



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“SÍNDROME OCLUSIVO POR VÓLVULO DE CIEGO”

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: Análisis de casos

Presentado para optar al grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTOR:

SHIRLEY LIZETH SEGURA ORTEGA

Riobamba-Ecuador

2019

©2019, Shirley Lizeth Segura Ortega

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, SHIRLEY LIZETH SEGURA ORTEGA, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; el patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 16 de junio de 2019

Shirley Lizeth Segura Ortega.

C.I.:1716843212

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN:

El Tribunal de trabajo de titulación certifica que: El trabajo de titulación: Tipo: análisis de casos clínicos, titulado “Síndrome Oclusivo por Vólvulo de Ciego”, realizado por la señorita Shirley Lizeth Segura Ortega, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación. El mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

FIRMA

	FIRMA	FECHA
Dr. Diego Fabricio Erazo Mogrovejo PRESIDENTE DEL TRIBUNAL	 Dr. Diego Erazo M. CIRUGÍA GENERAL MSP/L2 F41 N° 426 DUCH F295 N° 540 INN 05-09-235	<u>10-10-2019</u>
Dr. Hivo Saulo Guerrero Córdova DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION	 Dr. Hivo Guerrero C. CIRUGÍA GENERAL - LAPAROSCÓPICA MSP/Libro 2"U" Folio 30 No.93	<u>10-10-2019</u>
Dr. Moisés Bernabé Guerrero Ganan MIEMBRO DE TRIBUNAL	 Dr. Moisés Guerrero G. ESPECIALISTA EN CIRUGÍA M.S.P. L.1 N° 28 N° 22 SINESCOT 1403/03-524760	<u>10-10-2019</u>

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación se lo dedico a Mi amado Dios, por ser mi mayor motivación, por ser mi compañía durante toda mi vida y darme la fuerza y ser mi roca firme durante todo este tiempo.

A mis amados padres, por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles de mi vida, por jamás perder la Fe en mis sueños, por su amor incondicional y por permitirme culminar mi carrera.

A mi amada hija por ser mi motivación mi inspiración y por su comprensión en todos estos años de no poder compartir y estar con ella.

A mis maestros que me formaron y compartieron sus conocimientos y contribuyeron en mi formación.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	XVI
SUMMARY	XVII
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Vólvulo de ciego como causa infrecuente de obstrucción intestinal	3
1.1.1. Definición	3
1.2. Descripción clínica	4
1.3. Antecedentes	4
<i>1.3.1. Anatomía y embriología</i>	<i>5</i>
<i>1.3.2. Epidemiología.....</i>	<i>5</i>
<i>1.3.3. Etiología.....</i>	<i>6</i>
<i>1.3.4. Patología e Histopatología.....</i>	<i>7</i>
1.4. Cuadro clínico	8
<i>1.4.1. Síntomas y signos</i>	<i>9</i>
<i>1.4.2. Complicaciones.....</i>	<i>10</i>
<i>1.4.3. Mortalidad</i>	<i>14</i>
CAPÍTULO II	
2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	15
2.1. Caso Clínico	15
2.1.1. Antecedentes Personales	15
<i>2.1.1.1. Antecedentes quirúrgicos y traumatológicos</i>	<i>15</i>
<i>2.1.1.2. Antecedentes de consanguinidad y alergias.....</i>	<i>15</i>
<i>2.1.1.3. Antecedentes de patológicos</i>	<i>15</i>
<i>2.1.1.4. Antecedentes patológicos familiares de enfermedades genéticas.....</i>	<i>15</i>
<i>2.1.1.5. Antecedentes de haber viajado a provincias del país u a otro país</i>	<i>15</i>
2.1.2. Antecedentes Socioeconómicos.....	16
2.1.3. Enfermedad actual	16
2.1.4. Examen físico	16
2.1.5. Exámenes complementarios.....	18
<i>2.1.5.1. Estudios de Laboratorio.....</i>	<i>18</i>
<i>2.1.5.2. Radiografía simple de abdomen.....</i>	<i>18</i>
<i>2.1.5.3. Estudio microscópico</i>	<i>18</i>
<i>2.1.5.4. Estudio histopatológico.....</i>	<i>18</i>
CAPÍTULO III	

