



Vólvulus de ciego, diagnóstico por imagen. Caso clínico-radiológico

Mariana Márquez-Benítez,* Carolina González-Vergara,† Arturo García-Escobedo*

Se presenta el caso de un hombre de 66 años que inicia con dolor abdominal en epigastrio tipo cólico, con intensidad 8/10 según la escala visual análoga (EVA), sin irradiaciones. Después de 48 horas se agrega anorexia; náusea y vómito en cuatro ocasiones. Canaliza gases sin evacuar y el dolor abdominal incrementa, por este motivo es que ingresa al Servicio de Urgencias.

Durante la exploración física el abdomen se encuentra distendido, con dolor a la palpación profunda, predominantemente en la fossa iliaca derecha, además hay rigidez involuntaria. La peristalsis está presente, pero disminuida en frecuencia e intensidad.

La radiografía simple de abdomen muestra un asa muy dilatada de pared gruesa localizada en el mesogastrio. Se visualizan asas de intestino delgado dilatadas sin edema de pared. No se observa gas en la fossa iliaca derecha (*Figura 1*).

Existe sospecha de obstrucción intestinal, por lo que se realiza una tomografía computada, la cual confirma la distensión de asas de yeyuno proximal y distal que se opacificaron con el contraste oral. El ciego está muy dilatado y es de localización ectópica, con un diámetro anteroposterior máximo de 11 cm, rotado en su propio eje. También se manifiesta rotación del mesenterio que produce elongación del pedículo vascular. La tomografía demuestra la torsión (signo tomográfico del remolino). No hay datos de isquemia (*Figuras 2 y 3*).

Con estos hallazgos se integra el diagnóstico de vólvulus cecal, y se decide que el manejo será quirúrgico.

En la cirugía abierta se encuentra ciego ectópico con presencia de vólvulus y distensión de asas de intestino



Figura 1. Asa intestinal extremadamente dilatada centroabdominal y ausencia de ciego en fossa iliaca derecha.

* Residente de Radiología.

† Radióloga adscrita. Departamento de Radiología e Imagen. Jefa de la División de Educación Médica.

Hospital Ángeles Mocel.

Correspondencia:

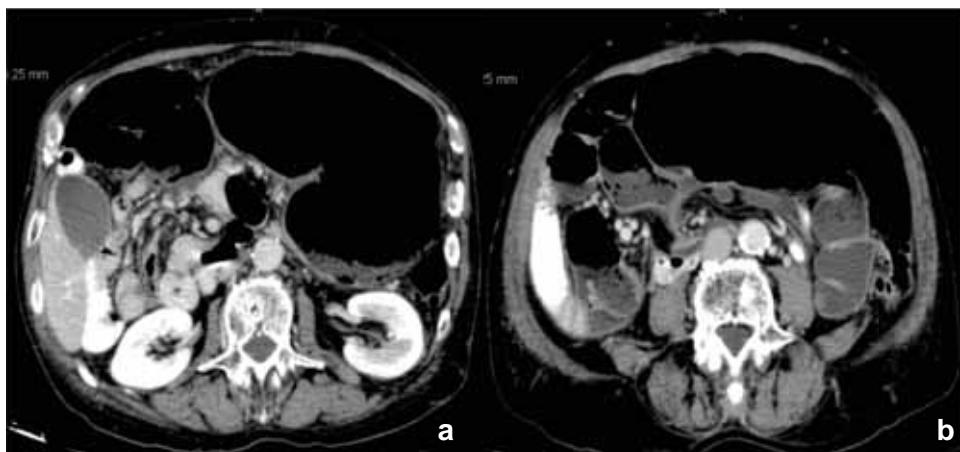
Dra. Mariana Márquez-Benítez

Hospital Ángeles Mocel, Gelati No. 29-409, Col. San Miguel Chapultepec, 11850, México, D.F.

