



Oclusión intestinal secundaria a vólvulo de ciego

Gerardo Gil-Hernández,* Sergio U. Pérez-Escobedo,* Ulises Rodríguez-Wong,* Javier García-Álvarez,* José Rafael Peñavera-Hernández,** Mariana Torres-Landa***

RESUMEN

El vólvulo de ciego 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. Debido a la rara presentación y la escasa repetición el diagnóstico y tratamiento se retrasan. El objetivo de esta revisión es suscitar el conocimiento a través del caso clínico, patogénesis de la enfermedad, características clínicas y reporte histopatológico.

Palabras clave: Vólvulo de ciego, hemicolectomía, ileostomía.

ABSTRACT

Cecal volvulus is a rare clinical presentation and a cause of intestinal obstruction in these patients presenting clinical variables that can be reached from acute abdominal pain to septic shock. Because of the unusual presentation and low repetition favors a delay in diagnosis and treatment. The objective of this review is to raise awareness through the clinical case of disease pathogenesis, clinical features and histopathology.

Key words: Cecal volvulus, hemicolectomy, ileostomy.

INTRODUCCIÓN

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.^{1,2}

Representa únicamente 1% de los casos de oclusión intestinal en el adulto.³ Se produce en cualquier parte del tubo gastrointestinal, principalmente en porciones con mesenterio largo, estrecho y móvil.^{4,5}

El colon izquierdo es el sitio más frecuente con 45 a 80% de los casos, colon derecho en 15 a 30%, transverso yángulo esplénico en dos a 5%.^{2,4,6}

La causa principal de los vólvulos localizados en el sector derecho (de muy escasa frecuencia) es una malformación congénita.^{2,4}

Los factores predisponentes en estos pacientes son agentes culturales que influyen en la dieta y afectan la motilidad intestinal, se presenta en diferentes etapas de la vida.

ANATOMÍA Y PATOGENIA

El desarrollo intestinal durante la embriogénesis es un proceso complejo y secuencial; durante las etapas finales el ciego gira en sentido contrario hacia la derecha desde el lado izquierdo del abdomen para su posición final en el abdomen inferior derecho.^{2,3,5}

Simultáneamente con el proceso de rotación final es la fijación del mesenterio del colon derecho a retroperitoneal.^{3,5,7}

Las personas con rotación intestinal incompleta por lo general desarrollan fijación inadecuada del colon derecho relacionado con el potencial vólvulo cecal para la formación.^{2,3}

Otras condiciones adicionales que favorecen la presentación de vólvulo cecal es íleo adinámico, estreñimiento crónico, desplazamiento de ciego, hiperperistaltismo y distensión de colon.^{7,8}

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los hallazgos clínicos y anomalías de laboratorio asociados con vólvulo cecal se determinan por el patrón, la gravedad y la duración de la obstrucción intestinal, desde dolor abdominal intermitente, dolor abdominal tipo

* Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México

** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Juárez de México

*** Médico Interno de pregrado, Hospital Juárez de México.



Figura 1. Radiografía simple de abdomen que muestra dilatación de asas intestinales y edema interasa.

cólico, vómito, con o sin masa abdominal palpable o sintomatología asociada con necrosis intestinal.^{9,10}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años de edad sin antecedentes de importancia, con padecimiento de siete días de evolución con dolor abdominal tipo cólico, difuso, mal localizado, intensidad 5 de 10 en la escala subjetiva del dolor, sin irradiaciones, con dificultad para la canalización de gases e imposibilidad para evacuar. Posteriormente distensión abdominal, con aumento de dolor, al cual se agregó náusea y vómito en tres ocasiones, de características fecaloideas con las que mejoraba parcialmente el cuadro, motivo por el cual acudió al Servicio de Urgencias.

- **Exploración física:** TA 130/90. FC 111. FR 25. Temperatura 36.6°. Abdomen distendido, peristalsis abolida, dolor a la palpación media y profunda en cuadrante inferior derecho, rebote dudoso, timpanismo generalizado conservándose matidez hepática, tacto rectal con ampolla rectal vacía, esfínter normotónico; no se palparon tumoraciones. Se colocó sonda nasogástrica y se obtuvieron 2,000 mL de líquido de aspecto fecaloide.
- **Laboratorio.** Leucocitos 12.200, neutrófilos 94%, Hb 10, Hto 29.9, plaquetas 327,000, Cr 14, BUN 179, k 5.6, Cl 103, Na 139, Tp 13", TpT 30".

