

# Vólvulo de ciego con lesión de colon ascendente: reporte de un caso y alternativas de tratamiento

**Brito Sosa, Germán; Iraizoz Barrios, Ana María**

Vólvulo de ciego con lesión de colon ascendente: reporte de un caso y alternativas de tratamiento  
Acta Gastroenterológica Latinoamericana, vol. 51, núm. 3, 2021

Sociedad Argentina de Gastroenterología, Argentina

**Disponible en:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199368908019>

**DOI:** <https://doi.org/10.52787/suyi2286>

2021 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

2021 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

## Casos clínicos

# Vólvulo de ciego con lesión de colon ascendente: reporte de un caso y alternativas de tratamiento

Cecal Volvulus with Lesion of the Ascending Colon: A Case Report and Treatment Alternatives

Germán Brito Sosa [german.brito512@yahoo.es](mailto:german.brito512@yahoo.es)  
Hospital General. Teófilo Dávila, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0003-0858-4461>

Ana María Iraizoz Barrios  
Universidad Técnica de Machala, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0002-1507-4438>

Acta Gastroenterológica  
Latinoamericana, vol. 51, núm. 3, 2021

Sociedad Argentina de Gastroenterología,  
Argentina

Recepción: 28 Febrero 2021  
Aprobación: 26 Julio 2021  
Publicación: 27 Septiembre 2021

DOI: [https://doi.org/10.52787/  
suyi2286](https://doi.org/10.52787/suyi2286)

Redalyc: [https://www.redalyc.org/  
articulo.oa?id=199368908019](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199368908019)

**Resumen:** El vólvulo de ciego es una enfermedad poco frecuente y responsable del 1% de los casos de oclusión intestinal, cuya principal etiología está dada por un ciego móvil. Se presenta un paciente varón de 73 años, con antecedente de estreñimiento. Presenta cuadro clínico de dolor y distensión abdominal, náuseas, vómitos y ausencia de expulsión tanto de heces como de gases. Se halló vólvulo de ciego con lesión en colon ascendente. La técnica quirúrgica que los cirujanos realizan con más frecuencia en el vólvulo de ciego es la hemicolecotomía derecha con íleo transverso anastomosis, pero si el vólvulo causó necrosis intestinal y el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable, es más seguro realizar la resección intestinal e ileostomía. La íleo ascendente anastomosis realizada a un nivel más alto del colon ascendente es una alternativa segura para la restitución del tránsito intestinal en los pacientes con vólvulos de ciego.

**Palabras clave:** Enfermedades del ciego, vólvulo intestinal, dolor abdominal, obstrucción intestinal, anastomosis quirúrgica.

**Abstract:** Cecal volvulus is a rare disease responsible for 1% of the cases of intestinal occlusion, whose main etiology is due to a mobile cecum. A 73-year-old male patient with a history of constipation is presented. He had a clinical picture of abdominal pain and distention, nausea, vomiting, and absence of stool or gas expulsion. A Cecal volvulus with lesion in the ascending colon was found. The surgical technique most frequently performed by surgeons for cecal volvulus is right hemicolectomy with transverse ileus anastomosis, but if the volvulus caused intestinal necrosis and the patient is hemodynamically unstable, it is safer to perform intestinal resection and ileostomy. Ascending ileus anastomosis performed at a higher level of the ascending colon is a safe alternative for the restitution of intestinal transit in patients with cecal volvulus.

**Keywords:** Cecum diseases, intestinal volvulus, abdominal pain, intestinal obstruction, surgical anastomosis.

## Introducción

El vólvulo de ciego consiste en una rotación axial del íleon terminal, ciego y colon ascendente con torsión concomitante del mesenterio y de sus vasos. Se acompaña de alteraciones circulatorias con obstrucción parcial o completa de la luz intestinal, en ambos extremos del segmento, lo que produce una oclusión con asa cerrada. La volvulación de este segmento

está favorecida por una fijación insuficiente del ciego al retroperitoneo.  
1,2,3,4,5,6

