

Imágenes en cirugía general

Báscula o vólvulo cecal tipo III como causa poco frecuente de obstrucción colónica.

Bascule or type III cecal volvulus as a rare cause of colonic obstruction.

López-Cantarero García-Cervantes M, Valdés-Hernández J, García Reyes A, Oliva Mompeán F

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

RESUMEN

Varón de 58 años con antecedentes de laringectomía total por neoplasia laríngea y pancreatitis crónica, que acude a urgencias por vómitos, distensión y dolor abdominal. Se realiza radiografía y TC de tórax-abdomen. Se objetivó dilatación de 9 cm del ciego, el cual se aloja en hemiabdomen izquierdo y distensión de la cámara gástrica.

Se indica cirugía urgente, donde se observa hallazgos compatibles con pruebas de imagen, secundarios a pliegue sobre la cara anterior de colon ascendente, condicionando así la posición atípica del ciego. Este hallazgo es compatible con vólvulo cecal tipo III o báscula cecal. Se realiza ileocequectomía con anastomosis latero-lateral ileocólica manual. Tras 6 días en UCI, pasa a planta de hospitalización con buena evolución sin complicaciones. Se da alta hospitalaria al 15º día, sin incidencias.

Palabras clave: obstrucción intestinal, vólvulo de ciego, vólvulo de ciego tipo III, báscula cecal.

ABSTRACT

A 58-year-old male with a history of total laryngectomy for laryngeal neoplasia and chronic pancreatitis, who attended the emergency department for vomiting, distension and abdominal pain. X-ray and CT of the chest-abdomen was performed. Dilatation of 9cm of the cecum was observed, which is housed in the left hemiabdomen, and distension of the gastric chamber.

Urgent surgery is indicated, where findings compatible with imaging tests are observed, secondary to a fold over the anterior wall of the ascending colon, thus conditioning the atypical position of the cecum. This finding is compatible with a type III cecal volvulus or a cecal bascule. An ileocechectomy was performed with a manual ileocolic latero-lateral anastomosis. After 6 days in the ICU, he went

CORRESPONDENCIA

Manuel López-Cantarero García-Cervantes
Hospital Universitario Virgen Macarena
41009 Sevilla
manucantarero@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

López-Cantarero García-Cervantes M, Valdés-Hernández J, García Reyes A, Oliva Mompeán F. Obstrucción intestinal, vólvulo de ciego, vólvulo de ciego tipo III, báscula cecal. Cir Andal. 2020;31(4):531-333.

to the hospital ward with a good evolution without complications. Hospital discharge was given on the 15th day, without incident.

Keywords: intestinal obstruction, cecal volvulus, cecal volvulus type III, cecal bascule.

INTRODUCCIÓN

Un vólvulo cecal es la rotación o torsión de un ciego y colon ascendente móviles, siendo la causa aproximadamente del 1 al 3 por ciento de todas las obstrucciones del intestino grueso. Son más frecuentes en mujeres jóvenes y su incidencia oscila entre 2,8-7,1/ millón hab/año.

Hay tres tipos de vólvulo cecal:

Tipo I: se desarrolla un vólvulo cecal axial a partir de la torsión en sentido horario o la torsión del ciego a lo largo de su eje largo.

Tipo II: un vólvulo cecal se desarrolla a partir de una torsión en sentido antihorario del ciego y una porción del íleon terminal.

Tipo III: la báscula cecal implica el plegado hacia craneal del ciego en lugar de una torsión axial.

Los vólvulos cecales de tipo I y II son más comunes y representan aproximadamente el 80 por ciento de todos los vólvulos cecales. Las básculas cecales (tipo III) representan el 20 por ciento restante, dentro de la baja incidencia que presentan esta patología.

Presentamos el caso de un paciente que acude a urgencias por dolor abdominal, realizándose TC toracoabdominal con evidencia de obstrucción de intestino grueso y con hallazgo intraoperatorio de vólvulo cecal tipo III o báscula, con isquemia y necrosis de sus paredes, localizándose en posición atípica. El interés de presentar este caso radica en la rareza de este tipo de cuadro.

CASO CLÍNICO

Caso clínico Varón de 58 años, fumador, con antecedentes de laringectomía total por neoplasia laríngea en seguimiento por oncología y pancreatitis crónica, que acude a urgencias por vómitos, distensión y dolor abdominal de aproximadamente 24 horas de evolución, junto con ausencia de deposiciones desde hace 48 horas. No refiere sintomatología previa similar a la descrita. En la exploración presenta buen estado general, TA 110/69 mmHg, FC 117 lpm y temperatura de 37,7 °C. El abdomen se encuentra distendido, con dolor a la palpación y peritonismo en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Se realiza radiografía y TC de tórax-abdomen (Figura 1), objetivándose dilatación de 9cm de ciego, el cual se aloja en hemiabdomen izquierdo (C), distensión de la cámara gástrica (G) y quiste pancreático (Q) no complicado. Analíticamente presenta leucocitosis con neutrofilia, con elevación de RFA (PCR 178). Tiempos de coagulación en rango.

