

Vólvulo de ciego desde dos variantes de tratamiento

Cecal Volvulus from two Treatment Variants

Alain David Medina Lago^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9995-0820>

Oscar Díaz Pi¹ <https://orcid.org/0000-0001-5668-7153>

Adrián Núñez Veitía¹ <https://orcid.org/0000-0001-7320-3472>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: alaindmlago@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El vólvulo de ciego es infrecuente en Occidente y representa solo el 1 % de los casos de oclusión intestinal en el adulto. Los pacientes con esta entidad presentan habitualmente un cuadro clínico de dolor abdominal intermitente, vómitos, ausencia de expulsión de gases y heces por el recto.

Objetivo: Describir dos alternativas de tratamiento ante el vólvulo de ciego.

Presentación de caso: Se presentan dos casos de pacientes masculinos, ambos de la tercera edad que presentan cuadro clínico sugestivo de oclusión intestinal mecánica de intestino grueso por vólvulo de ciego. Se realizó laparotomía explorada con los diagnósticos antes referidos y se encontró vólvulo del ciego. Luego se aplicaron técnicas quirúrgicas distintas para cada caso según el estado individual de cada uno de ellos.

Conclusiones: Fue factible la aplicación de técnicas quirúrgicas diferentes, tras valorar el estado individual de los pacientes, pues ambos presentaron una evolución favorable.

Palabras clave: obstrucción intestinal; vólvulo intestinal; ciego.

ABSTRACT

Introduction: Cecal volvulus is uncommon in the West and represents only 1% of cases of intestinal occlusion in adults. Patients with this entity usually present a clinical picture of intermittent abdominal pain, vomiting, as well as absence of gas and stool expulsion through the rectum.

Objective: To describe two treatment alternatives for cecal volvulus.

Case presentation: The cases are presented of two cases of male patients, both elderly, with clinical symptoms suggestive of mechanical intestinal occlusion of the large intestine caused by cecal volvulus. Exploratory laparotomy was performed with the aforementioned diagnoses and cecal volvulus was found. Then different surgical techniques were applied for each case according to the individual condition of each case.

Conclusions: It was feasible to apply different surgical techniques after assessing the individual condition of the patients, since both presented a favorable evolution.

Keywords: intestinal obstruction; cecal intestinal volvulus.

Recibido: 12/06/2021

Aceptado: 11/07/2021

Introducción

El término vólvulo, deriva del latín *volvere*, que significa “enrollarse”. En el tracto digestivo se refiere a una estructura que se enrolla anormalmente sobre su meso y sus síntomas resultan de la oclusión de la luz intestinal (obstrucción en asa cerrada) y de la irrigación sanguínea (isquemia-gangrena).⁽¹⁾

El estudio histórico lógico de la bibliografía permitió establecer que, en 1841, Von Rokitansky fue el primero en describir el vólvulo de ciego.⁽²⁾ En la década de 1920, hubo un gran avance investigativo en las técnicas quirúrgicas para el tratamiento quirúrgico de estos pacientes tales como la desvolvulación simple, colopexia, resección con colostomía de Mikulicz o tipo Hartmann y también la resección con anastomosis primaria, los cuales fueron ampliamente usados resultando así los primeros avances del tratamiento de dicha entidad.^(3,4)

El estudio de la literatura científica basado en los datos epidemiológicos de la enfermedad, permitieron establecer que, tanto en el continente europeo como americano, los vólvulos representan del 1 al 10 % del total de las oclusiones y se le denomina vólvulos esporádicos debido a su baja incidencia.⁽⁵⁾ La prevalencia del vólvulo de intestino grueso en nuestro país es desconocida.

