



## IMAGEN DEL MES

## Oclusión e isquemia por vólvulo de ciego en corea de Huntington



### Obstruction and ischaemia due to caecal volvulus in Huntington's chorea

Ester Ferrer-Inaebnit<sup>a,\*</sup>, Juan José Segura-Sampedro<sup>a,b,c</sup>,  
Francesc Xavier Molina-Romero<sup>a,b,c</sup> y Xavier González-Argenté<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad de las Islas Baleares, Mallorca, España

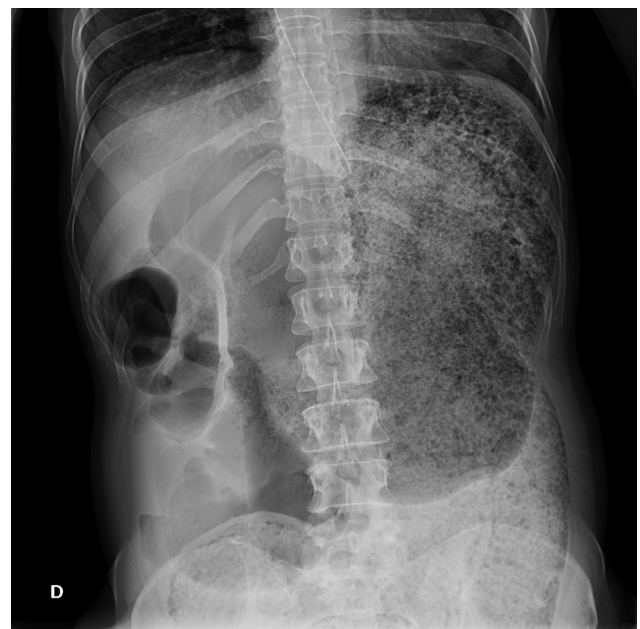
<sup>c</sup> Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa), Palma de Mallorca, España

Mujer de 45 años, diagnosticada de corea de Huntington avanzada. Acude a urgencias por vómitos, con exploración abdominal y tacto rectal anodinos. En la radiografía abdominal (fig. 1) se observa dilatación de asas, iniciándose tratamiento conservador.

Ante la ausencia de mejoría, a las 2 h se realiza TAC (fig. 2) que informa de oclusión intestinal, decidiéndose intervención quirúrgica urgente en la que se observa colon derecho volvulado e isquémico (fig. 3). Se realiza hemicolectomía derecha y anastomosis L-L mecánica isoperistáltica. La paciente fue alta sin complicaciones.

La corea de Huntington presenta una incidencia de 1-2 casos/millón<sup>1</sup>. Presenta afectación de neuronas entéricas, provocando hipomotilidad intestinal y estreñimiento crónico<sup>1,2</sup>.

El vólvulo de ciego tiene una incidencia de 3-7 casos/millón<sup>3</sup>, representando el 1-2% de las obstrucciones intestinales. El manejo es inicialmente conservador con colocación de sondaje nasogástrico<sup>3</sup>. En caso de persistencia de clínica se puede valorar devolvulación por



**Figura 1** Radiografía abdominal: importante dilatación de asas con patrón en miga de pan que ocupa todo el abdomen, sin poder descartar origen gástrico. Sin signos de neumoperitoneo.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [esterinaebnit@gmail.com](mailto:esterinaebnit@gmail.com)  
(E. Ferrer-Inaebnit).



**Figura 2** Tomografía axial computarizada: marcada dilatación de asas intestinales a expensas de intestino delgado junto a neumatosis, con realce mural conservado. Se observa cambio de calibre a nivel de flanco derecho con ingurgitación de vasos asociada a dicho nivel, sin neumoperitoneo.

colonoscopia, no valorado en este caso, por neumatosis y riesgo de perforación<sup>3</sup>. La laparotomía se indica en casos de ausencia de mejoría o empeoramiento dado el elevado riesgo de isquemia y necrosis<sup>3</sup>.

La asociación entre ambas enfermedades no está descrita en la literatura. El vólvulo de ciego ha de sospecharse



**Figura 3** Colon derecho volvulado sobre eje ileocólico con varias placas de necrosis transmural.

en cuadros oclusivos en estos pacientes que, dada la menor manifestación del dolor, dificulta y retrasa el diagnóstico<sup>2</sup>.

## Bibliografía

1. Sciacca S, Favellato M, Madonna M, Metro D, Marano M, Squiteri F. Early enteric neuron dysfunction in mouse and human Huntington disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2017;73-4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.parkreldis.2016.10.017>.
2. Sprenger GP, Zwaan KF, Van Der, Roos RAC, Achterberg WP. The prevalence and the burden of pain in patients with Huntington disease: A systematic review. *Pain.* 2019;160:773-83.
3. Yelika BELSB, Gachabayov ASMM. Cecal bascule: A systematic review of the literature. *Tech Coloproctol.* 2018;22:75-80.