

Obstrucción intestinal por vólvulo de ciego

José Ignacio Rodríguez-Hermosa^a, Adam Martín^a, Ramón Farrés^a, Josep Pont^b, Antoni Codina-Cazador^a, Bartomeu Ruiz^a, Josep Roig^a y Francesc Olivet^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

^bServicio de Radiodiagnóstico. Unidad Médico-Quirúrgica Digestiva. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona. España.

Resumen

El vólvulo de ciego es infrecuente en Occidente y representa únicamente el 1% de los casos de oclusión intestinal en el adulto.

Se describen 3 casos de obstrucción intestinal a consecuencia de un vólvulo de ciego, en 2 mujeres de 74 y 61 años y un varón de 81, con múltiples antecedentes patológicos. Presentaban dolor, distensión abdominal y ausencia de emisión de heces. Fueron tratados quirúrgicamente con hemicolectomía derecha y anastomosis ileocólica mecánica. El curso postoperatorio fue favorable en las 2 mujeres, pero el varón falleció. Las pacientes realizan una actividad sociolaboral correcta, acorde con su edad y su enfermedad de base.

Palabras clave: Vólvulo cecal. Vólvulo de colon. Obstrucción intestinal.

INTESTINAL OCCUSION DUE TO CECAL VOLVULUS

Cecal volvulus is uncommon in the West and represents only 1% of cases of intestinal occlusion in adults.

We describe three cases of intestinal occlusion due to cecal volvulus in two women aged 74 and 61 years old and a man aged 81 years old with multiple pathological antecedents. The patients had pain, abdominal distension and absent feces. They were treated surgically with right hemicolectomy and mechanical ileocolonic anastomosis. The postoperative course was favorable in the two women but the man died. The two female patients are currently able to perform appropriate social and occupational activities for their age and underlying diseases.

Key words: Cecal volvulus. Colonic volvulus. Intestinal occlusion.

Introducción

El vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico. La localización, por orden de frecuencia es: un 80% en sigma, un 15% en ciego y un 5% en colon transverso. En la etiopatogenia se han implicado diversas causas: anatómicas (meso largo y redundante), alimentarias (dieta rica en residuos), patológicas (estreñimiento crónico, abuso de laxantes, enfermedades psiquiátricas y del sistema nervioso central en el 40% de los casos: distrofias, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, accidentes cerebrovasculares, etc.), el sexo (más común en

mujeres) y la edad (mayor de 70 años). El vólvulo cecal es más común en mujeres con una edad media de 50-60 años, con historia de episodios anteriores y una clínica de obstrucción de intestino delgado y dolor abdominal.

El objetivo del presente trabajo es exponer las características de esta causa de oclusión intestinal, centrándonos en su presentación clínica y en los posibles tratamientos y aprovechamos para realizar una revisión de dicha enfermedad.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 74 años, con antecedentes patológicos de fibrosis pulmonar, osteoporosis generalizada, aplastamiento vertebral, dislipemia, accidente cerebrovascular sin secuelas posteriores, depresión mayor, estreñimiento crónico (con abuso de laxantes) e intervenida de cesárea. Acudió a urgencias por un cuadro de distensión, dolor abdominal y ausencia de deposiciones, de 6 días de evolución. En la exploración destacaba una importante distensión abdominal, con dolorimiento difuso sin signos de irritación peritoneal, timpanismo a la percusión y con ausencia de peris-

Correspondencia: Dr. J.I Rodríguez-Hermosa.
Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Universitario Dr. J. Trueta.
Avda. de Francia, s/n. 17007 Girona. España.
Correo electrónico: joserod@eresmas.net

Manuscrito recibido el 25-10-2004 y aceptado el 15-12-2004.



Fig. 1. Radiografía de abdomen: gran distensión del colon con dudosa imagen de "grano de café" en el ciego.



Fig. 2. Tomografía computarizada abdominal (proyección axial): gran distensión del colon con la imagen cecal de "grano de café" sugestiva de vólvulo de ciego.

taltismo a la auscultación. En la analítica sólo destacaba una leucocitosis de 13.000/ l y un antígeno carcinoembrionario (CEA) de 2,1 ng/ml. En la radiografía simple de abdomen se identificaba una imagen de gran distensión de colon derecho (fig. 1). En el enema opaco se observaba una detención de la progresión del contraste en el colon sigmoide debido a una compresión extrínseca. En la tomografía computarizada (TC) abdominal se apreciaba una gran distensión del ciego sugestiva de vólvulo cecal (fig. 2). Ante la sospecha de oclusión intestinal provocada por un vólvulo de ciego se indicó la cirugía urgente. Se realizó una laparotomía media observándose un vólvulo cecal con signos de colitis isquémica. Se realizaron lavados, hemicolectomía derecha y anastomosis ileo-transversa laterolateral mecánica. La anatomía patológica informó de pared cecal con áreas de colitis isquémica aguda. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. La paciente sigue controles correctos en consultas externas de cirugía y desarrolla una actividad sociolaboral acorde con su edad y los impedimentos de su enfermedad de base.