La oclusión intestinal es una enfermedad frecuente en el adulto, ocasionada por el vólvulo del colon en aproximadamente el 4-10% de los casos, siendo el vólvulo de ciego el responsable de menos del 2% de los casos.<sup>1, 2, 4, 6, 7</sup>

Los vólvulos del colon son más frecuentes a nivel del colon sigmoídes (80%), seguido del ciego (15%), colon transverso (3%) y flexura esplénica (2%),<sup>1, 6</sup> y se asocian con una alta tasa de mortalidad.<sup>8</sup>

Está descrito que el vólvulo de ciego suele aparecer con más frecuencia en mujeres jóvenes, a diferencia del vólvulo de sigmoídes que aparece en personas de edad avanzada.<sup>2, 7</sup> En Occidente el vólvulo de ciego es infrecuente, pero su incidencia es mayor en África, Asia y América del Sur, donde alcanza cifras de hasta un 2-3%.<sup>1, 2, 9</sup> En algunas series se reporta una incidencia anual de 2,8 a 7,1 casos por millón de habitantes/año, pero, debido a lo infrecuente de la enfermedad, no existen estadísticas exactas.  
1,2,3,4

Presentamos el caso de un paciente adulto mayor con vólvulo de ciego, con la finalidad de describir las características generales de la enfermedad, y de analizar las alternativas de manejo quirúrgico de esta patología infrecuente.

## Reporte de caso

Varón de 73 años, con antecedente de estreñimiento, que recibió tratamiento con picosulfato sódico 5 mg durante más de quince años. Peso de 68 Kg y talla de 1,72 m, para un índice de masa corporal de 23. La sintomatología se inició con dolor abdominal tipo cólico 48 horas antes de asistir al hospital, seguido de distensión abdominal, náuseas, vómitos y ausencia de deposiciones.

Al examen físico presentó mucosas ligeramente hipocoloreadas y secas y abdomen distendido, doloroso a la palpación, fundamentalmente a nivel de flanco y fosa ilíaca derecha. A la percusión presentaba hipersonoridad y los ruidos hidroaéreos estaban aumentados. Frecuencia cardíaca: 106 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto. Presión arterial: 130/90 mm Hg. Se realizaron estudios complementarios, que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

Hemoglobina: 10,9 g/dl	Hematocrito: 35,9%
Leucocitos: 14,0	Glicemía: 6,3 mmol/L
Neutrófilos: 84,14	Creatinina: 0,9 mg/dl
Linfocitos: 10,39	Gasometría arterial: Ionograma:
Eosinófilos: 2,06	pH: 7,35 Na: 135 mmol/l
Monocitos: 3,41	PO <sub>2</sub> : 96 mm/Hg K: 3,4 mmol/l
	PCO <sub>2</sub> : 42 mm/Hg Cl: 93 mmol/l
Plaquetas: 182 x 103/ul	Sat Hb: 96%
Tiempo de protrombina: 14	EB: -2: mEq/l
	HCO <sub>3</sub> : 21 mmol/l
Tiempo parcial de tromboplastina: 31	TAC simple de abdomen: se observa en el corte axial dilatación cecal y niveles hidroáereos en asas intestinales delgadas y ciego, sin evidencia de líquido libre en cavidad.
ECG: Normal	

Se interpretó como una oclusión intestinal causada por vólvulo de ciego. Se realizó restitución de líquidos, se colocó sonda nasogástrica y vesical y, sin pérdida de tiempo, se trasladó al quirófano donde se realizó una laparotomía exploradora.

Durante la cirugía se halló vólvulo del ciego con gran distensión y lesión necrótica de 1 cm en colon ascendente a nivel de la zona de torsión (Figura 1). Se practicó hemicolectomía derecha con íleo transverso anastomosis en dos planos témino-lateral a nivel de la cintilla y cierre del cabo distal del colon. La pieza resecada se muestra en la Figura 2. El paciente tuvo una evolución satisfactoria y fue dado de alta a los siete días.

