

Vólvulo de ciego: Reporte de caso

Caecum volvulus: Report case

Efraín Pacheco-Trujillo*, Angélica Acosta-Sánchez*

RESUMEN

Introducción: El vólvulo de colon es una causa frecuente de obstrucción intestinal en adultos. La localización más frecuente es sigmoides, seguido de ciego. El principal mecanismo de producción es la rotación del borde mesentérico en sentido de las manecillas del reloj. La presentación clínica típica corresponde a la de una oclusión intestinal y el estudio de gabinete más sensible para realizar el diagnóstico es la tomografía computarizada.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 88 años con hipertensión arterial de 5 años de evolución, en tratamiento con captopril (50 mg/día, 7 veces por semana) y antecedente de hysterectomy y salpingo-ovorectomía bilateral secundario a cáncer no especificado. La paciente acude al área de urgencias del Hospital General de Chetumal con dolor abdominal de 8 días de evolución, localizado en hemiabdomen superior, con posterior generalización, de tipo punzante, gran intensidad y sin irradiaciones, acompañado de náusea y vómito en múltiples ocasiones de contenido gástrico que no mejoran el cuadro. Se decide realizar laparotomía exploratoria urgente con las sospechas diagnósticas de trombosis mesentérica o úlcera péptica perforada. Los hallazgos quirúrgicos fueron: líquido libre turbio en cavidad abdominal, megacolon con asas distendidas (aproximadamente 20 cm de diámetro), vólvulo de ciego y necrosis pancolónica, así como adherencia firme de íleon a vejiga.

Conclusión: A pesar de que el vólvulo colónico es una causa frecuente de oclusión intestinal, la localización en ciego es inusual, en este caso se presentó como una urgencia quirúrgica que impidió completar el protocolo diagnóstico, sin retrasar por ello la instauración del tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: obstrucción intestinal; vólvulo intestinal; ciego.

ABSTRACT

Introduction: Colon volvulus is a frequent cause of intestinal obstruction in adults. The most common location of this blockage is sigmoid, followed by cecum. The main mechanism of formation is the clockwise mesenteric edge twisting. The typical clinical presentation corresponds to that of bowel obstructions and the proper medical study for diagnosis is computed tomography.

Clinical case: We present the case of an 88 year-old woman with high blood pressure of 5 years of evolution, in treatment with captopril (50 mg/day, 7 days per week) and history of hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy secondary to unspecified cancer.

The patient comes to the Emergency Department of the General Hospital of Chetumal with an 8 day- evolution abdominal pain, located in upper hemiabdomen, with subsequent generalization, puncture-type, high intensity and without radiation, accompanied by nausea and vomiting on multiple occasions of gasterobiliar content that do not improve the picture. We decided to carry out urgent exploratory laparotomy with mesenteric thrombosis or perforated peptic ulcer diagnostic suspicion. The surgical findings were: liquid free cloudy in abdominal cavity, megacolon with handles distended (approximately 20 cm in diameter), volvulus of cecum and pancolonica necrosis, as well as grip ileal bladder.

Conclusion: While colonic volvulus is a frequent cause of bowel obstruction, the location in cecum is unusual, in this case arose as a surgical emergency that prevented complete the diagnostic protocol, without delaying the introduction of surgical treatment for it.

Keywords: intestinal obstruction; intestinal volvulus; cecum.

* Secretaría de Salud de Quintana Roo. México.

Correspondencia: Efraín Pacheco-Trujillo. Agustín Olachea 540, fraccionamiento Flamboyanes, Chetumal, Quintana Roo. México C.P. 77017.

Correo electrónico: efrain_pacheco@hotmail.com

RECIBIDO: 04 de febrero de 2016.

ACEPTADO: 11 de abril de 2016.

INTRODUCCIÓN

El vólvulo de colon es una causa común de obstrucción intestinal, a nivel mundial ocupa el tercer lugar de las obstrucciones y es responsable de 15% de las obstrucciones en Estados Unidos. Puede afectar todas las partes del colon, pero ocurre con mayor frecuencia en sigmoides y ciego. El término viene de la palabra en latín “volvere” que significa torsión⁽¹⁾.