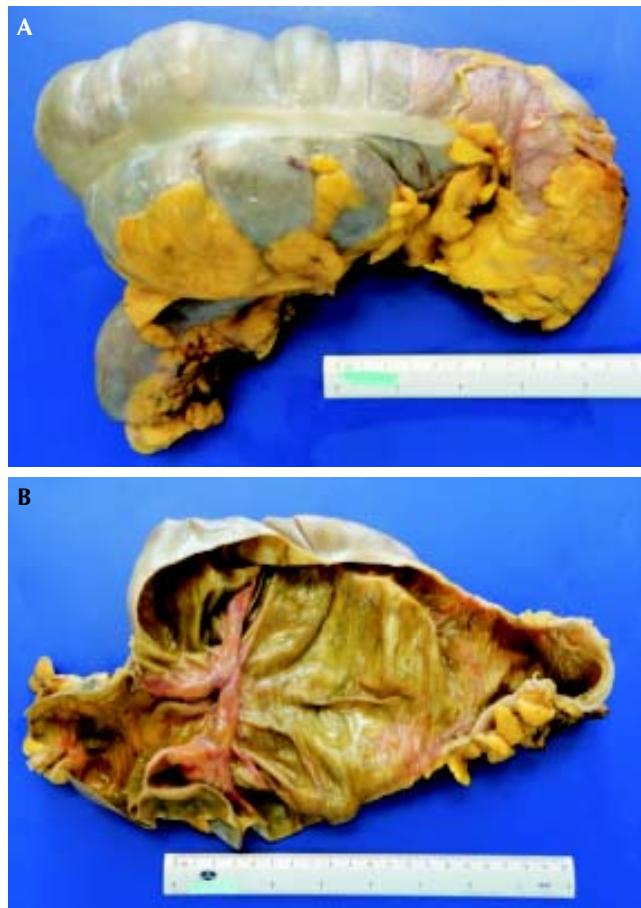


Figura 2. Dilatación acentuada de pared de ciego y colon ascendente, edema submucoso y congestión pasiva moderada, pólipos hiperplásicos de 3 mm, apéndice cecal con cambios atróficos.

- **Radiografía de abdomen.** Presencia de distensión de asas de delgado y colon, además de edema interasa (Figura 1).

Intervención quirúrgica

Se realizó incisión supra e infra umbilical media, a la apertura de la cavidad se encontraron 500 cc de líquido de reacción, cetrino. Distensión de asas de delgado, ciego dilatado de aproximadamente 17 cm de diámetro.

Se redujo vólvulo y se realizó hemicolectomía derecha, ileostomía terminal con procedimiento de Hartman en colon transverso.

Reporte histopatológico

Dilatación acentuada de pared de ciego y colon ascendente, edema submucoso y congestión pasiva moderada,



pólipo hiperplásico de 3 mm, apéndice cecal con cambios atróficos (Figura 2).

CONCLUSIONES

En el grupo de edad joven el vólvulo es causado por malformación intestinal o ejercicio excesivo. En contraste, el vólvulo en el anciano se asocia con el estreñimiento crónico o la demencia senil.

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 es de exclusión durante la laparotomía.^{6,7,9,10}

REFERENCIAS

1. Catalano O, Grassi R, Rotondo A. Intestinal malrotation in adults: report of 2 cases studied with computed tomography. Radiol Med Torino 1996; 91: 821-3.
2. Touloukian RJ, Smith EI. Disorders of rotation and fixation. In: O'Neill JA (Ed.). Pediatric surgery. Vol 2. 5th. ed. Baltimore: Mosby; 1998, p. 1199-203.
3. Ruiz-Tartas A, Arizaga-Rovalino P, Fernández-Lobato R, Marín-Lucas FJ, Jiménez-Miramón FJ, Moreno-Azcoita M. Intestinal malrotation in an adult. Rev Esp Enferm Dig 1994; 86: 701-2.
4. Steward DR, Colodny AL, Daggett WC. Malrotation of the bowel in infants and children: a 15 year review. Surgery 1976; 79: 716-20.
5. Snyder WH Jr., Chaffin L. Embryology and pathology of the intestinal tract: presentation of 40 cases of malrotation. Ann Surg 1954; 140: 368-80.
6. Hashimoto Y, Shigemoto S, Nakashima A, Murakami Y, Sueda T. Successful preoperative diagnosis of a rare bowel obstruction: cecal volvulus. J Gastrointest Surg 2008; 12(1): 202-4.
7. Gamblin TC, Stephens Jr. RE, Johnson RK, Rothwell M. Adult malrotation: A case report and review of the literature. Current Surg 2003; 60(5): 517-20.
8. Dott NM. Anomalies of intestinal rotation: their embryology and surgical aspects with report of five cases. Br J Surg 1923; 11: 251.
9. Consorti ET, Liu TH. Diagnosis and treatment of cecal volvulus. Postgrad Med J 2005; 81: 772-6.
10. Rabin MS, Richter IA. Caecal bascule-a potential clinical and radiological pitfall. Case reports. S Afr Med J 1978; 54(6): 242-4.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Gerardo Gil-Hernández
Servicio de Cirugía General
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160
Col. Magdalena de las Salinas,
Del. Gustavo A. Madero
C.P. 06770, México D.F.