El vólvulo cólico más frecuente es el de sigmoide (40-80 %), seguido por el de ciego (10-40 %) y son rarísimos los de colon transverso (2-4 %) y los de ángulo esplénico (0-2 %).^(5,6,7)

El vólvulo del ciego ocurre como manifestación de defectos en la fijación intestinal; la ausencia de fijaciones mediales y laterales del ciego hacen posible su rotación axial.^(6,7) Por lo antes descrito, se convierte en una condición clínica infrecuente y causa inusual de obstrucción intestinal, lo cual lleva implícito una gran problemática, siendo la demora en su diagnóstico la mayor influencia en la conducta terapéutica que se puede llevar a cabo en etapas posteriores.

Debido a su baja frecuencia diagnóstica, así como el escaso reporte de bibliografía al respecto, puede resultar una entidad grave que comprometa de manera inminente la vida del paciente, es por ello que se presentaron dos casos con diagnóstico de oclusión intestinal mecánica por vólvulo de ciego, con el objetivo de mostrar dos alternativas de tratamiento ante el vólvulo de ciego.

Presentación de casos

Primer caso

Ingreso: 27/03/2017

Egreso: 07/04/2017

Motivo de consulta: “dolor abdominal”.

Historia de la Enfermedad Actual: Paciente masculino de 65 años de edad con antecedentes de salud aparente, según refiere. Acude al Departamento de Urgencias del Servicio de Cirugía General y manifiesta que 2 días antes había comenzado con aumento de volumen del abdomen que se acompañaba de dolor a tipo cólico y vómitos. Desde entonces no ha expulsado ni heces ni gases. Por tal motivo se decide su ingreso para definición del caso y tratamiento.

Examen físico:

Piel y mucosas: hipocoloreadas e hipohidratadas.

Tejido celular subcutáneo: no infiltrado.

Aparato respiratorio: frecuencia respiratoria: 17 por minuto. Murmullo vesicular audible no se auscultan estertores.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, no se auscultan soplos.

Frecuencia cardíaca: 81 latidos por minuto.

Tensión arterial: 110/70 mmHg.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos abolidos. Timpánico a la percusión y se conserva la matidez hepática. Se palpa masa tensa, timpánica a nivel del mesogastrio, sin reacción peritoneal y discreta defensa de la pared abdominal. Al tacto rectal presentaba una ampolla rectal vacía, esfínter normotónico, no tumoración al alcance del dedo.

Sistema Nervioso Central: sensorio libre.

Exámenes complementarios.

Hb: 143 g/L

Leucograma: $14,2 \times 10^9/L$

Grupo y Factor: B positivo

Imagenológicos: Rayos X simple de abdomen (antero-posterior): Se observó gran burbuja a nivel de la región media del abdomen, que parecía corresponder con el ciego, donde se veía un gran nivel hidroaéreo. Además, asas de intestino delgado dilatadas con niveles hidroaéreos.

Después de la realización de examen físicos consecutivos y los exámenes complementarios, se decide hacer laparotomía exploradora, con el diagnóstico de síndrome oclusivo mecánico de intestino grueso, con posible etiología de vólvulo de ciego.

Laparotomía exploradora:

Se realizó incisión media y se observó vólvulo del ciego rotado en el plano axial sobre el hemiabdomen izquierdo presentando gran distensión, pero sin compromiso vascular (fig. 1).

Se hizo desvolvulación, con la cual mejoró la coloración del intestino grueso y luego se realizó cecopexia.

Durante su estadía en la sala, el paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó de la institución con seguimiento por consulta externa. Actualmente el paciente se encuentra sin recidiva.



Fig. 1- Se observa colon con gran distensión, pero sin compromiso vascular.

Segundo caso

Ingreso: 02/09/2019

Egreso: 12/09/2019

Motivo de consulta: “dolor abdominal”.

Historia de la Enfermedad Actual: Paciente masculino de 73 años de edad con antecedentes de salud aparente, según refiere. Acude al Departamento de Urgencias del Servicio de Cirugía General y refiere que hace 4 días atrás comenzó con dolor a tipo cólico, con escasos vómitos. Desde hace 2 días ha empeorado el dolor, el cual se ha hecho más intenso; lo que le imposibilita expulsar heces y gases por el recto. Por tal motivo se decide su ingreso para definición del caso y tratamiento.

