

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A VÓLVULO DE CIEGO

INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO CECAL VOLVULUS

Gómez Sánchez J, Gallart Aragón T, García Rubio J, Nania A, Mirón Pozo B

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

Los cuadros obstructivos constituyen una de las patologías más frecuentes en la práctica quirúrgica. Su etiología incluye desde los síndromes adherenciales si hay antecedentes quirúrgicos, hasta las bridas congénitas, defectos herniarios, lesiones neoplásicas y con menos frecuencia los vólvulos intestinales. El vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico y sus localizaciones más frecuentes son el sigma, ciego y el colon transverso, relacionándose con diversos factores su etiopatogenia. A continuación se describe un caso de vólvulo de ciego para exponer su clínica, pruebas complementarias e imágenes características así como las controversias terapéuticas dada su escasa incidencia.

Palabras clave: Obstrucción intestinal, vólvulo, ciego.

Abstract

Obstructive disease is one of the most frequent pathologies in surgical practice. The etiology includes adherent syndromes if there is a surgical history, up to congenital flanges, hernial defects, neoplastic lesions and less frequently intestinal volvulus. Intestinal volvulus is produced by torsion of a mobile segment of the colon around its mesenteric axis and its most frequent locations are the sigma, cecum and the transverse colon, relating to various factors its etiopathogenesis. The following describes a case of cecum volvulus to expose the clinic, complementary tests and characteristic images, as well as therapeutic controversies due to its low incidence.

Keywords: intestinal obstruction, volvulus, cecum.

Introducción

Los vólvulos colónicos son la tercera causa de obstrucción intestinal a nivel mundial, cuyas localizaciones más frecuentes son en sigma y ciego¹, con sintomatologías similares, pero diferentes manejos terapéuticos¹. Su etiopatogenia parece multifactorial, considerando la predisposición anatómica, el estreñimiento crónico, enfermedades del sistema nervioso central, como son distrofias, enfermedad de Parkinson o Alzheimer, accidentes cerebrovasculares²... y finalmente el sexo y la edad, siendo más frecuente en mujeres con una edad comprendida entre los 50-60 años².

CORRESPONDENCIA

Javier Gómez Sánchez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
javiergomezsanchez.jg@gmail.com

Fecha de envío: 25/07/2020

Fecha de aceptación: 20/08/2020

Caso clínico

Se presenta a una mujer de 56 años que consultaba por cuadro de dolor abdominal brusco asociado a vómitos, estreñimiento de tres días de evolución, sin pérdida de peso previa o síndrome constitucional. Refería pérdida de apetito, y náuseas con el intento de ingesta.

A la exploración destacaba un abdomen doloroso a la palpación, distendido y timpánico, con cierta irritación a la descompresión brusca.

Se realizó radiografía abdominal que mostraba una dilatación colónica (Figura 1) decidiéndose completar el estudio mediante una Tomografía de abdomen que informaba de un dolicosigma con disposición anómala que sugería un vólvulo de sigma al que se añadía un diámetro cecal de 10,4 centímetros.



Figura 1
Imágenes radiológicas complementarias en las que se observa en la radiografía simple una distensión colónica, y en el TAC un ciego dilatado.

Ante estos hallazgos se efectuó colonoscopia descompresiva, con dificultad para progresar por presencia de numerosas curvas y angulaciones, que no sugería volvulación de sigma dada la ausencia de dilatación significativa. Dado el empeoramiento progresivo, se decidió tratamiento quirúrgico.

Se efectuó una laparotomía exploradora, donde se evidenció un sigma de calibre normal, y un vólvulo cecal con eje de torsión en el colon transverso (Figura 2), presentando una importante laxitud en los mesos, así como un defecto en la peritonización del parietocolico derecho. Observando una buena vascularización colónica y ausencia de líquido intraabdominal, se decidió efectuar una cecopexia y fijación del colon a distintos puntos peritoneales mediante sutura entrecortada. Tras una semana de estancia, la paciente finalmente fue dada de alta con tránsito intestinal conservado y buena tolerancia oral. A los dos años de la cirugía, la paciente sigue sin presentar ningún nuevo episodio de volvulación intestinal.