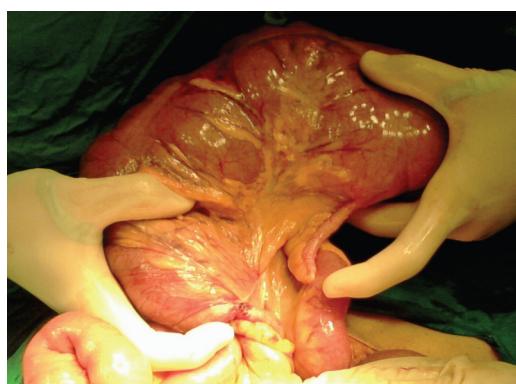
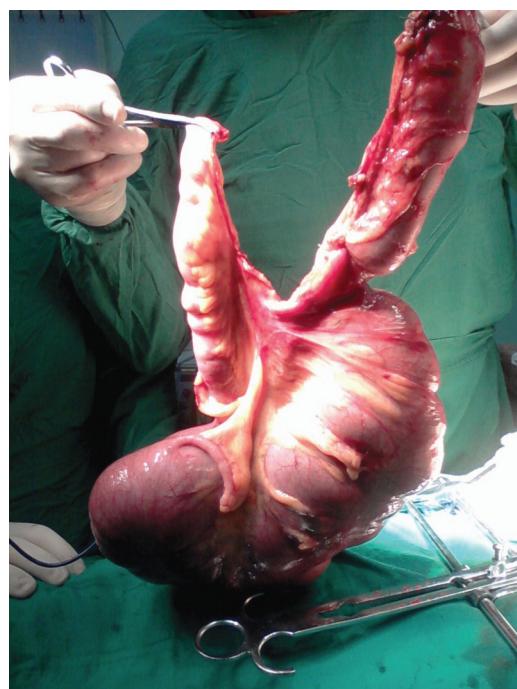


Figura 1

Vólvulo del ciego con lesión necrótica de 1 cm en colon ascendente a nivel de la zona de torsión.



**Figura 2**

Pieza resecada, constituida por el íleon terminal, ciego, colon ascendente y ángulo hepático del colon.

## Discusión

El válvulo de ciego fue descrito por primera vez en 1837, por Von Rokitansky, como causa de obstrucción intestinal.<sup>1, 2</sup> Los principales factores etiológicos que predisponen a un válvulo de ciego son la presencia de un ciego móvil y la ausencia de fijación del mesenterio del colon derecho, ciego e íleon terminal al peritoneo parietal posterior.<sup>1, 2</sup> Existen otros factores que también influyen en el desarrollo del válvulo de colon: una dieta rica en residuos, el estreñimiento crónico y el abuso de laxantes, la enfermedad de Chagas, enfermedades neurológicas incapacitantes, mujeres embarazadas,<sup>1, 6, 10</sup> la presencia de una brida epiploica sin antecedentes de cirugía abdominal,<sup>11</sup> las adherencias posquirúrgicas, las malformaciones congénitas, historia de una colonoscopía previa, traumatismos,<sup>1, 2, 7</sup> ejercicios físicos excesivos, la enfermedad de Hirshsprung, la demencia senil, el reposo prolongado, el íleo paralítico y los tumores abdominales, entre otros.<sup>1, 2</sup> Nuestro paciente tenía como factor de riesgo un ciego móvil, además de una dieta rica en residuos, estreñimiento crónico y abuso de laxantes.

El válvulo cecal se clasifica en tres tipos: I, II y III. En el tipo I, el válvulo cecal axial se desarrolla a partir de la torsión en sentido horario o la torsión del ciego a lo largo de su eje largo; en el tipo II, se desarrolla a partir de una torsión en sentido antihorario del ciego y una porción del íleon terminal, y en el tipo III, es causado por las básculas cecales al plegarse el ciego hacia arriba. Los válvulos cecales de tipo I y II representan el 80% de los casos y los de tipo III, el 20%.<sup>3, 10</sup>

La forma de presentación suele ser un cuadro de obstrucción intestinal con dolor abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento. Al examen físico se caracteriza por un abdomen distendido, asimétrico, timpánico y doloroso a la palpación. Si el cuadro clínico progresiona pueden aparecer signos de irritación peritoneal causados por isquemia y perforación.<sup>7</sup> Es importante señalar que alrededor del 50% de los pacientes tienen el antecedente de episodios previos de dolor abdominal similares, con menor intensidad.<sup>1,2</sup>

El diagnóstico de la oclusión intestinal suele ser evidente por la clínica (dolor y distensión abdominal, constipación, seguido de náuseas y vómitos),<sup>3,6</sup> pero suele ser difícil precisar únicamente por los síntomas que la causa se debe a un vólvulo de ciego.

