



Volvulus cecal.

Revisión de la literatura y reporte de caso

Carlos Francisco Chon Ávila,* Roberto Rebollar González,** Mitzely Yadira Murrieta Padilla***

RESUMEN

La incidencia reportada del vólvulos cecal descrita en la literatura es baja debido a que no es típica, en primer lugar por su localización anatómica y en segundo por su fisiopatología. En general, por la falta de fijación retroperitoneal del colon derecho que predispone a la rotación axial de la unión ileocólica y que puede presentarse como un cuadro de obstrucción intestinal aguda que puede o no comprometer la circulación mesentérica, con predominio principal en la cuarta década de la vida en el género femenino. El tratamiento en general varía desde la hemicolectomía, cecostomía, descompresión endoscópica o la cecopexia teniendo cada una de ellas su indicación precisa.

Palabras clave: Vólvulos cecal, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

The incidence reported of the cecal volvulus described in the literature is low due to the fact that it is not typical, first for its anatomical location and in second for its physiopathology. In general, for the lack of retroperitoneal fixation of the right colon that predisposes to the axial rotation of the ileocolic union and it can present as a picture of acute intestinal obstruction that can or not compromise the mesenteric traffic, with principal predominance in the fourth decade of the life in the feminine genre. The treatment in general changes from the hemicolectomy, cecostomy, endoscopic decompression or the cecopexy having each of them its precise indication.

Key words: Cecal volvulus, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

El primer reporte de vólvulos en la literatura fue realizado por Rokitsky en 1837, desde aquel año hasta hoy en día la patología ha sido una causa poco frecuente de obstrucción intestinal por lo que su diagnóstico temprano es difícil, su mortalidad alta y su tratamiento controversial.¹ Hay diferencias importantes entre el vólvulo cecal y el sigmoideo ya que van a depender principalmente de su localización, llevando consigo una morbilidad, sintomatología, radiología y tratamientos diferentes.² Dentro de los factores de riesgo para desarrollar vólvulo cecal se encuentran antecedentes de constipación crónica, lesiones colónicas obstructivas, cirugía previa abdominal³ y embarazo.⁴ Como ya se mencionó, el tratamiento sigue siendo debatido; el tratamiento no quirúrgico aporta menos resultados favorables por medio de la descompresión siendo su tasa

de éxito menor de 30%; por otra parte, la directriz del tratamiento quirúrgico dependerá del diagnóstico temprano o tardío. En el diagnóstico temprano la reducción aislada, reducción con fijación y reducción con cecostomía son los métodos preferidos manteniéndose con una tasa de recidiva de 15%. Si el diagnóstico es tardío y se presentan complicaciones se prefiere la resección intestinal con anastomosis o la ileostomía, ya sea por cirugía abierta o laparoscópica,⁵ ambas con una tasa de 100% de éxito.⁶

REPORTE DE CASO

Masculino de 70 años de edad, originario y residente del Estado de México, campesino, antecedente de hipertensión arterial de reciente diagnóstico sin manejo. Acude por dolor abdominal súbito intenso tipo cólico, constante y continuo en cuadrantes inferiores de 72 horas de evolución; se agrega distensión abdominal, constipación y obstinación con fiebre no cuantificada y ataque al estado general, por lo que acude a este hospital. EF dirigida FC 110 ´, TA 140/90 mmHg, FR 16 ´, temp. 38 °C, palidez (+), mal

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía General, Hospital General "Las Américas", ISSEM.

** Residente de primer año de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

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

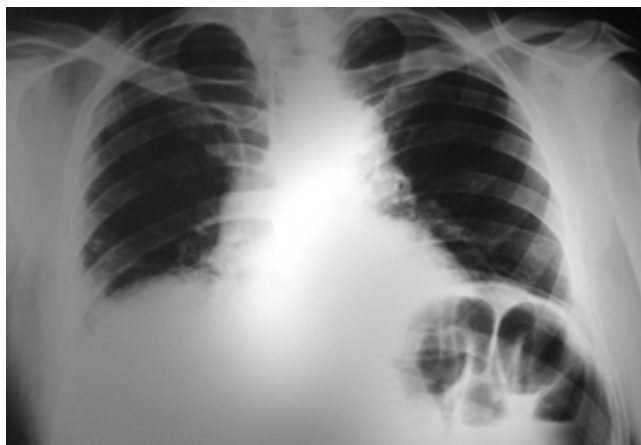


Figura 1. Rx PA de tórax: no hay aire libre subdiafragmático y se evidencian asas dilatadas en cuadrante superior izquierdo.



Figura 2. Rx simple de abdomen: corrobora asas dilatadas en cuadrante superior izquierdo, niveles hidroaéreos de predominio en mismo cuadrante, ausencia de aire en ámpula rectal.

hidratado, cardiopulmonar sin compromiso aparente. Abdomen globoso por distensión abdominal, con resistencia muscular involuntaria en todos los cuadrantes, rebote (+) generalizado, peristaltismo de lucha, timpanismo en cuadrantes superiores, no se palpan viceromegalias, tacto rectal con ámpula vacía, sin muestras de sangrado.

Citometría hemática: leucocitos 29,000 cel/mm³, Hb 17, plaquetas 120,000, glucosa 200 mg/dL, urea 50, creatinina 3.5, Na 152 mEq, K 4 mEq, DHL 570. Gasometría arterial con acidosis metabólica descompensada.