Dados los hallazgos, se indica cirugía urgente, realizándose inicialmente laparoscopia exploradora con necesidad de conversión mediante laparotomía media por gran distensión cecal. Tras realizar la laparotomía, se observa a nivel de colon ascendente, un pliegue a nivel de su cara anterior con una angulación superior a 270° que

condicionaba una posición anómala del ciego, el cual se alojaba en hipocondrio izquierdo, desplazando curvatura mayor y bazo, siendo este hallazgo intraoperatorio compatible con vólvulo cecal tipo III o báscula cecal. No se evidencia perforación ni contenido fecal y/o purulento. Se evidencia a lo largo de todo el ciego, placas de necrosis secundarias a isquemia por compresión vascular debido al mecanismo de báscula y gran dilatación del mismo, con disrupción de la serosa en su cara posterior.

Se decide entonces, realizar ileocequectomía con anastomosis latero-lateral ileocólica manual (Figura 2) sin llegar a devolvular el ciego dada la existencia de necrosis, lavado de cavidad y cierre de laparotomía y puertos de trocar laparoscópicos, previa colocación de drenaje aspirativo en espacio parietocólico derecho. El paciente inicialmente pasa a UCI donde permanece 6 días por bacteriemia por Gram -, que se resuelve con ATB. Una vez en planta de hospitalización de Cirugía General, el paciente inicia tolerancia a líquidos y se retira drenaje, sin incidencias. Episodio de rectorragia al 9º día, sin repercusión hemodinámica ni analítica. El paciente recibe alta hospitalaria al 15º día.



Figura 1

Radiografía y TC toraco-abdominal donde se aprecia cámara gástrica dilatada y ciego en posición no anatómica.

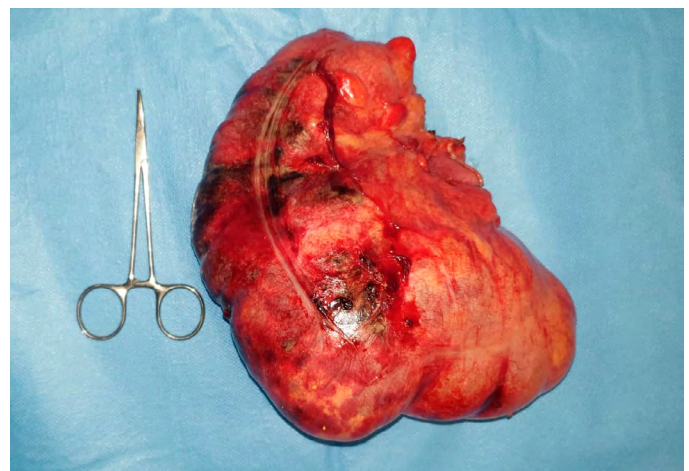


Figura 2

Pieza de ileocequectomía donde se aprecian áreas de necrosis por isquemia.

DISCUSIÓN

Un vólvulo cecal es una rotación atípica del ciego que puede causar obstrucción intestinal. Si no se trata, el vólvulo cecal puede progresar a isquemia intestinal, necrosis o perforación. La mayoría de los pacientes con vólvulo cecal (80 por ciento) presentan rotación axial del ciego y una porción del íleon terminal, lo que provoca la torsión del mesenterio y los vasos sanguíneos. En el 20 por ciento restante de los pacientes, el ciego y el colon ascendente se pliegan en dirección cefálica anterior, lo que se conoce como una báscula cecal.

Debe sospecharse vólvulo cecal en pacientes que presentan síntomas obstructivos como dolor abdominal, náuseas, vómitos, y un examen físico que revele un abdomen distendido y timpánico. El vólvulo cecal se diagnostica en el 90 por ciento de los pacientes mediante tomografía computarizada y en el 10 por ciento de los pacientes al momento de la cirugía.

Los pacientes sin compromiso intestinal, se puede devolvular el ciego para su mejor manipulación, seguido de ileocequectomía o una hemicolectomía derecha con anastomosis, si procede. En aquellos pacientes que tienen evidencia de compromiso intestinal (isquemia, necrosis o perforación) no se debe detorsionar el vólvulo, y se debe realizar una resección del intestino comprometido (resección ileocecal o hemicolectomía derecha), seguida de una anastomosis ileocólica primaria si el paciente está hemodinámicamente estable, o una ileostomía terminal si el paciente es hemodinámicamente inestable. El abordaje mediante cirugía abierta vs. laparoscópica dependerá de las preferencias del cirujano, y sobre todo del grado de dilatación que presente el ciego.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg.* 2016;153(3):183–192. doi:10.1016/j.jviscsurg.2016.03.006.
2. Bailey KS, Lundstrom E, Borgstrom D. Cecal Volvulus: An Evolving Disease. *Am Surg.* 2018;84(9):e418–e419.
3. Chaudry TH, Jamil M, Niaz K, Basher G. Acute caecal volvulus: A diagnostic paradigm. *J Pak Med Assoc.* 2015;65(12):1357–1359.
4. Lung BE, Yelika SB, Murthy AS, Gachabayov M, Denoya P. Cecal bascule: a systematic review of the literature. *Tech Coloproctol.* 2018;22(2):75–80. doi:10.1007/s10151-017-1725-6