

OCCLUSIÓN INTESTINAL POR VÓLVULO DE CIEGO

INTESTINAL OCCLUSION CECAL VOLVULUS

*Dr. Isaías Ricardo Fretes¹, Dr. Jorge Medina Gutierrez¹,
Dr. Luis Antonio Mujica², Dra. Marta María Acha³.*

RESUMEN

El vólvulo del ciego es una condición clínica infrecuente y representa solamente el 2 a 3% de los casos de oclusión intestinal en el adulto. Los pacientes con esta entidad usualmente presentan un cuadro clínico de dolor abdominal intermitente, vómitos y no expulsión de heces por el recto. Se muestra el caso clínico de una paciente intervenida quirúrgicamente por un síndrome oclusivo, donde se comprobó un vólvulo del ciego con compromiso vascular. El objetivo de este reporte es describir las características clínicas de la enfermedad, discutir las causas, así como las estrategias de tratamiento ante esta difícil situación.

Palabras Claves: vólvulo de ciego, hemicolectomía derecha.

SUMMARY

The volvulus of cecum is a clinical rare condition and represents only 1% of the cases of intestinal occlusion in adults.

Usually, patients suffering from this condition, present a clinical chart of intermittent abdominal pain, vomits and non-excretion of feces from the rectum. The clinical case of a patient who underwent a surgery due to an occlusive syndrome is presented, where a volvulus of cecum with vascular compromise was identified. This medical literature review was aimed at describing the clinical characteristics of this condition analyzing causes and treatment strategies regarding this complex situation as well.

Key Words: Volvulus of cecum. Right hemicolectomy.

INTRODUCCIÓN

En 1941, Von Rokitsky fue el primero en describir el vólvulo de ciego.¹ En la década de 1920, todos los procedimientos quirúrgicos propuestos tales como la desvolvulación simple, colopexia, resección con colostomía de Mikulicz o tipo Hartmann y también la resección con anastomosis primaria fueron ampliamente usados para el tratamiento quirúrgico de estos pacientes. La alta tasa de recurrencia y complicaciones han hecho que la hemicolectomía derecha sea el tratamiento de elección en los

pacientes con vólvulos de ciego o del colon derecho, la cecostomía es reservada sólo para pacientes quienes están muy debilitados para soportar una resección y no tienen una necrosis isquémica.² Por lo poco frecuente de esta enfermedad, se muestra una paciente intervenida quirúrgicamente por síndrome oclusivo, donde se comprobó vólvulo del ciego y parte del colon derecho e íleon terminal con compromiso vascular.

Se realiza una revisión de la historia clínica, técnica operatoria y resultado de anatomía patológica del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 87 años de edad. Consulta por dolor abdominal por crisis, vómitos y detención de heces y gases, de 3 días de evolución. Examen Físico: Abdomen: distendido asimétricamente, ruidos hidroaéreos aumentados, doloroso difusamente a la palpación, con reacción peritoneal ni defensa muscular. Tacto Rectal: ampolla vacía. Exámenes Complementarios: Radiografía de Tórax: Condensación de Base Pulmonar Derecha. Abdomen simple de pie: niveles hidroaéreos en cuadrante superior izquierdo del abdomen y que parecen corresponder a asa delgadas desplazadas (*Fig. 1 y 2*).

Fue intervenida de urgencia, con el diagnóstico de Síndrome Oclusivo, donde se constata vólvulo de ciego de 360 grados con necrosis de ciego e íleon terminal (*Fig. 3*). Se realiza hemicolectomía derecha, con resección segmentaria de íleon terminal (*Fig. 4*), y anastomosis Ileocolónica termino-terminal (*Fig. 5 y 6*). El resultado anatomopatológico informa segmento colónico con dilatación luminal, adelgazamiento de la pared con áreas de infarto mural.

Paciente con evolución post operatoria favorable. Recuperación del tránsito intestinal al 2º día. Se retira sonda nasogástrica y sonda de Foley al 2do día postoperatorio.