Examen físico:

Piel y mucosas: hipocoloreadas e hipohidratadas.

Tejido celular subcutáneo: no infiltrado.

Aparato respiratorio: Frecuencia respiratoria: 21 respiraciones por minuto. Murmullo vesicular audible, no se auscultan estertores.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, no se auscultan soplos. Frecuencia cardíaca: 100 latidos por minuto, tensión arterial: 100/60 mmHg.

Abdomen: globuloso, asimétrico con aumento de volumen en hipocondrio izquierdo, ruidos hidroaéreos abolidos, timpánico a la percusión, se conserva la matidez hepática. Se palpa fosa iliaca derecha vacía, masa tumoral tensa en hipocondrio izquierdo, con reacción peritoneal y defensa de la pared abdominal. Al tacto rectal presentaba una ampolla rectal vacía, esfínter normotónico, no tumoración al alcance del dedo.

Sistema nervioso central: Sensorio libre.

Exámenes complementarios:

Hb: 124 g/L

Leucograma: $23,2 \times 10^9/L$

Grupo y factor: O positivo.

Imagenológicos: Rayos X simple de abdomen (antero-posterior): Se observó gran burbuja a nivel de la región superior izquierda del abdomen, que parece corresponder con el ciego, donde se observaba nivel hidroaéreo. Además, se visualizaba asas de intestino delgado dilatadas con niveles hidroaéreos (fig. 2).



Fig. 2- Se observa gran burbuja en la región de hipocondrio izquierdo con niveles hidroaéreos.

Después de la realización de examen físicos consecutivos y los exámenes complementarios, se decide realizar laparotomía exploradora, con el diagnóstico de síndrome oclusivo mecánico de intestino grueso, con posible etiología de vólvulo de ciego.

Laparotomía exploradora:

Se realizó incisión media y se observó vólvulo del ciego rotado en el plano axial sobre el hemiabdomen izquierdo presentando gran distensión, con compromiso vascular, se evidenciaron parches necróticos (fig. 3). Se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversostomía término-terminal.



Fig. 3- Ciego volvulado con compromiso vascular.

Discusión

Diversos factores se han implicado en la aparición de un vólvulo de colon; sabemos que un colon largo y móvil es el requisito para que pueda rotarse sobre sí mismo a nivel del sigmoides o bien una fijación anormal del colon derecho permite su torsión en este segmento, por lo que se le presupone un factor genético.^(7,8)

También se han descrito otros factores adquiridos como causantes de la existencia de un dolico colon. Los principales son la dieta rica en fibra, la constipación, la cirugía abdominal previa, las adherencias posoperatorias, el embarazo, la diabetes, las enfermedades neurológicas y las psiquiátricas.^(6,7,8) A pesar de esto en ninguno de los pacientes anteriormente referido se evidencia malformación genética, lo cual no se puede establecer como causante de la enfermedad.

La clínica habitual descrita para esta enfermedad es aguda, con la tríada típica de dolor abdominal, distensión y ausencia de deposiciones, seguido de náuseas o vómitos. Suele haber timpanismo a la percusión con ausencia de peristaltismo a la auscultación, así como el signo de fosa iliaca vacía a la palpación. La evolución desemboca desde isquemia hasta gangrena sin perforación, manifiesta como abdomen agudo con signos de irritación peritoneal; que sin intervención médica puede finalizar en perforación intestinal y shock séptico del paciente.^(8,9,11,12) Coincidiendo esta clínica con la presentada en los pacientes antes referidos, donde gracias al rápido manejo en el tratamiento, el primer caso no evolucionó a la isquemia y gangrena sin perforación. Sin embargo, en el segundo caso no ocurrió así, pues se evidenció necrosis del ciego.