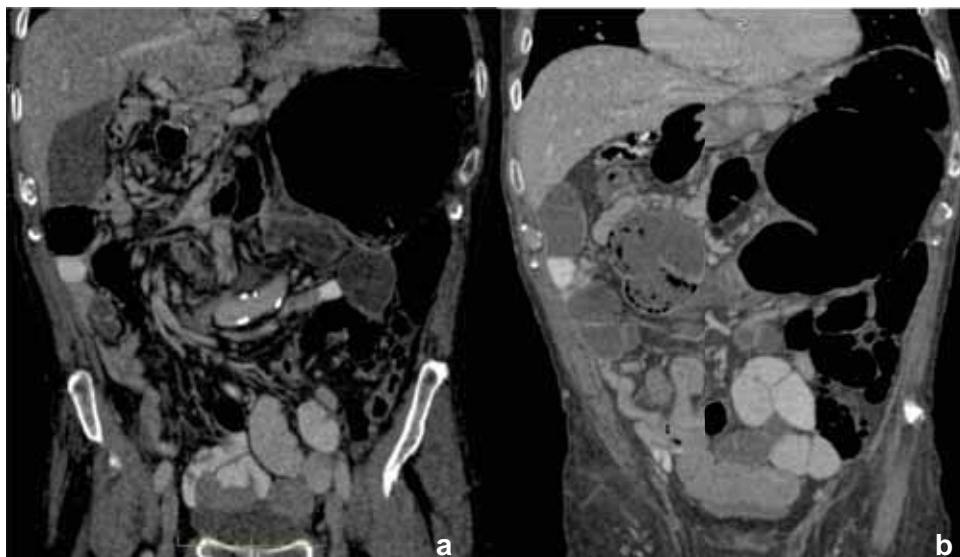
Correo electrónico: marquez.mariana@gmail.com

Aceptado: 11-09-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

**Figura 2.**

Ciego dilatado de localización ectópica. **a)** Tracción y rotación del pedículo vascular. **b)** Rotación cecal sobre su propio eje.

**Figura 3.**

Reconstrucciones coronales contrastadas que corroboran la torsión del pedículo vascular. **a)** Signo del remolino. **b)** Torsión del mesenterio y ausencia de ciego en fosa iliaca derecha.

**Figura 4.** Ciego volvulado, dilatado, expuesto en el evento quirúrgico.

delgado. Se realiza apendicectomía y descompresión cecal con sonda de Nelatón (*Figura 4*).

VÓLVULUS CECAL

Es una torsión del ciego en torno a su propio mesenterio que afecta habitualmente al colon ascendente y al íleon terminal, lo que resulta frecuentemente en un cuadro de obstrucción intestinal.^{1,2}

El vólvulus del ciego ocupa del 1 al 1.5% de todas las causas de oclusión intestinal, después del vólvulo de sigmoídes con una incidencia de 2.8 a 7.1 por millón de personas al año.²

Esta patología se debe a una fijación peritoneal anormal del ciego, la cual suele ser una variación anatómica común, que permite al colon proximal ser libre y móvil.

Los vólvulos cecales ocurren en un porcentaje de 11-25% en la población que tiene un defecto en el desarrollo de la fijación peritoneal.¹

En los adultos jóvenes, los vólvulos son causados por malformaciones intestinales, ejercicio excesivo y alteraciones en el mesenterio. En los adultos mayores se asocia con constipación crónica, obstrucción del colon distal o demencia senil.³

Pueden existir situaciones adicionales como adherencias, masas abdominales o cicatrices que sirvan como punto de apoyo para la rotación del mesenterio.¹⁻³

La imagen clásica es un asa intestinal extremadamente dilatada que puede aparecer en cualquier localización dentro del abdomen, comúnmente en el hipocondrio izquierdo o centroabdominal. En la mayoría de los casos el ciego supera los 9 cm de diámetro. Otros hallazgos asociados son la ausencia del ciego en la fossa iliaca derecha, asas de intestino delgado distendidas ocupando su localización y colapso del colon distal.²

Se describe el signo del remolino como hallazgo específico de vólvulo intestinal pero no es exclusivo del ciego; puede identificarse en otro tipo de obstrucciones intestinales.²

El manejo de estos pacientes se realiza con cirugía o colonoscopia; sin embargo, al contrario que en el vólvulo de sigmoides, se prefiere el tratamiento quirúrgico, ya que con la colonoscopia el vólvulo de ciego tiene una tasa de recurrencia del 50%.

El tratamiento quirúrgico incluye la cecopexia y la resección del colon cuando existe isquemia intestinal.³

REFERENCIAS

1. Rosenblat JM et al. Findings of cecal volvulus at CT. *Radiology* 2010; 256(1): 169-175.
2. López-Pérez E, Martínez-Pérez MJ et al. Vólvulo cecal: características en imagen. *Radiología* 2010; 52(4): 333-341.
3. Katoh T, Shigemori T, Fukaya R et al. Cecal volvulus: Report of a case and review of Japanese literature. *World J Gastroenterology* 2009; 15(20): 2547-2549.