1. Cirujano de Planta de la Unidad de Coloproctología.
2. Cirujano de Planta del Servicio de Urgencias - Cirujía.
3. Médico Residente de Coloproctología.

Institución: Unidad de Coloproctología. Hospital Central de I.P.S.

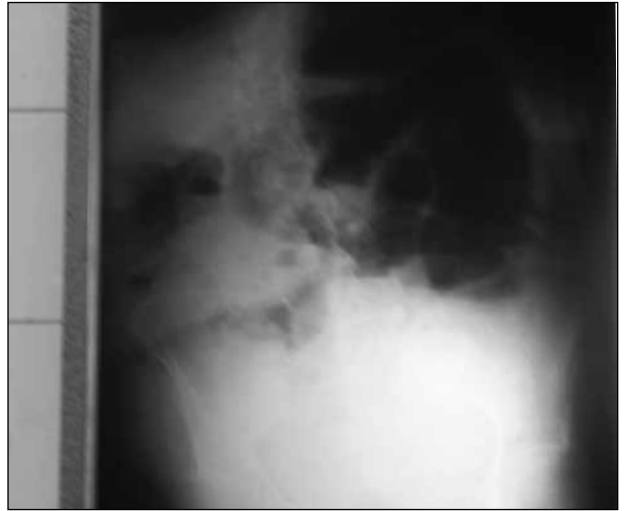
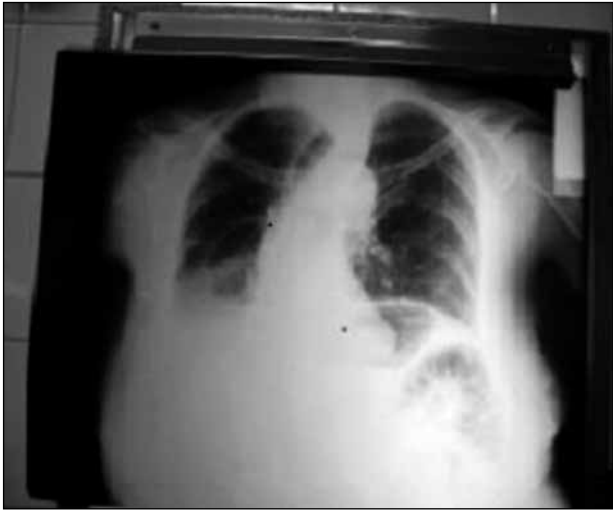


FIG. 1 y 2. Radiografía de Tórax y Abdomen: Condensación en Base Pulmonar derecha. Niveles Hidroaéreos en cuadrante superior izquierdo. Archivo del Autor.



FIG. 3. Estrangulamiento rotatorio del ciego. Archivo del Autor.



FIG. 4. Pieza Operatoria. Colon ascendente, ciego e ileon terminal. Archivo del Autor.



FIG. 5 y 6. Anastomosis ileocólica termino-terminal manual. Archivo del Autor.

Inicio de tolerancia vía oral al 3º día. Sin complicación local. Presentó como complicación general neumonía intrahospitalaria por lo que se realizó antibioticoterapia con Cefotaxima y Metronidazol, por diez días. Alta al 10º día.

DISCUSIÓN

Los vólvulos del colon son responsables del 5% de todos los casos de obstrucción intestinal y 10-15% de todas las obstrucciones del intestino grueso³. El sitio más común es el colon sigmoideas 90%, ciego 9%, colon transverso 1%³⁻⁴.