Las principales causas son meso largo y redundante, dieta rica en residuos, estreñimiento crónico y abuso de laxantes⁽²⁾. Es más común en mujeres mayores de 70 años y la localización por orden de frecuencia es: 80% en sigma, 15% en ciego y 5% colon transverso^(2,4-5).

El tratamiento de elección es la colectomía con anastomosis primaria o procedimiento de Hartmann. La descompresión neumática vía rectal es una alternativa que presenta más de 90% de recidiva. Pacientes con datos de sepsis requieren manejo con antibióticos de amplio espectro, ayuno e hidratación previo al tratamiento quirúrgico definitivo⁽¹⁾.

El vólvulo de ciego representa 1% de los casos de oclusión intestinal en el adulto. Se produce por una torsión de un segmento móvil de colon alrededor de su eje mesentérico, es el segundo lugar de presentación más frecuente, involucra al ileon terminal ciego y la porción proximal de colon derecho⁽⁵⁾.

Existen dos variantes: 1) la rotación axial de la porción proximal de colon derecho, ciego e ileon terminal alrededor de su propio mes-enterio, generalmente en el sentido de las manecillas del reloj; y 2) el plegamiento anterosuperior del ciego sin rotación axial, conocido como basculación del ciego, el cual es menos frecuente, causa menos compromiso vascular y afecta principalmente a mujeres jóvenes^(1,4) (figura 1).

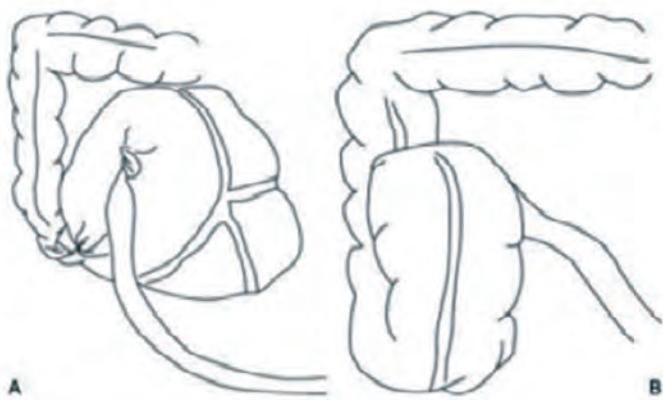


FIGURA 1. Se muestra glande eritematoso y de aspecto brillante.

Existen dos picos de mayor incidencia en la basculación cecal, el primero de 10 a 29 años por malformaciones intestinales, ejercicio excesivo, mesenterio común para intestino delgado y grueso. El segundo pico de 60 a 79 años, asociado a constipación crónica, obstrucción distal y demencia senil. Como factor de riesgo importante también se encuentra el antecedente de cirugía abdominal previa. La clínica consiste en dolor intermitente en el cuadrante inferior derecho. Puede agregarse náusea, vómito y distensión abdominal⁽¹⁾.

En casos de estrangulación aparecen datos de irritación peritoneal, inestabilidad hemodinámica y alteraciones hidroelectrolíticas^(1,2).

Los hallazgos radiológicos clásicos son la imagen en grano de café, aire y líquido en cuadrante superior derecho, que se presenta en aproximadamente 50% de los pacientes. Cuando el diagnóstico es dudoso, está indicado el colon por enema que muestra la clásica imagen en pico de pájaro^(1,4).

El estudio más sensible y específico es la tomografía computarizada, indicada en pacientes hemodinámicamente estables. Los principales signos tomográficos son: ciego localizado en cuadrante superior derecho y marcadamente distendido (mayor a 10 cm). Especificidad 100%; signo del pico de pájaro; signo del remolino. Torsión del mesenterio y asa intestinal a lo largo del eje axial⁽²⁾.

El tratamiento no quirúrgico, vía endoscópica para el vólvulo cecal es limitado e inefectivo, causando mayor riesgo de isquemia, por lo que el tratamiento de primera elección es el quirúrgico. Los hallazgos en la laparotomía incluyen gangrena en un 23 a 100% de los casos que requiere resección, presentando mortalidad de 0 a 32%.