El tratamiento para un vólvulo de colon puede ser conservador o con medidas quirúrgicas. La desvolvulación mediante colonoscopia o con enema de bario puede ser exitosa en ocasiones; se realiza siempre que no existan signos sugerentes de necrosis intestinal. La descompresión endoscópica es el procedimiento de elección en los vólvulos de sigmoides previo al abordaje quirúrgico en pacientes estables, sin compromiso isquémico del colon o perforación, pero la colonoscopia se demuestra menos eficaz en los vólvulos de colon derecho y ciego. Si hay compromiso isquémico o perforación intestinal es precisa la resección, tras la correspondiente laparotomía exploradora, se realiza una hemicolectomía derecha con o sin anastomosis primaria.^(8,10,13,14,15,16,17)

En la cirugía urgente podemos encontrarnos un colon viable y practicar una simple desvolvulación, pero se asocia a un 14-38 % de recurrencia, con una tasa de mortalidad del 14 %.^(7,9,10,11,12,19,20,21) La evidencia científica demuestra que el tratamiento más eficiente es la hemicolectomía derecha con anastomosis primaria.^(15,16,17,18,19,20,21) A pesar de esto, en el primer caso se practicó desvolvulación y cecopexia, pues el paciente no presentaba compromiso vascular y el colon tomó una coloración adecuada después de realizar el procedimiento primario; debido a los signos de isquemia presentados en el segundo, se decidió realizar hemicolectomía derecha con anastomosis primaria, como describe la literatura. Ambos casos presentaron una evolución favorable, el primero de ellos sin recidivas hasta la fecha.

Conclusiones

Estos casos nos ofrecen varias conclusiones, la primera y más relevante es que por el mero hecho de ser causa infrecuente de oclusión intestinal mecánica, no descarta su posibilidad diagnóstica, donde con una semiología bien fundamentada y los exámenes complementarios correctos podemos llegar al diagnóstico en breve tiempo evitando así complicaciones y terapéuticas complejas. Por último, es importante señalar que el tratamiento quirúrgico de elección es la hemicolectomía derecha con anastomosis primaria, lo cual no descarta la posibilidad de una terapéutica más conservadora cuando las características del paciente lo requieran.

Referencias bibliográficas

1. Timpone VM, Lattin GE, Lewis RB. Abdominal twist and turns: part I, gastrointestinal tract torsions with pathologic correlation. *AJR*. 2011;197(1):86-96. DOI: <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/AJR.10.7292>
2. Karlis V. Avots-Avotins, David E. Waugh, Colon Volvulus and the Geriatric Patient, *Surg Clin North Am*. 1982;62(2):249-60. ISSN 0039-6109. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(16\)42684-8](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(16)42684-8)
3. Anthony LI, Karl AZ. Vólvulos del colon. En: Sabiston DC. Tratado de patología quirúrgica: bases biológicas de la práctica quirúrgica moderna. 14ª ed. México: Interamericana-McGraw-Hill; 1999. p. 1052-6.
4. Fretes Isaías R, Medina Gutiérrez J, Mujica Luis A, Acha MM. Oclusión intestinal por vólvulo de ciego. *Rev. Cir. Parag*. 2012 Dic [acceso 29/05/2021];36(2):25-7. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202012000200006&lng=es
5. Chambi-Torres JB, Ramírez-Romero CE, Villarreal-Ramos DR, Gutiérrez Quispe EG. Vólvulo de colon transverso: a propósito de un caso. *Horiz Med*. 2017 Oct [acceso 12/01/2021];17(4):63-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000400011&lng=es

