

Caso	(582) Báscula cecal, una forma infrecuente de vólvulo de ciego
Autores	Agustina Vicente Bártulos, Carmen Campos Ferrer, Carlos Hernández Fonseca, Inmaculada Mota Goitia, Esther María García Casado, José María García Cabero.
Centro	H. Universitario Ramón Y Cajal

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 59 años con antecedentes de EPOC y enolismo, que tras 8 días de ingreso en UCI por neumonía, presenta ausencia de deposición y distensión abdominal. Tras 3 días de tratamiento con enemas, con escaso débito, se avisa a cirugía para valoración. A la exploración el abdomen está distendido, con matidez a la percusión, leve dolor abdominal pero sin signos de irritación peritoneal.

Se solicita TC-abdominal para valoración y destaca una marcada dilatación del ciego, con un diámetro máximo de 11 cm en su porción más distal y neumatosis. Llama la atención la disposición anómala del ciego que se localiza anterior y medializado. No neumoperitoneo valorable, no signos de torsión vascular, ni dilatación de asas de intestino delgado ni otros signos radiológicos de sufrimiento, excepto moderada-importante cuantía de líquido libre intraabdominal. Se revisa estudio previo de TC en el que el ciego presentaba una disposición pélvica, normal y tamaño normal. Los hallazgos descritos eran acordes con báscula cecal.

La paciente es intervenida de urgencias y se objetiva la báscula de ciego, adherencia de pared cecal a pared intestinal con necrosis transmural y microperforación con salida de abundante material fecaloideo a cavidad abdominal. Se realiza anastomosis ileocólica latero-lateral mecánica.

DISCUSIÓN

Los vólvulos de ciego (15% vólvulos colónicos) se producen por laxitud o anomalías congénitas en la fijación peritoneal del colon derecho, asociado a un punto fijo de rotación, como pueden ser las adherencias congénitas, inflamatorias, postquirúrgicas o masas abdominales, que obstruyen el colon ascendente y actúan como eje de inflexión. Es frecuente en mujeres jóvenes y ancianos hospitalizados.

Clínicamente presentan dolor, distensión abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento.

Según su mecanismo fisiopatológico destacan:

Tipo I: En la torsión axial el ciego rota sobre su eje longitudinal y se sitúa en el cuadrante inferior derecho.

Tipo II: En la torsión en bucle el ciego gira en su eje longitudinal y transversal para colocarse en el cuadrante superior izquierdo.

Tipo III: En la báscula cecal no se produce torsión, el ciego se dobla hacia delante para ocupar el centro del abdomen.

Los tipos I y II representan el 80-90% mientras que las básculas cecales el 10-20% restante.

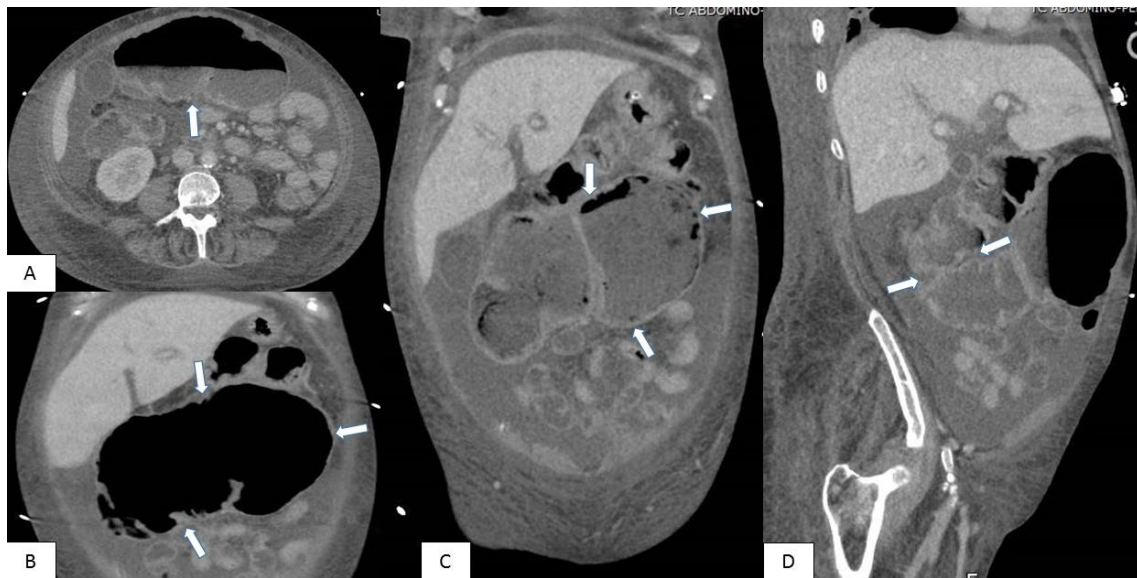
En la báscula cecal al no existir torsión del meso, es menos probable que exista compromiso vascular, aunque si no se trata también puede progresar a obstrucción intestinal, isquemia, necrosis o perforación.

El diagnóstico radiológico se realiza con RX-TC, siendo la TC de elección, que confirma la posición anómala del ciego (ascendido y medializado en el abdomen), la distensión y obstrucción, así como el estado de la vascularización, la existencia de neumatosis, perforación o líquido libre. Además permite identificar masas u otras causas que originen la basculación. Los signos comunes al resto de vólvulos ("pico de pájaro" y "remolino" en mesenterio) pueden ser menos habituales en este tipo por la falta de torsión.

El tratamiento es la cirugía y se han empleado distintas técnicas: devolvulación con o sin cecopexia si el ciego es viable (altas recurrencias), cecostomía (40% morbimortalidad), hemicolectomía derecha y anastomosis ileotransversa (más recomendable).

CONCLUSIÓN

La báscula cecal es un tipo infrecuente de vólvulo y debe sospecharse siempre que exista dilatación cecal ectópica (ascendente y medializado), sin torsión mesentérica. La TC es la prueba de elección que permite además del diagnóstico la valoración de la causa y complicaciones como isquemia intestinal, necrosis o perforación. Es necesario un alto índice de sospecha y un tratamiento quirúrgico precoz para evitar dichas complicaciones.



TC abdomino-pélvica con CIV. Imagen axial (A) y reconstrucciones MPR, coronales (B y C) y sagital (D). Se demuestra la existencia de una dilatación intestinal ectópica, ciego ascendido y medializado, de 11cm de diámetro, (visible en todas las imágenes, flechas) con signos de neumatosis y basculación sobre colon ascendente (flechas en imagen D). Existe líquido libre y ausencia de neumoperitoneo. Diagnóstico báscula de ciego.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Alicia Ruiz de la Hermosa, Patricia Ortega-Domene, María Luisa Fuenmayor-Valera, Adelino Pérez-Morera y José Benito Seoane-González. Báscula cecal, una causa infrecuente de obstrucción intestinal. Cirugía y Cirujanos, 2016;84(6):513-517. <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.10.004>
- 2.-López-Cantarero García-Cervantes M, Valdés-Hernández J, García Reyes A, Oliva Mompeán F. Báscula o vólvulo cecal tipo III como causa poco frecuente de obstrucción colónica. Cir Andal. 2020;31(4):531-33. DOI: 10.37351/2020314.14
- 3.-E. López Pérez , M.J. Martínez Pérez, T. Ripollés González, R. Vila Miralles y L. Flors Blasco. Vólvulo cecal: características en imagen. Radiología. 2010;52(4):333-341.