

CP-60 TÍTULO: VÓLVULO DE CIEGO

AUTOR/ES: F. Adel Abdulla, JM. Ramia Angel, R. Puga Bermudez, V. Arteaga Peralta, J. Quiñones Sampedro, R. de la Plaza Llamas, JH. Carlin Gatica, P. Veguillas Redondo, J. Hernando Alonso, J. Garcia-Parreño Jofre

INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

INTRODUCCIÓN

Se define vólvulo de ciego (VC), como la torsión del órgano a nivel de uno de sus ejes que suele ser el mesentérico. El sigma y el ciego son las localizaciones donde se produce con mayor frecuencia. Existen algunas predisposiciones anatómicas, como es el caso de un ciego móvil y la ausencia de fusión con el retroperitoneo, siendo la arteria ileocólica el eje sobre el que se produce la volvulación más habitualmente. Los factores congénitos juegan un papel más importante en el VC que en el sigmoideo. Es mucho más frecuente en mujeres de más de 60 años.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 65 años que acude al servicio de urgencias por dolor y distensión abdominal de 48 horas de evolución; en la analítica destaca leucocitosis y neutrofilia. Se realiza una radiografía simple de abdomen en la que se aprecia una gran distensión del ciego con imagen típica en grano de café. Ante la sospecha de oclusión intestinal provocada por un VC se indica cirugía urgente. Se realiza laparotomía media observándose VC con signos de colitis isquémica y necrosis de pared sin perforación. Se realiza hemicolectomía derecha y anastomosis ileotransversa latero-lateral mecánica. La AP de la pieza es informada como pared cecal con áreas de colitis isquémica. El postoperatorio, transcurrió sin incidencias; el paciente sigue controles en consultas externas de cirugía y se encuentra asintomático.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de sospecha de VC es clínico ya que su presentación habitual es un cuadro de dolor y distensión abdominal; en un alto porcentaje de pacientes una radiografía nos confirma la sospecha diagnóstica. La presentación del vólvulo sigmoideo es discretamente mayor que el VC en una proporción de 60%-40%. El tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos ya que el tratamiento conservador mediante la descompresión por colonoscopia no está recomendado en VC dado el alto porcentaje de presencia de colon con gangrena.

El VC es una situación urgente que suele requerir tratamiento quirúrgico. La hemicolectomía derecha es la técnica de elección tanto cuando el colon es viable como no.