El vólvulo del ciego es una condición clínica infrecuente y es una causa inusual de obstrucción intestinal, ocurre como manifestación de defectos en la fijación intestinal, la ausencia de fijaciones mediales y laterales del ciego hacen posible su rotación axial.³

La mayoría de los pacientes con un vólvulo de ciego presentan una rotación axial completa que produce torsión del mesenterio y de sus vasos, lo que afecta a la vascularización del ciego. Suele producirse en pacientes jóvenes con ciego móvil o colon derecho mal fijado al peritoneo parietal. Otros factores asociados pueden ser: ejercicios físicos excesivos, las adherencias postquirúrgicas, la enfermedad de Hirshsprung, o el embarazo, en contraste, el vólvulo en los pacientes de edad avanzada se asocia con constipación crónica, obstrucción distal del colon o demencia senil, dieta rica en residuos, abuso de

laxantes, enfermedad de Chagas, enfermedades neurológicas incapacitantes y encamados crónicos.⁵⁻⁸

Debido precisamente a lo infrecuente de la enfermedad, no existen estadísticas exactas sobre su incidencia, no parece haber un predominio definitivo sobre uno u otro género, así como tampoco una diferencia entre razas.⁸⁻¹⁰

El tratamiento puede ser conservador, mediante la desvolvulación con colonoscopia, se ha recomendado por algunos la cecopexia o cecostomía cuando no existe compromiso vascular, sin embargo, se acompañan de alto índice de recurrencias.⁹

Cuando existe necrosis isquémica la conducta quirúrgica consiste en la desvolvulación y la hemicolectomía derecha con ileo-tranversostomía con cualquiera de las variantes de anastomosis. Este procedimiento se realiza en la actualidad también por la cirugía video-laparoscópica con resultados muy favorables.^{8,10-11}

CONCLUSIÓN

1. El vólvulo de ciego es una afección a tener en cuenta como causa de obstrucción intestinal. Son más raros que los del colon izquierdo y no presentan una distribución geográfica ni étnica definida.
2. El tratamiento quirúrgico empleado en este caso, hemicolectomía derecha, es de elección para varios autores, debido a que evita la recurrencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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. 1052-1056.
2. Jiménez Rodríguez R. M, Díaz Pavón J. M, Alarcón del Agua I, Bernardos García C, Álamo Martínez J. M, Sousa Vaquero J. M. et al. Vólvulo de ciego como causa de obstrucción intestinal. Rev. esp. enferm. dig. 2008 Jun; 100(6): 373-374.
3. Schotz DJ. Intususcepción y vólvulos colonicos. En: Zuidema GD, Yeo CJ. Shackelford. Cirugía del Aparato Digestivo. 5ta. ed. Argentina: Medica Panamericana; 2005. Vol. 4. p. 68-73.
4. Fretes IR, Latif JA, Medina J, Vázquez N. Vólvulos del Colon. En: Hequera JA, Latif JA. Abdomen Agudo Quirúrgico de origen colónico. Argentina. Editorial Akadia; 2005. p. 188-196.
5. Bueno-Delgado A, Martínez-Regueira F, Martí-Cruchaga P, Zozaya-Larequi G, García-Lallana A, Rábago G. et al. Cecal volvulus in a cardiac transplant patient: Report of a case and critical review. Rev. esp. enferm. dig. 2010 Mayo; 102(5): 338-339.
6. Ballantyne GH, Brandner MD, Beart RW, et al. Volvulus of the colon: Incidence and Mortality. Ann Surg 1985; 202:83-92.
7. Friedman JD, Odland MD, Bubrick MP. Experience with colonic volvulus. Dis Colon Rectum 1990;32:409-416.
8. Michael D. Hellinger. Colonic Volvulus. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Bruce G. Wolff. James W. Fleshman. David E. Beck, Steven D. Wexner. New York. Springer Science. 2007. 19:286-297.
9. Consorti ET; Liu TH. Diagnosis and treatment of cecal volvulus. Postgrad Med. 2005; 81: 772-6.
10. Ruiz-Tovar J, Calero García P, Morales Castiñeiras V, Martínez Molina E. Vólvulo de ciego: presentación de 18 casos y revisión de la literatura. Cir Esp. Febrero 2009 85(2):110-3.
11. Kelly MD, Bunni ND, Pullyblank AM. Laparoscopic assisted right hemicolectomy for caecal volvulus. World Journal of Emergency Surgery 2008; 3:4.

Correspondencia:

Dra. Marta Acha

Email: marta_acha_10@hotmail.com