



P-729 - VÓLVULO CECAL ASOCIADO A MALROTACIÓN INTESTINAL

de Lebrusant Fernández, Sara Patricia; Gutiérrez Cafranga, Estíbaliz; Raposo Puglia, Daniel; Gavilán Parras, Julio; Medina Achirica, Carlos

Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Resumen

Introducción: El vólvulo intestinal es la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico. El vólvulo de sigma es el más frecuente hasta en un 80% de los casos, seguido por el vólvulo de ciego, con una prevalencia de un 15%, seguido del vólvulo de colon transverso. El vólvulo cecal se produce por una torsión del ciego a través del eje ileocólico. Es más frecuente en pacientes añosos, estreñimiento crónico con abuso de laxantes o enfermedades neurológicas. Son factores predisponentes las cirugías previas sobre la fosa iliaca derecha que condicionen adherencias, malrotación intestinal congénita (infrecuente en el adulto, estimado en 0,2%) o la fijación incompleta del colon proximal y del ciego al retroperitoneo. El tratamiento del vólvulo de ciego, a diferencia del vólvulo de sigma, es fundamentalmente quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 54 años con antecedentes de fumador y bebedor excesivo, pancreatitis crónica enólica. Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía abierta, resección intestinal hace 4 años por causa que no sabe especificar. Acude a Urgencias por dolor abdominal difuso y distensión asociado a vómitos de 14 horas de evolución. Última deposición hace 24 horas. Afebril. A su llegada a Urgencias: hemodinámicamente estable (TA 134/81, FC 78, T^a 36,6 °C). Analítica en Urgencias: leucocitosis 15.300 con neutrofilia 13.000. PCR 2. Coagulación en rango. Se realiza Rx abdomen: dilatación de asas de ID e imagen en "grano de café". Desde Urgencias se coloca SNG y se gestiona endoscopia para desvolvulación, con mejoría inicial del paciente. Tras 12 horas de observación, nos avisan por empeoramiento del paciente y nueva aparición de imagen sugestiva de vólvulo la radiografía posdesvolvulación. A la exploración que realizó Cirugía, el paciente presenta dolor y defensa en todo el hemiabdomen inferior, además de aumento de la PCR. Se decidió por ello cirugía urgente ante la sospecha vólvulo complicado. Se realizó laparotomía exploradora evidenciando un vólvulo de ciego con isquemia de la pared sin perforación ni peritonitis asociado a una malrotación intestinal congénita del intestino delgado. Se llevó a cabo una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica manual. El posoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dado de alta al 7^o día posoperatorio.

Discusión: El vólvulo de ciego causa aproximadamente el 1% de las obstrucciones intestinales. Es la segunda localización más frecuente de los vólvulos colónicos tras los de sigma. Suele presentarse con clínica compatible con obstrucción incluyendo dolor abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento. Si el cuadro progresa, puede aparecer irritación peritoneal que sugiera isquemia y/o perforación. Aunque el manejo endoscópico es posible, su éxito es limitado con resolución en un 30%

de los casos, por lo que en la mayoría de los casos el tratamiento definitivo es la cirugía. Aunque la cecopexia es un procedimiento seguro tiene una alta tasa de recidiva, hasta un 40%, por lo que la técnica de elección es la hemicolectomía derecha con o sin anastomosis, por abordaje abierto o laparoscópico.