Discusión

El vólvulo cecal supone el 1-1,5% de las obstrucciones intestinales, apareciendo característicamente en mujeres de entre 50 y 60 años. Mientras que el vólvulo de sigma presenta un tratamiento inicial endoscópico, en el vólvulo cecal su papel es mínimo requiriendo la intervención quirúrgica¹⁻³. La mayoría de los pacientes con un

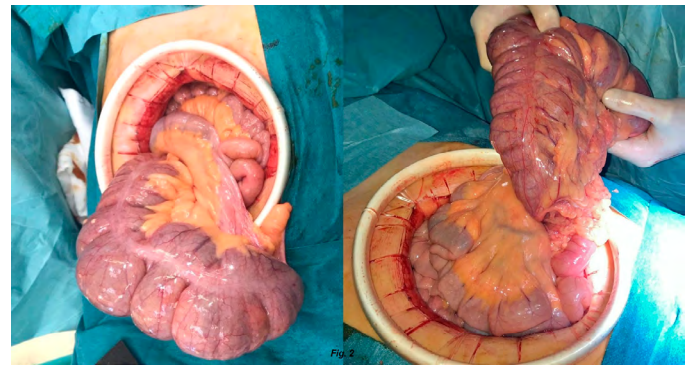


Figura 2
Hallazgo intraoperatorio del ciego volvulado, con una laxitud importante en sus mesos.

vólvulo de ciego presentan una rotación axial completa que produce torsión del mesenterio y de su vascularización, lo que afecta a la perfusión cecal⁴⁵.

Sus manifestaciones clínicas son el dolor abdominal exacerbado por el peristaltismo intestinal, náuseas, vómitos y estreñimiento. La exploración abdominal muestra un abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda, con especial precaución cuando existe intensa irritación peritoneal o fiebre, ya que puede ser orientativo de una isquemia o perforación intestinal⁵.

Las pruebas complementarias más útiles para su diagnóstico son la radiografía abdominal simple y la tomografía abdominal^{2,5}, como se realizó en nuestro caso, que si bien en ocasiones puede presentar dificultad para discernir entre vólvulo de sigma o de ciego dada la dilatación intestinal.

Respecto a su tratamiento a diferencia del vólvulo de sigma, donde la colonoscopia presenta una eficacia comprobada, en el vólvulo cecal el papel endoscópico terapéutico es mínimo y con mayor riesgo de perforación. Es por ello que la mayoría de los pacientes requieren un tratamiento quirúrgico⁵ y en este escenario terapéutico se plantean diversas opciones.

Si existe un ciego de aspecto isquémico o perforado, la cirugía estándar es la hemicolectomía derecha, bien con anastomosis primaria, o según el estado del paciente, con una ileostomía y fístula mucosa colónica²⁻³.

El aspecto más controvertido de su tratamiento es la técnica a efectuar cuando el ciego y el colon no presentan signos de sufrimiento. Se puede plantear la mera desvolvulación del ciego, que asocia unas recidivas entre el 13-75%⁵. La cecostomía, que asocia complicaciones como la necrosis e isquemia cecal, prolapso mucoso, fuga de heces intraperitoneal... con una tasa de recidiva del 2-14% y una importante morbilidad⁵. La cecopexia, que consiste en anclar el ciego al peritoneo parietal así como la fijación del colon ascendente y del ángulo hepático a varios tramos de este peritoneo, lo que reduce el riesgo de recidiva al disminuir su movilidad. Este fue el procedimiento que se decidió realizar en nuestra paciente. Es un procedimiento seguro, con baja mortalidad, si bien es cierto que existe una tasa de

recidiva que oscila entre el 0 y el 28%⁵. Y por último la ileocequectomía o la hemicolectomía derecha, con mayor morbimortalidad al ser una técnica resectiva aunque si bien es cierto que es la técnica con menor riesgo de recidivas y de elección ante compromiso intestinal^{2,5}.

El vólvulo cecal supone una causa rara de obstrucción intestinal que suele requerir intervención quirúrgica. Asocia un fallo en la fusión del mesenterio ascendente y el peritoneo parietal posterior que deriva en una movilidad cecal aumentada⁵, de ahí que su tratamiento varíe. La cecopexia podría estar indicada en casos sin signos de isquemia o necrosis, con lo que se evitaría la apertura de colon no preparado y convertir una cirugía limpia en otra contaminada, comprobando como en nuestro caso que es una técnica eficaz y segura.

Bibliografía

1. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg.* 2016 Jun; 153(3):183-92. DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2016.03.006.
2. Ruiz-Tovar J, Calero P, Morales V, Martínez E. Vólvulo de ciego: presentación de 18 casos y revisión de la literatura. *Cir Esp.* 2009 Feb; 85(2):110-3. DOI: 10.1016/j.ciresp.2008.09.003
3. Gingold D, Murrell Z. Management of Colonic Volvulus. *Clin Colon Rectal Surg.* 2012 Dec; 25(4): 236–244. DOI: 1055/s-0032-1329535
4. Madiba T.E, Thompson S.R. The management of cecal volvulus. *Dis Colon Rectum.* 2002; 45 : 64-67
5. Hodin R, Weiser M. Cecal Volvulus. <https://www.uptodate.com>. Accessed on August 2020.