Mediante los estudios imagenológicos generalmente llegamos a un diagnóstico de certeza. Las radiografías de abdomen suelen mostrar una distensión importante del ciego y dilatación del intestino delgado con presencia de niveles hidroáreos. El colon por enema ayuda a confirmar el diagnóstico de vólvulo cecal, con una precisión diagnóstica del 88%. Tiene la ventaja en algunos casos de reducir el vólvulo, aunque no es recomendable realizar el colon por enema en pacientes con sospecha de perforación o gangrena, por la posibilidad de extravasación del contraste.<sup>1,10</sup>

La tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen se considera el método más preciso y diagnostica al 90% de los pacientes,<sup>1,2,3,7,11</sup> ya que identifica el vólvulo cecal y los signos de colitis isquémica en la pared del colon.<sup>1</sup> Otro beneficio de la TAC es que nos ayuda a establecer el manejo terapéutico.<sup>7</sup>

La colonoscopía como procedimiento diagnóstico en el vólvulo cecal no es de gran utilidad y como tratamiento no se recomienda ya que solo logra reducir el 30% del vólvulo de ciego,<sup>2,7</sup> pudiendo ocasionar perforación y retrasar el tratamiento quirúrgico.<sup>2,9</sup>

La conducta depende del estado hemodinámico, la gravedad y la comorbilidad del paciente, además de la viabilidad intestinal. Una alternativa terapéutica que ofrece más ventajas y disminuye la mortalidad es el tratamiento conservador, cuando es posible, para eliminar la torsión y superar el período agudo, realizando la cirugía definitiva de forma electiva, a través de un abordaje laparoscópico con anastomosis extracorpórea.<sup>1,2,11</sup> Por lo infrecuente del vólvulo de ciego y los pocos casos reportados tratados por laparoscopía, no se ha determinado el momento óptimo para realizar la cirugía electiva por esta vía, una vez logrado con éxito el tratamiento conservador.<sup>2,4</sup> Otra alternativa sería realizar una desvolvulación endoscópica y posteriormente la cecopexia laparoscópica, pero diversos estudios han reportado que esta técnica tiene una tasa de recidiva del 30-50%.<sup>1,2</sup>

La opción quirúrgica más practicada por la mayoría de los cirujanos en el vólvulo de ciego es la hemicolecctomía derecha con íleo transverso anastomosis primaria, aunque esté viable el colon, para evitar así la

recurrencia.<sup>1, 4, 6, 7, 9</sup> Hay otras técnicas quirúrgicas que se han utilizado, tales como la cecostomía y la destorsión simple, con o sin cecopexia del colon al retroperitoneo derecho.<sup>2, 6</sup> Esta última técnica es un procedimiento seguro, con baja mortalidad, pero con la desventaja de una tasa alta de recidiva de hasta el 40%, por lo que algunas series no la recomiendan,<sup>6, 7, 9</sup> y solo debe realizarse en aquellos pacientes con intestino viable que no tolerarían la hemicolectomía.<sup>1, 2</sup> La cecostomía tiene la ventaja de descomprimir las asas distendidas y de fijar el ciego, por lo que también es una técnica alternativa en los pacientes con alto riesgo quirúrgico sin compromiso vascular.<sup>11</sup> Debe tenerse en cuenta que se ha asociado a graves complicaciones, como gangrena, necrosis cecal y fuga de heces intraperitoneal,<sup>9</sup> y que tiene una mortalidad operatoria del 0 al 40% y una recurrencia del 0 al 33%.<sup>2</sup>

