

Caso	(648) Vólvulo cecal, una causa infrecuente pero relevante de abdomen agudo y oclusión intestinal
Autores	Eduardo Bättig Arriagada, Rosa Piqueras Olmeda, Adela Batista Domenech, Miguel García-junco Albacete, Marialaura Mena Cavelis.
Centro	Hospital Universitari I Politecnic La Fe

EXPOSICIÓN DEL CASO

Hombre de 35 años con antecedentes de colecistectomía (2011) trasplante renal por cistinosis (1993).

Consulta por dolor abdominal epigástrico de un día de evolución que ha ido en aumento. Al examen físico presenta leve dolor a la palpación y timpanismo en región epigástrica, sin otros hallazgos. En la analítica destaca leve elevación de PCR (25 mg/dl) y leucocitosis (15.700xmm³).

Se realiza una radiografía de abdomen, identificando mínima dilatación de asas de intestino delgado a nivel centroabdominal con escaso gas distal en hemicolon izquierdo.

Posteriormente, por empeoramiento clínico y sospecha de cuadro suboclusivo, se realiza TC abdominal con contraste, identificando ciego dilatado y localizado en cuadrante superior izquierdo con cambio brusco de calibre y signo del remolino en colon ascendente/ciego, con menor realce parietal del segmento afecto, trabeculación de la grasa adyacente y leve cantidad de líquido libre, así como dilatación retrógrada de asas de intestino delgado.

Se establece el diagnóstico de vólvulo cecal (tipo torsión en bucle) con probables signos de sufrimiento vascular.

El paciente se interviene de urgencia, confirmando hallazgos descritos en TC: vólvulo cecal por hiperlaxitud del meso, sin signos de isquemia establecida. Se realiza hemicolectomía derecha con sección del meso y anastomosis ileocecal, evolucionando sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El vólvulo de ciego es una patología infrecuente (1% de los casos de obstrucción intestinal), siendo el segundo vólvulo de colon en frecuencia después del sigmoideo¹.

Supone la torsión de un segmento del colon sobre su eje mesentérico, lo que provoca una estrangulación con la consiguiente oclusión en asa cerrada que puede conducir a una perforación intestinal.

Los factores predisponentes incluyen una excesiva movilidad del ciego y del colon ascendente por una laxitud de fijación al retroperitoneo, un mesenterio estrecho y corto en su base, dieta alta en fibra y uso de laxantes.

Se puede producir por 3 mecanismos²: 1) Rotación de ciego sobre su eje longitudinal (torsión axial), 2) Rotación en eje longitudinal y transversal (torsión en bucle), con ciego localizado en el cuadrante superior izquierdo, 3) Plegado hacia adelante (báscula cecal). Los 2 primeros mecanismos descritos abarcan el 90% de los casos, siendo la báscula cecal el 10% restante.

Los síntomas son inespecíficos, similares a otras causas de oclusión, por lo que las pruebas de imagen son esenciales en su diagnóstico³.

