

Carta al director

Vólvulo de colon derecho tipo bucle: cuando el ciego está situado en el hipocondrio izquierdo.

Loop type right colon volvulus: when the cecum is located in the left upper quadrant.

Teruel Lillo I, Ruiz Pardo J, Sánchez Fuentes PA, Rodríguez Alonso JM, Vidaña Márquez E, Reina Duarte Á

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Palabras clave: vólvulo, vólvulo de colon, vólvulo de ciego, cirugía.

Key words: volvulus, colonic volvulus, cecal volvulus, surgery.

INTRODUCCIÓN

Hemos leído con gran atención el artículo de López-Cantarero García-Cervantes M *et al.*¹, en el que se presenta el caso clínico de una báscula cecal. Del mismo modo, queremos presentar el caso clínico de una paciente con un vólvulo de ciego tipo bucle, analizando las principales características radiológicas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 55 años que acudió a Urgencias por dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución. Entre sus antecedentes destacaban: hepatitis por VHC y asma bronquial. En la exploración física presentaba

un abdomen distendido, doloroso de manera difusa, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaban 14400 leucocitos (neutrófilos 76%). La radiografía de abdomen fue compatible con un vólvulo de colon. En la tomografía computarizada (TC) se evidenció un vólvulo de colon derecho tipo II o torsión en bucle (**Figura 1**). El tratamiento fue quirúrgico (**Figura 2**), realizando una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica. Tras un postoperatorio sin complicaciones la paciente presenta una evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

El vólvulo de ciego representa el 11% de los vólvulos intestinales, el 25-40% de los vólvulos colónicos² y el 1-3% de las causas de obstrucción intestinal³. Afecta a pacientes de entre 30 y 60 años², existiendo un ligero predominio en varones³. Se producen por una movilidad cecal anormal debido a un fallo o laxitud en la fijación peritoneal, sobre todo por una fusión congénita incorrecta del mesenterio cecal y el peritoneo parietal posterior. Las adherencias, adenopatías calcificadas, masas abdominales o el útero gestacional podrían ser factores predisponentes, ya que serían un punto fijo que serviría de eje de rotación^{2,3}.

De acuerdo al mecanismo fisiopatológico existen 3 tipos de vólvulo cecal: el tipo torsión axial (tipo I) en el 40-45% de los casos,

CORRESPONDENCIA

Irene Teruel Lillo
Hospital Universitario Torrecárdenas
04009 Almería
irene.teruel@goumh.umh.es

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Teruel Lillo I, Ruiz Pardo J, Sánchez Fuentes PA, Rodríguez Alonso JM, Vidaña Márquez E, Reina Duarte Á. Vólvulo de colon derecho tipo bucle: cuando el ciego está situado en el hipocondrio izquierdo. *Cir Andal.* 2022;33(1):70-71.

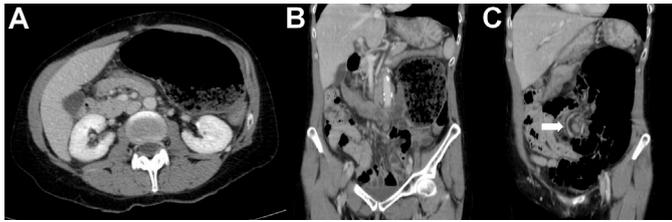


Figura 1

Hallazgos radiológicos del vólvulo cecal en la tomografía computarizada abdominal. A.-) Corte axial: ciego dilatado y lleno de aire, situado en hipocondrio izquierdo. B.-) Corte coronal: ciego dilatado con heces en su interior y situado en hipocondrio izquierdo. C.-) Corte coronal: colon derecho situado en hemiabdomen izquierdo. Signo del remolino (flecha blanca), con torsión del mesenterio y giro de la arteria ileocólica hacia el hipocondrio izquierdo.

