.

A su llegada a Urgencias en el examen físico destacaba: distensión y timpanismo abdominal con peristaltismo aumentado. Se realizó analítica que fue normal y Tc abdomen en el que se describía una importante cantidad de heces en la totalidad del colon con marcada dilatación de ciego y del colon ascendente sin evidencia de causas mecánicas obstructivas, moderada cantidad de líquido libre intraperitoneal. Se decidió ingreso para tratamiento con analgesia y enemas.

48 horas después, la paciente presentó empeoramiento clínico con aumento del dolor y distensión abdominal por lo que se repitieron las pruebas complementarias. En la analítica destacaba Cr 0,92 mg/dL, Proteína C Reactiva 21 mg/L, fibrinógeno 482 mg/dL, con leucocitos normales. La placa simple de abdomen mostró dilatación cecal, niveles hidroaéreos y ausencia de gas en ampolla rectal (**Figura 1**). Se repitió el TC de abdomen el cual informó de: aumento de la dilatación del marco cólico de predominio derecho que ha progresado respecto a exploración previa, con morfología y disposición volvular. Aumento de la cuantía de líquido libre peritoneal de predominio perihepático y pélvico. Las imágenes están recogidas en las **figuras 2 y 3**.



Figura 1

Radiografía de abdomen con importante dilatación de ciego y ausencia de gas distal.



Figura 2

Imagen del TC abdominal que muestra dilatación de asas de delgado así como la dilatación de ciego con la clásica imagen en "grano de café".



Figura 3

Imagen del TC abdominal que muestra dilatación de asas de delgado así como la dilatación de ciego con la clásica imagen en "grano de café".

Ante estos hallazgos la paciente fue trasladada a nuestro centro. A su llegada sus constantes vitales fueron: T^º 36,2^ºC, FC 74 lpm, TA 118/64 y SaO₂ 98% basal. Se decidió intentar desvolvulación endoscópica urgente pero no se logró alcanzar el lugar de la torsión. El procedimiento desencadenaba importante dolor en la paciente a pesar de la medicación, por lo que no se prosiguió para evitar

iatrogenia. Tras el intento fallido del tratamiento endoscópico se indicó cirugía de urgencia.

Se realizó un abordaje por laparotomía observando enorme dilatación de ciego por volvulación sobre adherencia entre colon transverso derecho y vesícula biliar, colon de gran tamaño y con mesos muy largos sin signos de isquemia (**Figura 4**). Ante estos hallazgos se realizó desvolvulación, liberación de la adherencia y cecopexia con fijación de ciego a peritoneo parietal. En el postoperatorio la evolución fue favorable sin presentar dolor abdominal y realizando deposición diaria. Se realizaron controles analíticos y radiológicos con franca mejoría. En el seguimiento posterior, no hubo recurrencia de la enfermedad tras haber pasado seis meses de la cirugía.

