



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-318 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A VÓLVULO DE CIEGO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Pereda Bajo, Deiane; Bolinaga del Pecho, Irene; Mozo Segurado, Maialen; Ruiz Álvarez, Paloma; Gutiérrez Cantero, Eloy; Bolado Oria, María; Gonzalo González, Rubén; Gutiérrez Cabezas, José Manuel

Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega.

Resumen

Introducción y objetivos: La localización más común del vólvulo de colon es el sigma, seguido del ciego. El mecanismo de producción es una torsión del intestino alrededor de su propio eje mesentérico y la clínica que produce es la típica de una obstrucción intestinal. El objetivo del presente trabajo es la presentación de un caso clínico de obstrucción intestinal secundaria a vólvulo de ciego.

Caso clínico: Mujer de 56 años, fumadora, con esquizofrenia paranoide con buen control, osteoporosis, hernia de hiato y colon irritable. Sin intervenciones quirúrgicas previas. Acude a urgencias por dolor abdominal generalizado de varios días de evolución junto con náuseas y vómitos. No presenta fiebre ni otra clínica acompañante. A la exploración presenta un abdomen distendido y timpánico, blando y depresible, con molestias a la palpación generalizada y sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca una leve hiponatremia (sodio 133 mEq/l) y leucocitosis de 14.500 con neutrofilia. En el TAC abdominal se observa una dilatación de asas de intestino delgado y ciego, que presenta una malposición (en hipocondrio izquierdo) compatible con vólvulo de ciego. Ante los hallazgos descritos se decide realizar laparoscopia exploradora urgente, objetivando gran dilatación de asas de intestino delgado que obligan a la conversión de la cirugía. Se realiza laparotomía media observándose un vólvulo cecal situado en hipocondrio izquierdo y colon ascendente móvil. Se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica latero-lateral mecánica. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El vólvulo de colon es una causa común de obstrucción intestinal. El sitio más común de torsión es el sigma (71%), seguido del ciego (15%) y colon transversal (3%). El vólvulo cecal es responsable del 1-3% de todas las obstrucciones del intestino grueso y se da más frecuentemente en mujeres jóvenes. Para que suceda, es necesaria una fijación incompleta del mesenterio del ciego y colon proximal al retroperitoneo, la cual puede ser congénita o adquirida (dieta rica en residuos, abuso de laxantes, adherencias). Hay dos tipos de vólvulo de ciego: por rotación axial (80%), o por basculación del ciego en dirección cefálica (20%). La presentación clínica es la típica de una obstrucción intestinal y su diagnóstico se realiza con un TAC abdominal o directamente durante la cirugía. A diferencia del vólvulo de sigma, el tratamiento endoscópico para el vólvulo de ciego tiene < 5% de éxito, por lo que la hemicolectomía derecha es de elección por tener una tasa de recidiva prácticamente nula. Sin embargo, en pacientes inestables puede realizarse cecostomía o cecopexia.

Discusión: A pesar de que el vólvulo de ciego es un hallazgo clínico infrecuente, su diagnóstico se debe sospechar en pacientes con obstrucción intestinal. En estos casos, el TAC abdominal permite realizar un diagnóstico en un 90% de los casos. La hemicolectomía derecha es el tratamiento quirúrgico de elección debido a que es el que menos tasas de recidiva presenta.