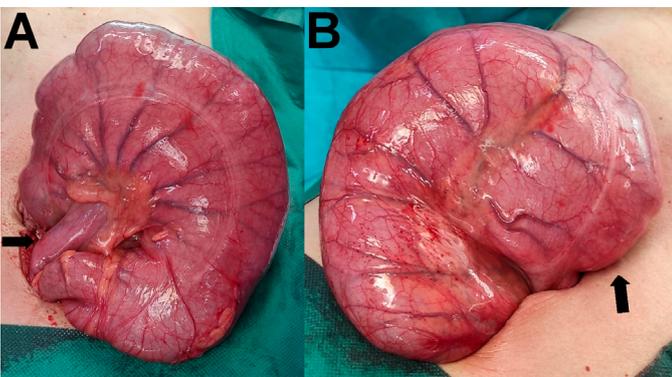


Figura 2

Hallazgos intraoperatorios. A.-) Ileon terminal (flecha negra) entrando en el ciego, situado en la parte superior de la laparotomía. B.-) Ciego (flecha negra) visto desde el lado izquierdo de la paciente.

donde el ciego rota sobre su eje longitudinal, ya sea en sentido horario o antihorario, situándose en el cuadrante inferior derecho; el tipo torsión en bucle (tipo II) en el 40-45%, donde el ciego gira sobre sus ejes longitudinal y transversal y se sitúa en el cuadrante superior izquierdo; y el tipo báscula cecal (tipo III), donde el ciego se dobla hacia delante sin torsión, ocupando la parte central del abdomen^{2,3}.

La diferenciación entre los 3 subtipos de vólvulo de ciego no es importante clínicamente, ya que su presentación y tratamiento es similar⁴. Debido a que la torsión puede ocasionar compromiso vascular del ciego, los tipos I y II, tienen más probabilidades de complicarse que el tipo III. Los pacientes con vólvulo cecal suelen presentar dolor y distensión abdominal, estreñimiento, náuseas y vómitos. Sin embargo, esta presentación clínica no es específica y puede variar con el grado de rotación, duración y afectación intestinales³.

El diagnóstico de vólvulo cecal suele realizarse mediante una radiografía simple de abdomen³. Los principales signos del vólvulo cecal tipo II o torsión en bucle que podemos encontrar en la TC abdominal son: a) la visualización de un ciego localizado en hipocondrio izquierdo y una distensión cecal superior a 10 cm, que

presenta una especificidad próxima al 100 %; b) el signo del pico de pájaro o "bird beak sign" que consiste en el aflamamiento progresivo del asa próxima al sitio de torsión; y c) el signo del remolino o "whirl sign" que representa la torsión del mesenterio y de las asas intestinales a lo largo del eje de rotación⁴. En el caso presentado el único signo radiológico que no pudo evidenciarse con claridad en la TC fue el del pico de pájaro.

En el diagnóstico diferencial debe considerarse el vólvulo de sigma, que se da en pacientes más mayores y tiene forma de «U» invertida, la dilatación del colon secundaria a tumores o diverticulitis, en la que la TC muestra la causa obstructiva, el síndrome de Ogilvie y el íleo paralítico, en los que las asas de delgado están también dilatadas, y el megacolon tóxico, que no presenta haustras².

En cuanto al tratamiento del vólvulo cecal se refiere, no se recomienda la colonoscopia descompresiva debido a su baja eficacia (alrededor del 30%). Además, el vólvulo cecal debe considerarse una urgencia quirúrgica, incluso cuando no existen criterios clínicos o radiológicos de gravedad. El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en una laparotomía media con colectomía no oncológica del segmento colónico volvulado y anastomosis ileocólica (resección ileocecal o hemicolectomía derecha en dependencia de la extensión de la isquemia del colon derecho). La laparoscopia es técnicamente difícil debido a la significativa distensión intestinal del segmento colónico volvulado. Por otro lado, cabe destacar que la devolvulación y colopexia sin resección se asocia con una alta tasa de recurrencia y una morbimortalidad significativa⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Cantarero García-Cervantes M, Valdés-Hernández J, García Reyes A, Oliva Mompeán F. Bascule or type III cecal volvulus as a rare cause of colonic obstruction. *Cir Andal*. 2020;31:531-33. Spanish.
2. Ibáñez Sanz L, Borrueal Nacenta S, Cano Alonso R, Díez Martínez P, Navallas Irujo M. Vólvulos del tracto gastrointestinal. *Gastrointestinal tract volvulus: diagnosis and correlation between plain-film X-ray and multidetector computed tomography findings*. *Radiología*. 2015;57:35-43. Spanish.
3. Delabrousse E, Sarliève P, Saillely N, Aubry S, Kastler BA. Cecal volvulus: CT findings and correlation with pathophysiology. *Emerg Radiol*. 2007;14:411-5.
4. Sánchez-Rubio N, Redondo-Buil P, Benítez-Vázquez AM, Prieto-Fernández A, Mesa-Álvarez A. Loop type cecal volvulus: Multidetector computed tomography (MDCT) findings. *Rev Esp Enferm Dig*. 2013;105:225-6.
5. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg*. 2016;153:183-92