En pacientes que, a causa del volvulo de ciego, posean necrosis intestinal y factores de riesgo para dehiscencia de sutura en la anastomosis, o que se encuentren hemodinámicamente inestables o en estado séptico, además de la cecostomía y la destorsión simple con o sin cecopexia, debe realizarse ileostomía con fistula mucosa distal y, posteriormente, en un segundo tiempo, realizar la restitución del tránsito intestinal.<sup>9</sup> En el caso expuesto el paciente tenía estabilidad hemodinámica y presentaba un volvulo de ciego con lesión de colon ascendente, por lo que se le realizó una hemicolectomía derecha con íleo transverso anastomosis término-lateral.

También es recomendable realizar una íleo-ascendente-anastomosis término-lateral a nivel de la cintilla, con cierre del cabo colónico,<sup>12</sup> lo que permite ahorrar tiempo quirúrgico al ser menor la resección. Otra técnica descrita consiste en utilizar grapadoras para la anastomosis latero-lateral con cierre de los dos cabos,<sup>3</sup> para evitar así la anastomosis término-terminal con cabos de diferente diámetro.

Al revisar la literatura se observa que no existen muchos estudios que realicen una anastomosis ileocólica a nivel del colon ascendente, posiblemente debido a las características de la irrigación de esa zona. La arteria mesentérica superior se divide en su extremo distal en varias ramas: las arterias ileocecal anterior y posterior, la arteria ileal, la arteria apendicular y el ramo cólico que se dirige hacia el colon ascendente, que va a anastomosarse con el ramo descendente proveniente de la cólica derecha. Al realizar la resección del íleo terminal y del ciego a nivel del mesenterio contiguo, se ligará el extremo distal de la arteria mesentérica superior, afectando la irrigación del colon ascendente próximo al ciego. Esto ocasiona un alto riesgo de dehiscencia de la sutura en la anastomosis, debido a una deficiencia de la perfusión sanguínea en los bordes quirúrgicos; por tal motivo, debe resecarse la porción del colon ascendente contigua al ciego.

A un nivel más alto del colon ascendente, una anastomosis es segura, ya que la arteria cólica derecha, rama de la arteria mesentérica superior, aporta la irrigación a ese segmento mediante los ramos ascendente y descendente, garantizando una buena vascularización para la anastomosis. No deben olvidarse, además, las anastomosis entre las

arterias cólicas, las cuales forman un arco a nivel del borde mesentérico del colon, lo que garantiza también una buena irrigación.<sup>13</sup>

Existen complicaciones que pueden presentarse en el postoperatorio, como un íleo prolongado, la infección del sitio quirúrgico y la dehiscencia de sutura con peritonitis, que es una de las más temidas.<sup>9</sup> Otra complicación que todo cirujano teme es la fistula intestinal, que, en las anastomosis entre el intestino delgado y el colon, tiene una incidencia que asciende hasta el 15% y en la que influyen múltiples factores propios del paciente, del medio y del cirujano.<sup>14</sup>

La mortalidad está relacionada con la presencia o no de gangrena y con el tipo de cirugía (electiva o urgente), independientemente del procedimiento elegido. En una cirugía de urgencia, cuando el intestino se encuentra viable, la mortalidad es del 7 al 15%, y cuando existe gangrena la mortalidad aumenta al 40%.<sup>2,3</sup> Cuando la cirugía se realiza de forma electiva la mortalidad es baja.<sup>2</sup>

## Conclusiones

El vólvulo de ciego es una causa poco frecuente de oclusión intestinal. La técnica quirúrgica que los cirujanos realizan con más frecuencia es la hemicolectomía derecha con íleo transverso anastomosis, aunque esté viable el colon ascendente, para evitar así la recurrencia. Si el vólvulo causó necrosis intestinal y el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable, es más seguro realizar resección intestinal e ileostomía.