En caso de encontrar intestino viable, se realiza reducción manual con riesgo de recidiva del 25 a 70%, por lo que puede realizarse cecopexia o cecostomia. La cecopexia sola presenta alto riesgo de recidiva, la cecostomia tiene una baja tasa de recidivas pero presenta mayor tasas de mortalidad y morbilidad en comparación de la cecopexia ya que se reporta necrosis cecal, fuga intestinal y fistula^(1,2).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 88 años de edad, ama de casa, originaria de Chetumal Quintana Roo, desconoce antecedentes heredofamiliares, con hipertensión arterial de 5 años de evolución, en tratamiento con captoril (50 mg/d 7 veces por semana) y antecedente de histerectomía y salpingooforectomía bilateral, secundario a cáncer no especificado. Resto negados.

La paciente acude al área de urgencias del Hospital General de Chetumal con dolor abdominal de 8 días de evolución, localizado en hemiabdomen superior, con posterior generalización, de tipo punzante, gran intensidad y sin irradiaciones, acompañado de náusea y vómito en múltiples ocasiones de contenido gástrico que no mejoran el cuadro. Presenta hiporexia, hipertermia no cuantificada, imposibilidad para canalizar gas rectal y melena.

A la exploración física se percibe somnolienta, consciente, orientada, cooperadora y subhidratada. Se detecta palidez de tegumentos ++, aliento afrutado, febril, taquicárdica (110 lpm), taquipneica (26 rpm), tensión arterial de 110/70 mmHg y temperatura de 38 °C. Respiración de Kussmaul, campos pulmonares hipoventilados, ruidos cardíacos ritmicos, buena intensidad, se ausulta soplo pulmonar. El abdomen distendido, a tensión, no se palpan megalías, no masas ni plastrones, peristalsis disminuida e hipertimpánico a la percusión.

Los estudios de laboratorio reportaron: anemia moderada (Hb 7.8 g/dl), leucocitosis (21.5 x103mm3) a expensas de neutrófilos (59%) y linfocitos (38%), los azoados discretamente elevados (urea 60 mg/dl, creatinina 1.2 mg/dl), la glucosa central en 120 mg/dl, la gasometría con acidosis metabólica compensada (pH 7.374, PCO2 20.9 mmHg, BE 10.7 mmol/l, HCO3 12 mmol/l). Electrolitos séricos (sodio 140 mEq/l, cloro 101 mEq/L, potasio 4.1 mEq/L), pruebas de función hepática (albúmina 3.7 g/dL, bilirrubina total 1 mg/dl, bilirrubina directa 0.2 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.8 mg/dl, aspartato aminotransferasa (AST) 30 UI/l, alaninoaminotransferasa (ALT) 48 UI/L, fosfatasa alcalina (FA) 100 UI/l, deshidrogenasa láctica 101 UI/l, amilasa 76 y lipasa 48 en rango.

No se cuenta con radiografía posteroanterior de tórax ni radiografía simple de abdomen en 2 posiciones, por falta de líquido revelador en la unidad.

Debido a las condiciones generales de la paciente (sepsis de origen abdominal) se descarta la posibilidad de realizar tomografía axial computarizada de abdomen, y se decide realizar laparotomía exploratoria urgente con sospechas diagnósticas de trombosis mesentérica vs úlcera péptica perforada.

Los hallazgos quirúrgicos fueron: líquido libre turbio en cavidad abdominal, megacolon con asas distendidas (aproximadamente 20 cm de diámetro), vólvulo de ciego y necrosis pancolónica, así como adherencia firme de ileon a vejiga, por lo que se realiza colectomía subtotal hasta recto con ligadura de la

Vólvulo de ciego.

arteria cólica izquierda, sin reducción de las arterias trombosadas + ileostomía de Brooke y procedimiento de Hartmann. La paciente salió extubada a la unidad de terapia intensiva (imagen 1, 2 y 3).



IMAGEN 1.

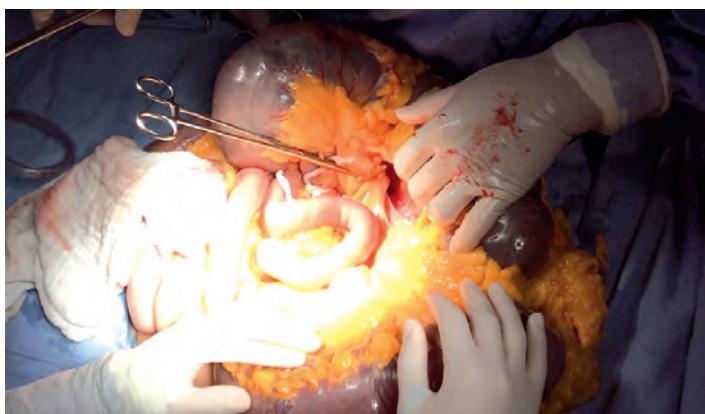


IMAGEN 2.



