

Vólvulo del ciego

Bello Rodríguez I, Cabeza Carreto A

Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Varón de 48 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por un cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso de inicio súbito, acompañado de vómitos en escopeta. No ha presentado deposiciones líquidas ni sensación distérmica.

En la exploración física se encuentra facies álgica, hemodinámicamente estable, presión arterial 135/85, frecuencia cardiaca 80, afebril; auscultación cardiaca rítmica, sin soplos ni extratonos; auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos; abdomen moderadamente distendido, con defensa abdominal en el hipogastrio, aumentada en la fosa iliaca derecha, timpánico con la percusión, ruidos hidroaéreos disminuidos, sin claros signos de irritación peritoneal; miembros inferiores sin edemas, con pulsos periféricos presentes y conservados.

La analítica es anodina.

La radiografía abdominal (figura 1) muestra una dilatación de las asas del colon y una imagen compatible con "grano de café".

En los cortes axiales de la TAC con contraste (figura 2) se identifica una dilatación cecal (8 cm) que muestra abundante contenido fecal en su interior. Su vértice apunta hacia el cuadrante inferior derecho. En las reconstrucciones coronales (figura 3)

próximas a la zona de dilatación se observan algunas estructuras vasculares que recuerdan al "signo del remolino", lo que traduce un giro mesentérico (flecha superior roja). La existencia de dilatación del ciego con abundante contenido fecal y malposicionamiento del mismo son hallazgos compatibles con vólvulo del ciego o con cuadro pseudoobstructivo ileocecal. No se objetivan signos de sufrimiento intestinal.

Se realiza una endoscopia completa. El endoscopio se introduce hasta el ciego y se visualiza el orificio apendicular. Se observan al menos dos voluciones que se resuelven con maniobras endoscópicas. En dichas zonas se observan signos de lucha en la mucosa. A 25 cm del margen anal hay un pólipo de 2 cm que se biopsia. El resto de la mucosa presenta un aspecto endoscópico normal; no obstante, existen tramos con restos fecales sólidos que impiden una adecuada visualización.

COMENTARIO

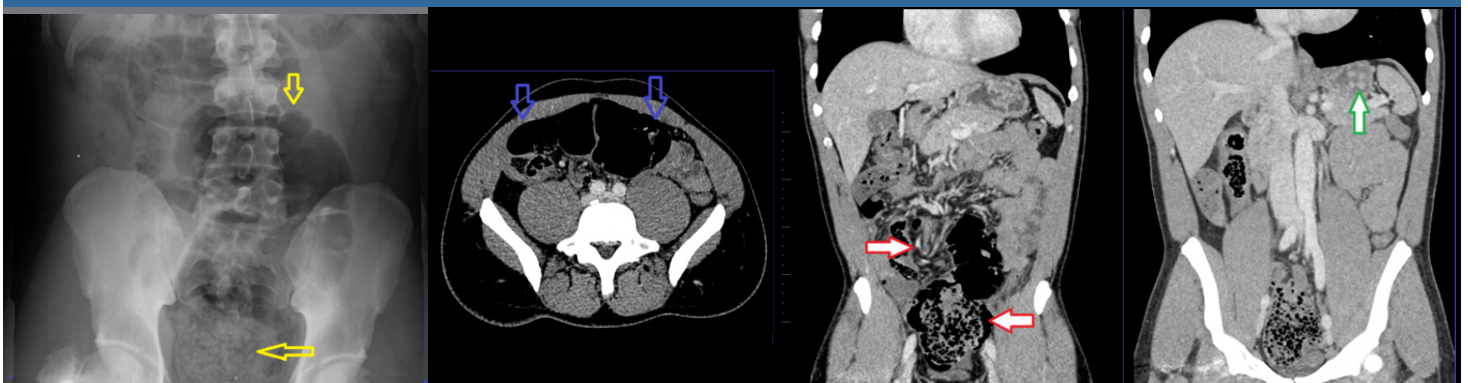
El vólvulo cecal es una torsión del ciego alrededor de su propio mesenterio. Es el responsable de 1-3 % de las oclusiones intestinales. La condición *sine qua non* para que se desarrolle es la fijación incompleta del mesenterio del colon proximal y del ciego al retroperitoneo. Esta situación favorece la movilidad del ciego y le proporciona la suficiente libertad para torsionarse sobre sí mismo.

Figura 1

Figura 2

Figura 3

Figura 4



El 11-25% de la población presenta esta predisposición anatómica; sin embargo, esta no es condición suficiente para que el ciego se volvule. Se han descrito factores que influyen en el desarrollo del vólvulo del colon, como la ingestión de dietas vegetales ricas en residuos que producen distensión gaseosa o fecal del ciego, el estreñimiento crónico con abuso de laxantes, la enfermedad de Chagas, las enfermedades neurológicas incapacitantes y el último trimestre del embarazo.

Según el grado de torsión y compromiso vascular, el cuadro clínico variará entre diferentes episodios de suboclusión intestinal:

- Crónica: predomina el síndrome de lucha por falta de eliminación de materia fecal y gases; puede concluir con despeños diarreicos gaseosos por destorsión espontánea.
- Aguda: episodio intenso, violento cuya sintomatología es la de una estrangulación colónica en asa cerrada con gran distensión; está relacionado con el grado de compromiso vascular y tiempo de obstrucción que, si no es diagnosticada ni resuelta a tiempo, puede producir isquemia y perforación intestinal.

En nuestro caso, al encontrarse imágenes redondeadas e hiperatenuantes en la cámara gástrica (figura 4), decidimos reinterrogar al paciente sobre su última ingesta. Refirió consumo de garbanzos, por lo que consideramos la dieta rica en residuos como factor etiopatogénico del cuadro descrito.

El paciente ingresó por vólvulo de ciego resuelto mediante endoscopia en la planta de Cirugía General y Digestiva. Presentó buena evolución posterior, sin dolor abdominal, con tránsito positivo y tolerancia oral adecuada. En el momento del alta estaba asintomático.

BIBLIOGRAFIA

- Barredo C, Mancini B, Witis S, Minetti A. Vólvulos del colon. *Rev Argent Cirug* 1981;41:183.
- López Pérez E, Martínez Pérez MJ, Villa Miralles R, Flors Blasco L. Vólvulo cecal: características en imagen. *Radiología* 2010;52:333-41.
- Ghazi A, Shinya H, Wolff W. Treatment of volvulus of the colon by colonoscopy. *Ann Surg* 1976;183:263.
- Jwayer F. Volvulus of cecum, diagnosis and treatment. *Gynecol Surg Obstet* 1979;128:125.
- Palau JA, Tempra A. Hallazgos radiológicos del vólvulo cecal. *Revista del Hospital Privado de Comunidad* 2005;5:20-23.
- Jiménez Rodríguez RM, Díaz Pavón JM, Alarcón del Agua I, Bernardos García C, Álamo Martínez JM, Sousa Vaquero JM. Vólvulo de ciego como causa de obstrucción intestinal. *Rev Esp Enferm Dig* 2008;100:373-4.
- Rodríguez Hermosa I et al. Obstrucción intestinal por vólvulo de ciego. *Cir Esp* 2005;78:385-7.
- Webb WR, Brant WE, Major NM. *Fundamentals of body TC*. 3rd edition. Philadelphia: Saunders 2005; pág 350-2.