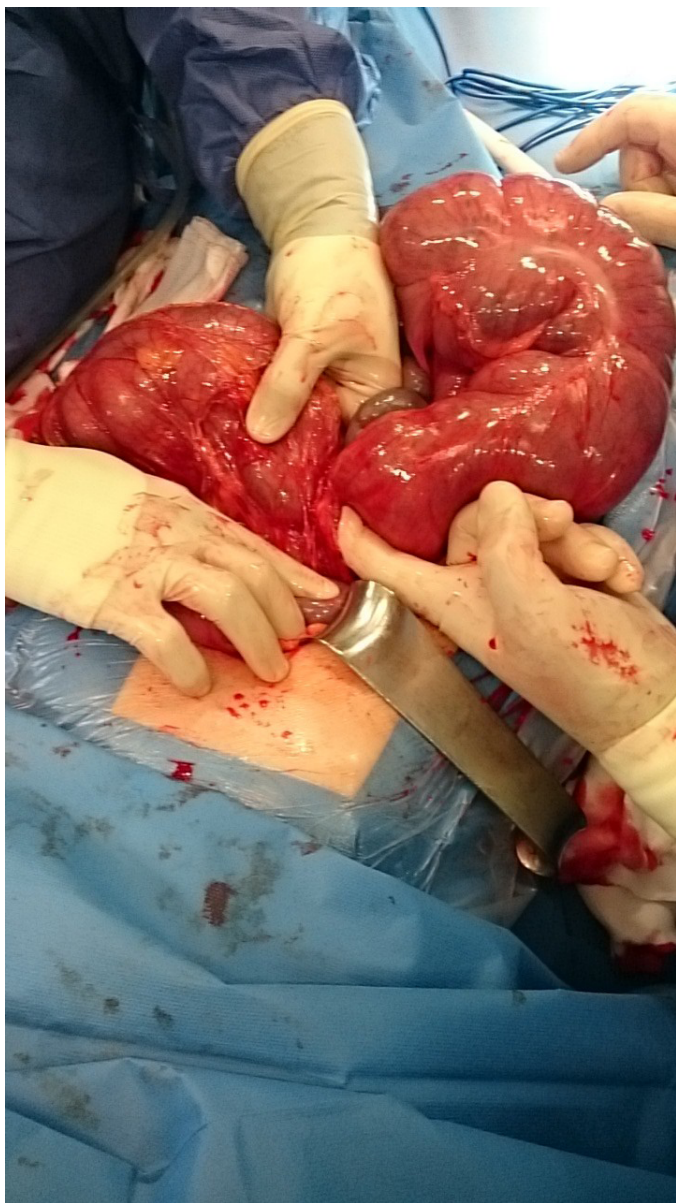


Figura 4

Imagen intraoperatoria que muestra la dilatación de ciego sobre adherencia.

Discusión

El vólvulo de ciego es causa aproximadamente del 1% de las obstrucciones intestinales. Es la segunda localización más frecuente de los vólvulos colónicos tras los de sigma. Su frecuencia varía en función de la edad y la raza, pero pueden suponer hasta un 20% de los vólvulos de colon^{1,2}. La literatura refiere que, a diferencia del vólvulo de sigma que aparece en personas de edad avanzada con escasa movilidad, el vólvulo de ciego suele aparecer en personas jóvenes, y más frecuentemente en mujeres³.

Se han descrito dos predisposiciones anatómicas en el vólvulo de ciego: una rotación axial del ciego sobre su propio mesenterio, generalmente en dirección de las agujas del reloj (90%) y un plegado antero-superior del ciego sin rotación axial, lo que se denomina báscula cecal. Ambas están relacionadas con un fallo en la fijación parietal de la región ileocecal durante el desarrollo embrionario. Diversos factores se han asociado a la aparición de vólvulos de ciego como son las adherencias posquirúrgicas, las malformaciones congénitas, tener historia de una colonoscopia previa, traumatismos o el embarazo^{4,5}.

Suele presentarse con clínica aguda compatible con obstrucción incluyendo dolor abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento; y en la exploración física observamos un abdomen distendido, timpánico y doloroso a la palpación. Si el cuadro clínico progresa incluso pueden observarse signos de irritación peritoneal sugestivos de isquemia o perforación. Estos hechos condicionarán la morbimortalidad del cuadro clínico la cual será alta si hay presencia de isquemia intestinal^{1,4}.

Es habitual llegar al diagnóstico a través de una prueba radiológica como la radiografía o el TAC de abdomen. Este último permite llegar al diagnóstico con un 100% de sensibilidad y una especificidad >90%. Se han descrito algunos signos radiológicos como el "pico de pájaro", estrechamiento progresivo de los dos extremos del segmento de colon torsionado que se unen en el punto de torsión; el "grano de café", vista axial del ciego dilatado lleno de aire y líquido; o el signo del torbellino, imagen que contiene hebras de ciego colapsado, grasa y vasos mesentéricos congestionados con aspecto arremolinado⁶.