IMAGEN 3.

DISCUSIÓN

En el presente caso, tal como lo refiere Gingold y cols⁽¹⁾, el vólvulo de ciego se presentó como un cuadro típico de oclusión intestinal caracterizado por la distensión abdominal importante, la imposibilidad para canalizar gas rectal, así como vómito de contenido gastrintestinal.

Debido al desequilibrio ácido-base y los datos de sepsis generalizada (anemia leve, linfocitosis a expensas de neutrófilia, taquicardia, taquipnea y fiebre) no fue posible completar protocolo diagnóstico, y con base en epidemiología y cuadro clínico, se pensó como primera sospecha diagnóstica trombosis mesentérica debido a la edad de la paciente, la presencia de fibrilación auricular (FA) y datos de abdomen agudo.

La segunda probabilidad diagnóstica -úlcera péptica perforada- se sustenta con la edad de la paciente, las evacuaciones melénicas y los datos de irritación peritoneal.

En retrospectiva, se descartó a la trombosis mesentérica como probabilidad diagnóstica ya que tiene una presentación clínica aguda, con instauración súbita del cuadro y progresión rápida de la sintomatología. Así mismo se descartó el diagnóstico de úlcera péptica perforada, ya que la paciente no cuenta con factores de riesgo propios de dicha entidad, como lo es el consumo crónico de analgésicos no esteroideos y tabaquismo entre otros.

Por otro lado, no se tomó en cuenta que el vólvulo es una de las principales causas de oclusión intestinal en adultos y que puede presentarse como una urgencia quirúrgica cuando se acompaña de estrangulación, que si bien es inusual la localización en ciego, este presenta dos picos de máxima incidencia, encontrándose la paciente del presente caso en el segundo pico de máxima incidencia.

A juicio de los autores de este caso, se considera que el retraso en el diagnóstico preciso de esta paciente no modifica su tasa global de supervivencia, debido a que nunca se pasó por alto que la evidencia clínica apuntaba hacia un abdomen agudo de resolución quirúrgica y por tal motivo, ningún estudio paraclínico demoró tal resolución.

Se recomienda ante cualquier caso de abdomen agudo, determinar en primera instancia si la resolución es quirúrgica, la premura con la que debe instaurarse dicha resolución y mantener siempre en perspectiva la diversa gama de probabilidades diagnósticas, para enfocar un plan diagnóstico, terapéutico, oportuno y acorde a los requerimientos del paciente, siendo un punto clave a destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración física.

CONCLUSIONES

A pesar de que el vólvulo colónico es una causa frecuente de oclusión intestinal, la localización en ciego es inusual, en este caso se presentó como una urgencia quirúrgica que impidió completar el protocolo diagnóstico, sin retrasar por ello la instauración del tratamiento quirúrgico.

El diagnóstico definitivo se realizó durante el transquirúrgico al encontrar un vólvulo de ciego de tipo rotación axial, con estrangulación y necrosis de la totalidad del colon por lo que el tratamiento realizado fue una colectomía subtotal con ileostomía y procedimiento de Hartmann.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daniel Gingold, Management of Colonic Volvulus. Clin Colon Rectal Surg 2012;25:236-244.
2. Mustafa Hasbahceci, Cecal Volvulus. Indian J Surg Nov-Dec 2012; 74(6):476-479.
3. Nancy Sánchez Rubio, Loop typececal volvulus: Multidetector computed tomography (MDCT) findings. REVESPENFERMDIG (Madrid) Vol. 105. N.º 4, pp. 225-226, 2013.
4. Francisco T. Tirol, MD, Cecocolic Torsion: Classification, Pathogenesis, and Treatment. 2005 Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. JSLS (2005):9:328 -334.
5. José Ignacio Rodríguez. Obstrucción intestinal por vólvulo de ciego. Cir Esp. 2005; 78 (6):385-7