osteoporosis generalizada y estreñimiento crónico (en tratamiento habitual con laxantes). Consultó por dolor y distensión abdominal progresiva, con náuseas, vómitos y cierre intestinal de 4 días de evolución. En la exploración se evidenció una gran distensión abdominal, con dolor difuso y ausencia de peristaltismo a la auscultación. En la analítica sólo destacaba una leucocitosis de 15.500/ l. En la radiografía simple de abdomen se identificaba una dudosa imagen de volvolución intestinal. El enema opaco mostraba una zona de estenosis con forma de "pico de pájaro" sugestiva de un vólvulo. Se decidió intervención quirúrgica urgente ante el cuadro de oclusión intestinal. Se realizó una laparotomía media observándose un vólvulo cecal con signos de colitis isquémica, necrosis de pared y perforación, con abundante peritonitis fecaloidea. Se realizaron lavados, hemicolectomía derecha y anastomosis ileo-transversa látero-lateral mecánica. La anatomía patológica informó de colitis isquémica en relación con un vólvulo cecal. Al segundo día postquirúrgico presentó un fallo multiorgánico y una sepsis generalizada, de la que no se recuperó y falleció.

Caso 2

Mujer de 61 años, con antecedentes de enfermedad desmielinizante, hemocromatosis, hernia de hiato, hernia discal, estreñimiento crónico e intervenida de varices en ambas piernas por insuficiencia venosa periférica. Ingresó por una abdominalgia difusa y distensión de 24 h de evolución, con náuseas, vómitos, anorexia y mal estado general. A la exploración la paciente estaba hemodinámicamente inestable (presión arterial de 90/50 mmHg, frecuencia cardíaca a 112 lat/min) y presentaba un abdomen distendido con signos de irritación peritoneal. Los datos de laboratorio objetivaron 14.500 leucocitos/ l, con una gasometría normal. En la radiografía abdominal se identificaba una distensión de colon derecho e intestino delgado. La TC abdominal informó de vólvulo cecal con signos de sufrimiento de pared y obstrucción intestinal proximal. Con el diagnóstico de oclusión intestinal por un vólvulo de ciego se indicó la cirugía urgente. Se realizó una laparotomía media observándose un vólvulo cecal con necrosis de pared y una gran dilatación retrógrada de intestino delgado. Se practicó una hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa látero-lateral mecánica. La anatomía patológica informó de pieza de hemicolectomía derecha con colitis isquémica. No hubo complicaciones postoperatorias. La paciente sigue controles correctos en consultas externas de cirugía y está asintomática.

Discusión

El vólvulo cecal supone la torsión de un segmento del colon sobre su eje mesentérico (generalmente 360° alrededor del pedículo mesentérico de la arteria ileocólica), lo que provoca una estrangulación, con la consecuente oclusión de los dos extremos del segmento volvulado y con un compromiso de la vascularización, todo lo cual produce una obstrucción en asa cerrada¹⁻³. Para que se presente es preciso un colon redundante, con una movilidad excesiva del ciego y del colon ascendente provocada por una falta de fijación al retroperitoneo lateral, un mesenterio estrecho y corto en su base, y la distensión con aire¹; casi nunca ocurre cuando el colon está lleno de heces sólidas.

Caso 3

Varón de 81 años, con antecedentes patológicos de hernia inguinal derecha recidivada (herniorrafia con malla), oclusión intestinal por hernia inguinal izquierda encarcerada (herniorrafia con prótesis), artrosis,

Aunque es una causa común de oclusión intestinal en África, Asia y América del Sur, el vólvulo de colon es raro en Occidente y contribuye sólo entre el 1 y el 3% de los casos de obstrucción colónica⁴.

El vólvulo de colon se suele producir con más frecuencia en el sigma, seguido del ciego, aunque también se produce en ocasiones en el colon transversal y en el ángulo esplénico o hepático del colon^{3,5,6}.

Se ha descrito una serie de factores que influyen en el desarrollo del vólvulo de colon (generalmente congénitos en el vólvulo cecal y adquiridos en el vólvulo sigmoideo) como son: dieta rica en residuos (por la alta incidencia de volvulación en África central), estreñimiento crónico y abuso de laxantes (en pacientes internados en centros psiquiátricos), enfermedad de Chagas (en Brasil), enfermedades neurológicas incapacitantes, enfermos mentales en tratamiento con psicofármacos (que contribuyen al estreñimiento), mujeres embarazadas, etc.^{3,5}. En nuestros pacientes había el antecedente de estreñimiento crónico (casos 1-3), abuso de laxantes (casos 1 y 3) y enfermedad neuropsiquiátrica (accidente cerebrovascular y depresión en el caso 1, y enfermedad desmielinizante en el caso 2).