Otro beneficio del TC es que nos permite detectar signos de gravedad que podrían modificar el manejo terapéutico como sin: el grado de distensión, signos de isquemia, presencia de líquido libre o neumoperitoneo.

En el manejo es posible realizar una endoscopia con el objetivo de lograr la desvolvulación urgente pero el éxito es limitado (sobre el 30%) por lo que el tratamiento definitivo suele ser la cirugía². Existe controversia acerca de la recurrencia de la detorsión laparoscópica y cecopexia, algunas series no la recomiendan y consideran que la colectomía del segmento volvulado es la técnica de elección^{6,7}. La cecopexia es un procedimiento seguro, con baja mortalidad, pero con la desventaja de una tasa de recidiva entre 0% y el 40% según las series⁸. No cabe duda que la resección intestinal está claramente indicada en caso de isquemia. Por otro lado el abordaje laparoscópico puede resultar técnicamente difícil debido a la obstrucción colónica a menudo acompañada de distensión del segmento volvulado y del intestino proximal.

Desde el punto de vista endoscópico, también se ha descrito la colopexia endoscópica como una opción de tratamiento del vólvulo de ciego en pacientes de alto riesgo por ser menos invasiva que la cirugía y no requerir de anestesia general. Sin embargo esta opción tiene sus limitaciones, principalmente en aquellos pacientes cuya torsión no se logra resolver mediante un tratamiento endoscópico, y debe evaluarse su seguridad y eficacia en estudios con mayor número de pacientes⁹.

En definitiva, desde el punto de vista digestivo y endoscópico, podemos encontrarnos con dicha urgencia y hemos de individualizar cada caso para decidir si puede ser beneficiosa la colonoscopia para desvolvulación. En el caso que presentamos se decidió realizar endoscopia urgente por el buen estado general de la paciente, su edad joven y con la finalidad de resolver el problema agudo y hacer una cirugía laparoscópica con menor morbilidad en un segundo tiempo. Debido que la endoscopia no fue exitosa se optó por la cecopexia mediante laparotomía.

La baja incidencia del vólvulo intestinal hace que determinar el mejor tratamiento posible sea una tarea difícil y que haya de individualizar cada caso.

Bibliografía

1. Jones RG, Wayne EJ, Kehdy FJ. Laparoscopic detorsion and cecopexy for treatment of cecal volvulus. *Am Surg.* 2012 May;78(5):E251-2.
2. Madiba TE, Thompson SR. The management of cecal volvulus. *Dis Colon Rectum.* 2002;45:64-7.
3. Pirro N, Corroller LE, Solari C, Merad A, Sielezneff I, Sastre B. Cecal volvulus. Anatomical bases and physiopathology. *Morphologie.* 2006;90:197-202.
4. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg.* 2016 Jun;153(3):183-92
5. Agko M, Gociman B, Keilani ZM, Mukherjee A. Cecal volvulus: a rare complication of colonoscopy. *Int J Colorectal Dis.* 2012 Feb;27(2):265-6
6. Ramírez-Ramírez MM, Villanueva-Sáenz E, Ramírez-Wiella-Schwuchow G. Elective laparoscopic right colectomy for caecal volvulus: case report and literature review. *Cir Cir* 2017 Jan - Feb;85(1):87-92
7. Halabi WJ, Jafari MD, Kang CY et al. Colonic volvulus in the United States: trends, outcomes, and predictors of mortality. *Ann Surg.* 2014 Feb;259(2):293-301
8. Ruiz-Tovar J, Calero García P, Morales Castiñeiras V, Martínez Molina E. Caecal volvulus: presentation of 18 cases and review of literatura. *Cir Esp.* 2009 Feb;85(2):110-3
9. Sakamoto Y et al. Case of cecal volvulus successfully treated with endoscopic colopexy. *Asian J Endosc Surg.* 2018 Jan 11