



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-573 - BÁSCULA O VÓLVULO CECAL TIPO III: UNA CAUSA RARA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

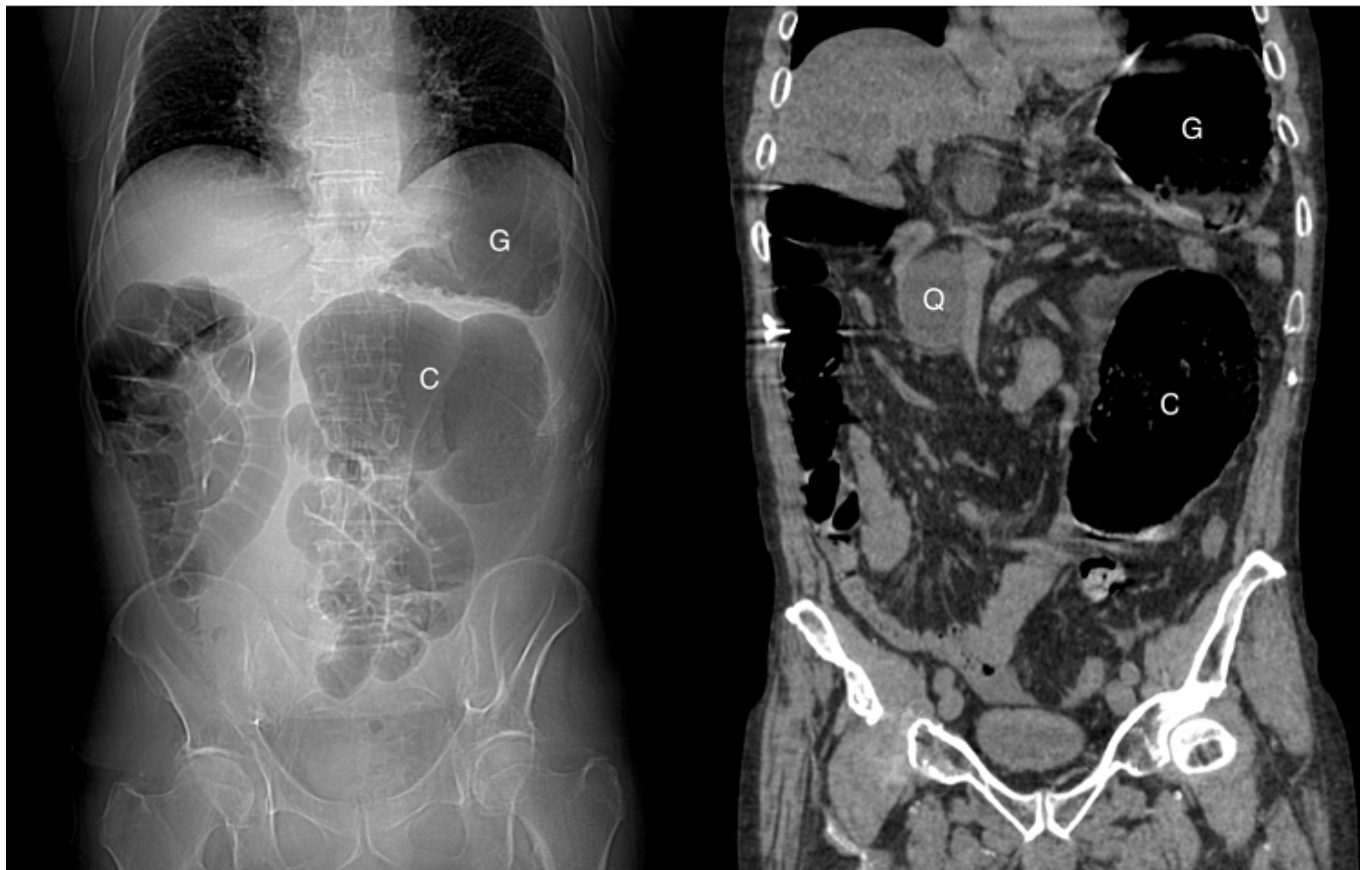
López-Cantarero García-Cervantes, Manuel; Valdés Hernández, Javier; García Reyes, Alberto; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: Un vólvulo cecal es la rotación o torsión de un ciego y colon ascendente móviles, siendo la causa aproximadamente del 1 al 3% de todas las obstrucciones del intestino grueso. Son más frecuentes en mujeres jóvenes y su incidencia oscila entre 2,8-7,1/millón hab/año. Los vólvulos cecales de tipo I y II son más comunes y representan aproximadamente el 80% de todos los vólvulos cecales. Las básculas cecales (tipo III) representan el 20% restante, dentro de la baja incidencia que presentan esta patología. Presentamos el caso de un paciente que acude a urgencias por dolor abdominal, realizándose TC toracoabdominal con evidencia de obstrucción de intestino grueso y con hallazgo intraoperatorio de vólvulo cecal tipo III o báscula, con isquemia y necrosis de sus paredes, localizándose en posición atípica.

Caso clínico: Varón de 58 años, que acude a urgencias por vómitos, distensión y dolor abdominal de aproximadamente 24 horas de evolución, junto con ausencia de deposiciones desde hace 48 horas. El abdomen se encuentra distendido, con dolor a la palpación y peritonismo en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Se realiza radiografía y TC de tórax-abdomen (fig.), objetivándose dilatación de 9 cm de ciego, el cual se aloja en hemiabdomen izquierdo (C), distensión de la cámara gástrica (G) y quiste pancreático (Q) no complicado. Analíticamente presenta leucocitosis con neutrofilia, con elevación de RFA. Se indica cirugía urgente, realizándose inicialmente laparoscopia exploradora con necesidad de conversión mediante laparotomía media por gran distensión cecal. Se observa a nivel de colon ascendente, un pliegue a nivel de su cara anterior con una angulación superior a 270° que condicionaba una posición anómala del ciego, el cual se alojaba en hipocondrio izquierdo, desplazando curvatura mayor y bazo, siendo este hallazgo intraoperatorio compatible con vólvulo cecal tipo III o báscula cecal. Se evidencia a lo largo de todo el ciego, placas de necrosis secundarias a isquemia por compresión vascular y gran dilatación del mismo. Se decide entonces, realizar ileocequ Coastomía con anastomosis latero-lateral ileocólica manual sin llegar a devolvular el ciego dada la existencia de necrosis, lavado de cavidad. El paciente recibe alta hospitalaria al 15º día, tolerando dieta blanda, deambulando con faja y con tránsito intestinal establecido.



Discusión: Un vólvulo cecal es una rotación atípica del ciego que puede causar obstrucción intestinal. Si no se trata, el vólvulo cecal puede progresar a isquemia intestinal, necrosis o perforación. Los pacientes sin compromiso intestinal, se puede devolvular el ciego para su mejor manipulación, seguido de ileocequectomía o una hemicolectomía derecha con anastomosis, si procede. En aquellos pacientes que tienen evidencia de compromiso intestinal (isquemia, necrosis o perforación) no se debe detorsionar el vólvulo, y se debe realizar una resección del intestino comprometido (resección ileocecal o hemicolectomía derecha), seguida de una anastomosis ileocólica primaria si el paciente está hemodinámicamente estable, o una ileostomía terminal si el paciente es hemodinámicamente inestable. El abordaje mediante cirugía abierta vs laparoscópica dependerá de las preferencias del cirujano, y sobre todo del grado de dilatación que presente el ciego.