

# OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR VÓLVULO DE CIEGO COMO EXCEPCIONAL COMPLICACIÓN DE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ULCUS BULBAR

C.M. Pérez-Alberca, M. Rivas-Rivas, M.C. de la Vega-Olías, G. Santamaría-Rodríguez, F. Ramírez-Navarro, S. Otero-López-Cubero

Servicio de aparato digestivo. Hospital Universitario. Puerto Real, Cádiz.

## Resumen

El vólvulo cecal es una condición clínica infrecuente y es una causa inusual de obstrucción intestinal, representando el 1% de los casos de obstrucción en el adulto. La endoscopia es un acto seguro en la práctica clínica diaria, entre las múltiples complicaciones de su realización se ha descrito en la literatura algún caso excepcional de vólvulo cecal como el caso que presentamos.

**Palabras clave:** Vólvulo de ciego, obstrucción intestinal, endoscopia digestiva.

## Abstract

A cecal volvulus is a rare clinical condition and is an unusual cause of intestinal obstruction, accounting for 1% of cases of obstruction in adults. Endoscopies are safe procedures in daily clinical practice, however, among the many complications of this procedure described in publications we can find references to exceptional cases of cecal volvulus as the case presented.

**Keywords:** Cecal volvulus, intestinal obstruction, gastrointestinal endoscopy.

## Introducción

El vólvulo cecal es una condición clínica infrecuente y es una causa inusual de obstrucción intestinal, representando el 1% de los casos de obstrucción en el adulto<sup>1-3</sup>. La endoscopia es un acto seguro en la práctica clínica diaria, entre las múltiples complicaciones de su realización se ha descrito en la literatura algún caso excepcional de vólvulo cecal como el caso que presentamos.

## Caso clínico

Varón de 66 años sin antecedentes médicos, que ingresa por cuadro de hematemesis y melenas de horas de evolución, sin repercusión hemodinámica. En la analítica destacan valores de hemoglobina de 9g/dL y urea de 95 mg/dL, siendo el resto normal. Se realizó una endoscopia digestiva alta urgente encontrando una úlcera en bulbo anterosuperior de 3 cm de diámetro con un vaso visible y sangrado babeante, sobre la cual se realiza tratamiento endoscópico con inyección de adrenalina; se realizó un control endoscópico a las 24 horas sin complicaciones. A las 48 horas, el paciente comienza con dolor abdominal de forma generalizada y náuseas. A la exploración, el abdomen era timpánico y doloroso, con defensa. La radiografía simple de abdomen (Figura 1) manifestaba un asa intestinal extremadamente dilatada de localización epigástrica y que adquiere morfología típica de coma.

## CORRESPONDENCIA

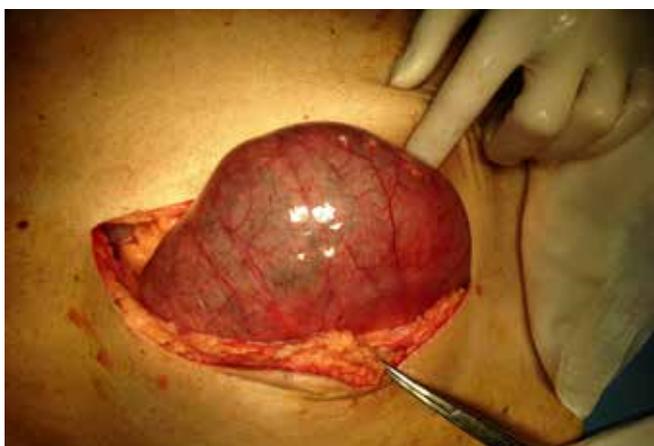
Marta Rivas Rivas  
marta.rivas2@gmail.com



**Figura 1**  
Radiografía de abdomen. RX simple que muestra un asa enormemente distendida con haustras en el hemiabdomen superior correspondiente al ciego volvulado, así como ocupación de vacío y fosa iliaca derecha por asas del intestino delgado dilatadas.



**Figura 2**  
TAC abdominal. Importante dilatación de ciego de 10 cm y en menor medida transverso sin causa mecánica evidente.



**Figura 3**  
Vólvulo de ciego.



**Figura 4**  
Vólvulo de ciego.



**Figura 5**  
Adherencia intestinal.

El TAC abdominal (Figura 2) mostraba una importante dilatación de ciego (10 cm) y, en menor medida, de colon transverso, sin causa mecánica evidente. Se procedió a la realización de una laparotomía media, con el hallazgo de un vólvulo cecal muy redundante y dilatado (Figura 3); se realiza apendicectomía, aspiración retrograda de ciego y colon a través de una sonda de Foley y liberación de dos adherencias congénitas (Figura 4) a nivel de colon ascendente, posiblemente favorecedoras de la volvulación (Figura 5).

### Discusión

El vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico; es más frecuente en sigma (80%), seguido del ciego (15%) y transverso (5%). Se han descrito factores que influyen en el desarrollo del vólvulo de colon como son la dieta rica en residuos, el estreñimiento crónico y el abuso de laxantes, la enfermedad de Chagas, las enfermedades neurológicas incapacitantes, mujeres embarazadas, etc.<sup>4</sup>. La condición para que se desarrolle un vólvulo cecal es la fijación incompleta del mesenterio del colon proximal y del ciego al retroperitoneo, de forma que el ciego tenga un punto de anclaje

que permita su torsión, en nuestro caso fue una adherencia congénita a nivel de colon ascendente, como factor precipitante. El tratamiento del vólvulo de ciego preferentemente es la cirugía<sup>5, 6</sup> aunque se puede ser conservador, mediante la devolvulación con colonoscopia o enema de bario (es el método de elección para los vólvulos de sigma, antes que la cirugía, pero es menos eficaz en los vólvulos de colon derecho y ciego). La mortalidad del vólvulo cecal varía desde el 10% si el colon es viable, hasta el 40% si existe gangrena intestinal<sup>7</sup>.

En conclusión, la aparición de un abdomen agudo tras la realización de una endoscopia digestiva no siempre permite realizar el firme diagnóstico clínico de perforación. Hay que contemplar la excepcional y grave aparición de la volvulación intestinal, donde la torsión y movilidad de las asas intestinales se precipita por la endoscopia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Utrillas AC, López M, Rebollo J, Minguillón A, Moreno C, del Vall JM. Vólvulo de ciego: una rara causa de obstrucción intestinal. *Cir Esp.* 2003; 74: 120.
2. Habre J, Sautot-Vial N, Marcotte C, Benchimol D. Caecal volvulus. *Am J Surg.* 2008; 196: 48-9.
3. Ruiz-Tovar J, Calero García P, Morales Castiñeiras V, Martínez Molina E. Caecal volvulus: presentation of 18 cases and review of literature. *Cir Esp.* 2009, 85(2): 110-3.
4. Echenique M, Amondarain JA. Vólvulos de intestino grueso. *Rev Esp Enferm Dig.* 2002; 94: 201-5.
5. Consorti ET, Liu TH. Diagnosis and treatment of caecal volvulus. *Postgrad Med J.* 2005; 81: 772-6.
6. Kelly MD, Bunni J, Pullyblank AM. Laparoscopic assisted right hemicolectomy for caecal volvulus. *World J Emerg Surg.* 2008; 21: 3-4.
7. Ballantyne GH, Brandner MD, Beart RW, Ilstrup DM. Volvulus of the colon: incidence and mortality. *Ann Surg.* 1985; 202: 83-92.