Figura 3. Imagen transoperatoria de ciego dilatado por vólvulos, el cual ya fue reducido, y dilatación proximal de asas secundaria. Necrosis total de cara posterior de ciego.

Rx de tórax sin opacidades ni aire libre subdiafragmático (Figura 1). Rx de abdomen con niveles hidroaéreos en cuadrante inferior izquierdo e imagen de grano de café en cuadrante superior izquierdo (Figura 2).

Se inicia reanimación con líquidos, se coloca catéter central y urinario y se prepara para quirófano con diagnóstico de obstrucción intestinal alta complicada.

Hallazgos: Ciego no fijo a pared abdominal, con vólvulos del mismo que ocasiona distensión con diámetro de 15 cm y necrosis en su totalidad, 500 mL de líquido hemato-purulento en cavidad (Figura 3).

Se realizó hemicolectomía derecha e ileostomía. Se egresó paciente a UCI con diagnóstico de sepsis abdominal secundario a vólvulos cecal complicado, fallece al 2º día postoperatorio.

DISCUSIÓN

El vólvulos cecal es una causa rara de abdomen agudo e incluye una cuenta aproximada de 25% de todos los casos de vólvulos colónico agudo.⁷

Un requisito indispensable para la aparición del vólvulos cecal *de novo* parece deberse a la movilidad anormal del ciego resultado de un desarrollo inapropiado de la fusión del mesenterio del ciego y el colon derecho con el peritoneo parietal posterior. En el desarrollo normal *in utero* el intestino rota en la parte distal del ileon antes de regresar al abdomen y proseguir con la fusión del mesocolon ascendente al intestino derecho.^{5,8}

Charles S. O'Mara y cols. mostraron que los síntomas predominantes en el cuadro clínico eran: dolor abdominal (90%), náusea y vómito (68%), obstipación (60%) y diarrea (24%).



Los factores de riesgo principales para el desarrollo del volvulus cecal son: episodio previo, cirugía abdominal previa, embarazo, obstrucción distal.⁹

Clínicamente el volvulus cecal que da como resultado la isquemia colónica y la perforación requiere de un tratamiento quirúrgico inmediato debido al riesgo elevado de sus complicaciones. La reducción quirúrgica inmediata del segmento torcido es el tratamiento más efectivo, con esto se elimina la posibilidad de la recurrencia, así como la mortalidad y la morbilidad asociadas.^{10,11} Cuando el ciego está viable la cecostomía, la cecopexia o la resección son aceptables dependiendo de la condición del paciente: la cecostomía formal o en tubo puede ser usada después de la destorción, para la descompresión y fijación en pacientes con escasos factores de riesgo como medida terapéutica. La cecopexia incluye la destorción del ciego y la fijación con suturas o con el uso del mismo peritoneo; sin embargo, su tasa de recurrencia permanece elevada en rangos mayores a 20%.⁶ Finalmente, la resección es el procedimiento de elección ya que excluye totalmente la posibilidad de recurrencia.

La anastomosis primaria es óptima aun cuando en ocasiones se considera más segura una ileostomía de protección. En un estudio realizado se sugirió que la anastomosis primaria puede ser realizada en la presencia de ciego gangrenoso sin incrementar el riesgo de falla de la anastomosis de dichos pacientes;⁵ sin embargo, la mayoría de las referencias concuerdan que en pacientes complicados, deberá diferirse la anastomosis primaria y optar por la derivación con ileostomía protectora.

REFERENCIAS

1. O'mara CS, Wilson TH Jr, Stonesifer GL, Cameron JL. Cecal volvulus analysis of 50 patients with long-term follow-up. *Ann Surg* 1979; 189: 724.
2. Andersson A, Bergdahl L, Van Der Linden W. Volvulus of the cecum. *Ann Surg* 1975; 181(6): 878.
3. Siveke JT, Braun GS. Small bowel and cecal volvulus due to mesenteric torsion. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(9): 2554.
4. Zuidema GD, Yeo CJ. Cirugía del aparato digestivo. Shackelford. 5a Ed. México: Ed Médica Panamericana; 2005, p. 71.
5. Kelly MD, Bunni J, Pullyblank AM. Laparoscopic assisted right hemicolectomy for cecal volvulus. *World Journal of Emergency Surgery* 2008; 3: 4.
6. Rabinovici R, Simansky DA, Kaplan O, et al. Cecal volvulus. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 765.
7. Hiltunen KM, Syrja H, Matikainen M. Colonic volvulus. Diagnosis and results of treatment in 82 patients. *Eur J Surg* 1992; 158: 607-11.
8. Scott CD, Trotta BM, Dubose JJ, Ledesma E, Charles M, Frie L. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2008; 14(2): 158-62.
9. Ballantyne GH, Brandner MD, Beart RW Jr, Ilstrup DM. Volvulus of the colon incidence and mortality. *Ann Surg* 1985; 202: 85-91.
10. Meyers JR, Heifetz CJ, Bave AE. Cecal volvulus: A lesion requiring resection. *Arch Surg* 1972; 104: 594-9.
11. Margolin DA, Whitlow CB. The pathogenesis and etiology of colonic volvulus. *Semin Colon Rectal Surgery* 1999; 10: 129.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Carlos Francisco Chon Ávila
Servicio de Cirugía General
Hospital General "Las Américas"
Aldama 9, Depto. 307
Col. Buenavista
Del. Cuauhtémoc
C.P. 06350, México, D.F.
Tel.: 5535-4820