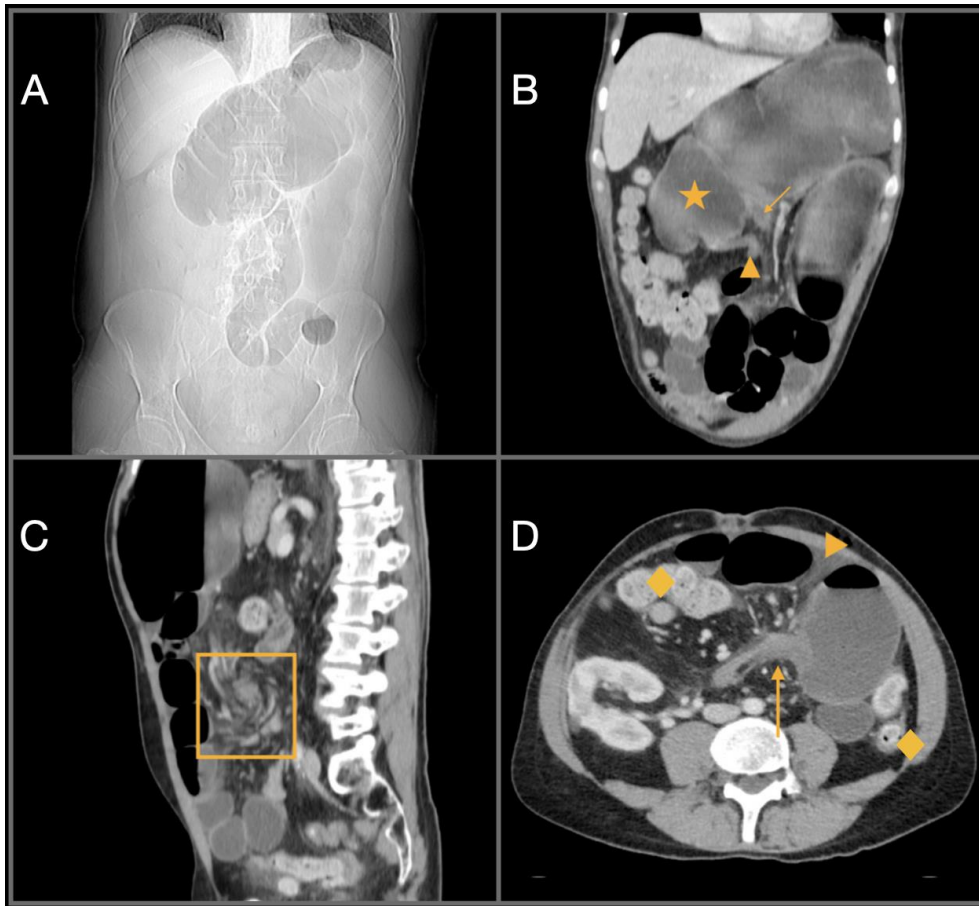
En la radiografía abdominal podemos encontrar un asa de ciego dilatada y desplazada a hipocondrio izquierdo, con morfología en grano de café y mínima cantidad o ausencia de gas en colon distal al vólvulo⁵. Dado que la radiografía no suele ser diagnóstica, el estudio de elección es la TC, en donde podemos encontrar⁵: ciego distendido y de localización ectópica en mesogastrio o hipocondrio izquierdo y otros signos comunes al resto de vólvulos como el signo del pico del pájaro (cambio brusco de calibre) y signo del remolino.

Además, la TC permite el diagnóstico de compromiso vascular por la torsión del meso e identificación de signos de isquemia en la pared del colon.

El tratamiento de elección es quirúrgico con resección cecal.

CONCLUSIÓN

El vólvulo cecal es una causa de oclusión intestinal y abdomen agudo quirúrgico poco frecuente pero relevante, siendo la radiología crucial para su diagnóstico y manejo posterior.



Imágenes de TC abdomino-pélvico con contraste: A) Imagen del localizador y B) reconstrucción coronal de TC, identificando en ambas ciego dilatado y desplazado hacia epigastrio/cuadrante superior izquierdo (estrella) y válvula ileocecal (flecha), identificando además en TC apéndice cecal (punta de flecha) y múltiples asas de intestino delgado dilatadas en hipogastrio. C) Signo del remolino (cuadrado): Se identifica asa de colon torsionada con múltiples vasos mesentéricos girando a su alrededor. D) Signo del pico (flecha): Se identifica ciego dilatado con afilamiento distal, con hipocaptación parietal y leve cantidad de liquido libre adyacente (punta de flecha) como signos de sufrimiento intestinal. Nótese además el colon transverso y descendente de calibre normal (rombos).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Lee SY, Bhaduri M. Cecal volvulus. CMAJ. 2013;185(8):684. doi:10.1503/cmaj.120651
- (2) Sánchez-Rubio, Nancy, Redondo-Buil, Pilar, Benítez-Vázquez, Ana M.^a, Prieto-Fernández, Amador, & Mesa-Álvarez, Alicia. (2013). Loop type cecal volvulus: multidetector computed tomography (MDCT) findings. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 105(4), 225-226. <https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082013000400007>
- (3) E. Pulvirenti, L. Palmieri, A. Toro, I. Di Carlo. Is laparotomy the unavoidable step to diagnose caecal volvulus?. Ann. R. Coll. Surg. Engl., 92 (5) (2010), pp. 27-29
- (4) Peterson CM, Anderson JS, Hara AK, et al. Volvulus of the gastrointestinal tract: appearances at multimodality imaging. Radiographics 2009;29:1281-93