La clínica suele ser más o menos aguda, con la tríada típica de dolor abdominal, distensión y constipación, seguido de náuseas y vómitos; suele haber timpanismo a la percusión y ausencia de peristaltismo a la auscultación; si se desarrolla gangrena o perforación, se manifiesta como abdomen agudo con signos de irritación peritoneal y shock, y si es evolucionada puede producir el fallecimiento del paciente^{1-3,7}. En casi la mitad de los sujetos hay una historia de episodios previos similares, pero de menor intensidad.

En la analítica hay leucocitosis con o sin desviación a la izquierda, en los casos de isquemia y/o necrosis de la pared colónica¹.

En la radiografía abdominal se aprecia una distensión importante del ciego, con presencia de niveles hidroaéreos y dilatación de intestino delgado; puede observarse en ocasiones la imagen "en grano de café". El enema opaco suele ser de difícil interpretación, pero en ocasiones aparece el signo del "pico de pájaro". La TC abdominal suele ser muy específica, identificando el vólvulo cecal y el compromiso vascular por la torsión del meso y los signos de colitis isquémica en la pared del colon^{1,2,5}. La colonoscopia diagnóstica es útil en ocasiones y establece la viabilidad de la mucosa colónica^{2,6}.

El tratamiento puede ser conservador o con medidas quirúrgicas. La devolvulación mediante colonoscopia o con enema de bario puede ser exitosa en ocasiones (la descompresión endoscópica es el procedimiento de elección en los vólvulos de sigma previo al abordaje quirúrgico en pacientes estables, sin compromiso isquémico del colon o perforación^{3,4,6}, pero la colonoscopia se demuestra menos eficaz en los vólvulos de colon derecho y ciego⁶). Si hay compromiso isquémico o perforación intestinal es preciso la resección, tras la correspondiente laparotomía exploradora se realiza una hemicolectomía derecha con o sin anastomosis primaria. Hay otras técnicas quirúrgicas que se han utilizado en ocasiones, como la detorsión o reducción simple con o sin cecopexia del

colon al retroperitoneo derecho y la cecostomía (es preferible la resección a la detorsión, debido a la alta tasa de recurrencia)^{1-5,7-9}. En los últimos años se han descrito técnicas mínimamente invasivas como la cecopexia laparoscópica¹⁰. El tratamiento conservador puede conseguir, en ocasiones, superar el período agudo, recuperar la mucosa colónica y poder realizar una cirugía definitiva posterior con una menor morbimortalidad que en el período agudo y con mayor éxito; pero teniendo en cuenta que la devolvulación endoscópica tiene una tasa de recidiva del 30-50%. El tratamiento definitivo, con un mejor control de los síntomas a largo plazo, es la hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa primaria^{1,2,7}. Nosotros somos más partidarios de tratar a este tipo de pacientes (con vólvulo de ciego) mediante tratamiento quirúrgico urgente como primer gesto terapéutico.

La mortalidad del vólvulo cecal varía del 10-15%, si el colon es viable, al 30-40%, si hay gangrena intestinal. La mortalidad del vólvulo de sigma varía del 13%, si se consigue la devolvulación endoscópica previa y se mejora la situación clínica del paciente con la cirugía diferida, al 30-70%, si se realiza la cirugía urgente sin intento previo de manejo conservador endoscópico⁶. La tasa tan elevada de mortalidad en relación con la cirugía urgente viene condicionada por tratarse de pacientes ancianos, con importante patología de base y grave deterioro de su estado general en el momento de la cirugía, primer episodio de volvulación y cuadros más severos (estrangulación, colitis isquémica y perforación).

Bibliografía

1. Cózar A, Medina M, Del Olmo M, Moreno JM, Martínez G. Vólvulo cecal en el síndrome de Cornelia de Lange. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96:85-6.
2. Utrillas AC, López M, Rebollo J, Minguillón A, Moreno C, Del Vall JM. Vólvulo de ciego: una rara causa de obstrucción intestinal. *Cir Esp.* 2003;74 Supl 1:120.
3. Echenique M, Amondaraín JA. Vólvulos de intestino grueso. *Rev Esp Enferm Dig.* 2002;94:201-5.
4. Frizelle FA, Wolff BG. Colonic volvulus. *Adv Surg.* 1996;29:131-9.
5. Hiltunen KM, Syrjä H, Matikainen M. Colonic volvulus. Diagnosis and results of treatment in 82 patients. *Eur J Surg.* 1992;158:607-11.
6. Renzulli P, Maurer CA, Netzer P, Buchler MW. Preoperative colonoscopic derotation is beneficial in acute colonic volvulus. *Dig Surg.* 2002;19:223-9.
7. Gupta S, Gupta SK. Acute caecal volvulus: report of 22 cases and review of literature. *Ital J Gastroenterol.* 1993;25:380-4.
8. Madiba TE, Thomson SR. The management of cecal volvulus. *Dis Colon Rectum.* 2002;45:264-7.
9. Rabinovici R, Simansky DA, Kaplan O, Mavor E, Manny J. Cecal volvulus. *Dis Colon Rectum.* 1990;33:765-9.
10. Bhandarkar DS, Morgan WP. Laparoscopic caecopexy for caecal volvulus. *Br J Surg.* 1995;82:323.