6. Bacilio-Cardozo A. Vólvulo de sigmoides. *Rev méd panacea* 2018;(3):107-11. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v7i3.25>
7. Zabeirou AA, Belghali H, Souiki T, Ibn Majdoub K, Toughrai I, Mazaz K. Acute cecal volvulus: A diagnostic and therapeutic challenge in emergency: A case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2019 Oct [acceso 29/12/2020];48:69-72. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2019.10.021> PMID: 31737261; PMCID: PMC6849140.
8. Riaz AA, Mimi R.B, Reem F, Kiron Ky, Alexander JF, Dennis PO. For the SCARE Group. The SCARE 2018 statement: updating consensus Surgical Case Report (SCARE) guidelines, *Int. J. Surg.* 60. (2018) [acceso 29/12/2020];132-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijvsu.2018.10.028>
9. López-Ruiz JA, Tallón-Aguilar L, Sánchez-Moreno L, López-Pérez J, Oliva-Mompellán F. Tratamiento del vólvulo de colon sigmoides mediante detorsión endoscópica seguida de sigmoidectomía asistida por laparoscópica en régimen de urgencia diferida. *Cir. Andal.* Febrero 2017 [acceso 29/12/2020];38(1):39-42.
10. Jacquemin Q, Coulier B, Rubay R. Acute Volvulus of the Cecum. *J Belg Soc Radiol.* 2020;104(1):40. DOI: <https://doi.org/10.5334/jbsr.2112>
11. Ramírez-Ramírez MM, Villanueva-Sáenz E, Ramírez-Wiella-Schwuchow G. Colectomía derecha laparoscópica electiva por vólvulo cecal: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cir Cir.* 2017;85(1):87-92. Spanish. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.03.003>
12. Pencle FJR, Katsichtis T, Schneider J, Strombom PL and Mwesezi SK. Cecopexy, a Reemerging Treatment for Cecal Volvulus: Case Report and Systematic Review. *Clinics in Surgery* 2017;2(1838).
13. Mazine K, Elbouhaddouti H, Toughrai I, Mouaqit O, Benjelloun E, Ousadden A, Taleb KA. Volvulus du cecum: une cause rare d'occlusion intestinale: à propos de deux cas *Pan Afr Med J.* 2017 Oct 19;28:162. DOI: <https://dx.doi.org/10.11604/2Fpamj.2017.28.162.12237>
14. Zabeirou AA, Belghali H, Souiki T, Ibn Majdoub K, Toughrai I, Mazaz K. Acute cecal volvulus: A diagnostic and therapeutic challenge in emergency: A case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2019 Oct 31;48:69-72. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2019.10.021>

15. Toral CAI, Vázquez HR, Castillo CR. Experiencia durante tres años en un centro hospitalario en cirugía urgente de vólvulo de sigmoides. *Acta Med.* 2019 [acceso 29/12/2020];17(4):354-7.
16. Patil T, Pacheco JM, Dimou A, Purcell WT, Rossi C, Bunn PA, *et al.* Cecal Volvulus as a Rare Complication of Osimertinib Dosed at 160 mg in Patients with *EGFR*-Mutant Non-small Cell Lung Cancer. *Front Oncol.* 2020 Apr 15;(10):510. DOI: <https://dx.doi.org/10.3389%2Fonc.2020.00510>
17. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. Síndrome Oclusivo Mecánico. En: Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. *Cirugía, Afecciones quirúrgicas frecuentes. Vol II. 1ra ed.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2018. p. 339-352.
18. Oller Navarro I, Moya Forcen P, Aguilar Martínez M, Arroyo Sebastián A, Calpena Rico R. Vólvulo del ciego y colon derecho: una causa infrecuente de obstrucción intestinal. *REIQ.* 2016;19(1):28-31.
19. Sakamoto Y, Hiyoshi Y, Sakata K, Toyama E, Takata N, Yoshinaka I, Baba H. Case of cecal volvulus successfully treated with endoscopic colopexy. *Asian J Endosc Surg.* 2018;11(4):402-4. DOI: <https://doi.org/sci-hub.se/10.1111/ases.12460>
20. Ebubekir G, Nedim A, Mustafa M, Ulaş A, Durmuş AÇ, Hüseyin Ç. Acute abdomen in a mentally retarded patient: cecal volvulus. *Gastroenterology Rev.* 2017;12(2):159-61. DOI: <https://doi.org/10.5114/pg.2017.68053>
21. Tin K, Sobani ZA, Anyadike N. Percutaneous endoscopic sigmoidopexy using T-fasteners for management of sigmoid volvulus. *Int J Colorectal Dis.* 2017;32:1073-6. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00384-017-2821-9>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.