La cirugía laparoscópica, la cecopexia, la cecostomía, la desvolvulación simple y la ileostomía con fistula mucosa distal son alternativas de tratamiento de las que dispone el cirujano. La íleo ascendente anastomosis realizada a un nivel más alto del colon ascendente, respetando la arteria cólica derecha, es una anastomosis segura y otra alternativa para la restitución del tránsito intestinal en los pacientes con vólvulos de ciego.

## Referencias

1. Oller N, Moya P, Aguilar M, y cols. Vólvulo de ciego y colon derecho. Revista española de investigaciones quirúrgicas. 2016;19(1):28-31.
2. Ramírez MM, Villanueva E, Ramírez G. Colectomía derecha laparoscópica electiva por vólvulo cecal: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Cir Cir. 2017;85(1):87-92.
3. López M, García C, Valdés I, García A, Oliva F. Báscula o vólvulo cecal tipo III como causa poco frecuente de obstrucción colónica. Cir Andal. 2020;31(4):531-3.
4. Pradenas S, Gantz JT, Allamand JF, y cols. Vólvulo de ciego: ¿Cómo lo estamos manejando? Rev electrónica científica y académica de Clínica Alemana. 2016;6(1):153-6.
5. Sala A, Pous S, Lucas E, et al. Acute transverse colon volvulus with secondary gastric ischemia. Case report. Rev Esp Enferm Dig. 2016;108(3):163-4.

6. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Vólvulo del colon. Colon y Recto. Sabiston Tratado de Cirugía. 2017;20:1334-6.
7. Martínez A, Sacristán B. Vólvulo de ciego. Una urgencia endoscópica poco frecuente. Rev Andaluza de Patología Digestiva. 2019;42(1):37-40.
8. Halabi W, Mehraneh J, Kang C, et al. Colonic Volvulus in the United States. Trends, Outcomes and Predictors of Mortality. Ann Surg. 2014;259(2):293-301.
9. Ruiz J, Calero P, Morales V, Martínez E. Vólvulo de ciego: presentación de 18 casos y revisión de la literatura. Rev Cir Esp. 2009;85(2):110-3.
10. Roy SP, Tay YK, Kozman D. Caso muy raro de vólvulo sincrónico del colon sigmoide y ciego que causa obstrucción del intestino grueso. BMJ Case Rep. 2019;12(1):bcr-2018-227375.
11. Carvajal J, Sarro M, Martín M, y cols. Vólvulo de ciego secundario a brida epiploica entre colon transverso y anillo inguinal interno izquierdo. Revista española de investigaciones quirúrgicas. 2019;22(2):28-31.
12. Brañez CA, Vargas B, Vargas JR. Divertículo de Meckel Perforado en Paciente en un Paciente de 13 Años, Reporte de un Caso. Gac Med Bol. 2011;34(1):40-2.
13. Testut L, Jacob O. Órganos del compartimiento inferior. Tratado de anatomía topográfica. Casa Editorial P. Salvat, Barcelona. 1923:295-340.
14. Pacheco MA, Aldana GE, Martínez LE, y cols. Incidencia de falla anastomótica en intestino delgado, colon y recto. Bogotá, Colombia. Rev Colomb Cir. 2017;32(4):269-76.

## Notas

**Consentimiento para la publicación.** Para la confección de este manuscrito, se utilizaron datos anonimizados que no han distorsionado su significado científico.

**Propiedad intelectual.** Los autores declaran que los datos, las figuras y las tablas presentes en el manuscrito son originales y fueron realizados en sus instituciones pertenecientes.

**Cite este artículo como:** Brito Sosa G, Iraizoz Barrios AM. Vólvulo de ciego con lesión de colon ascendente: reporte de caso y alternativas de tratamiento. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2021;51(3):353-7. <https://doi.org/10.52787/suyi2286>

## Notas de autor

**Correspondencia:** Germán Brito Sosa Callejón 6<sup>ta</sup> sur entre 14<sup>ava</sup> oeste y 15<sup>ava</sup> oeste, Ciudadela 9 de Octubre (C.P.: 070210). Ciudad de Machala, Provincia El Oro, Ecuador. Tel.: 0959289364 / Cel.: 0959449521. Correo electrónico: german.brito512@yahoo.es