3. HALLAZGOS	19
3.1. Pronóstico	19
3.1.1. Percepción del paciente	19
3.1.2. Anamnesis y diagnóstico presuntivo	19
3.1.2.1. <i>Anamnesis</i>	19
3.1.2.2. <i>Diagnóstico presuntivo</i>	20
3.1.3. Diagnóstico diferencial	20
3.2. Diagnóstico	21
3.2.1. Diagnóstico definitivo	21
3.2.2. Protocolo	21
3.2.3. Discusión	21
3.2.4. Evolución	22
3.2.5. Cirugía	22
3.3. Tratamiento	¡Error! Marcador no definido.
3.3.1. Oclusión intestinal	¡Error! Marcador no definido.
3.3.1.1. <i>Bridas y Adherencias</i>	¡Error! Marcador no definido.
3.3.1.2. <i>Vólvulos</i>	¡Error! Marcador no definido.
3.3.1.3. <i>Neoplasia de Colón</i>	¡Error! Marcador no definido.
3.3.2. Íleo paralítico	¡Error! Marcador no definido.
3.3.3. Seudooclusión aguda de colón (Síndrome de Ogilvie) ...	¡Error! Marcador no definido.
3.3.3.1. <i>Medidas conservadoras</i>	¡Error! Marcador no definido.
3.3.3.2. <i>Farmacología</i>	¡Error! Marcador no definido.
3.3.3.3. <i>Descompresivo</i>	¡Error! Marcador no definido.
3.3.4. Seudoobstrucción intestinal crónica	¡Error! Marcador no definido.
3.3.4.1. <i>Soporte nutricional</i>	¡Error! Marcador no definido.
3.3.4.2. <i>Sobrecrecimiento bacteriano</i>	¡Error! Marcador no definido.
3.3.4.3. <i>Quirúrgico</i>	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Características del vólculo de cieq.....	9
--	---

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1-1: Vólculo.....	8
--------------------------------------	---

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Estudios Complementarios

Anexo B: Fotografías

Anexo C: Consentimiento

RESUMEN

El presente caso clínico analizó el diagnóstico, evolución y tratamiento de un varón de 80 años, que acude a urgencias, por dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad, en epigastrio y mesogastrio, con más de 20 ocasiones de vómito bilioso de moderada cantidad, y un antecedente de colelitiasis hace 5 años. Después del diagnóstico presuntivo, se procede exámenes de laboratorio e imagenología, para ratificar diagnóstico, procediendo a cirugía de emergencia por abdomen obstructivo o síndrome oclusivo con compromiso vascular, realizándose laparotomía exploratoria + hemicolectomía derecha + ilioanastomosis terminal, hallando vólvulo de ciego con rotación sobre su eje que ha provocado isquemia. El plan de cuidados postoperatorios es estricto, así como el control del dolor, toma de signos vitales y el apoyo profesional y familiar emocional y moralmente; siguiendo un curso postoperatorio favorable que puede asegurar actividad normal posterior a su completa recuperación. Al concluir este estudio es posible evidenciar que el tratamiento del vólvulo de ciego depende de su oportuno diagnóstico, que los antecedentes patológicos puedan resaltar dificultades y estrategias para encaminar a la enfermedad hacia una alternativa menos invasiva, este caso clínico, se resuelve solamente con cirugía debido a la comprobación del estado de obstrucción intestinal en el estudio histopatológico; y, que si bien, hay controversia entre el tratamiento médico convencional y el quirúrgico, la mejor elección terapéutica siempre dependerá del estado del paciente, la valoración de beneficios de la clínica presente y los riesgos de las estrategias de tratamiento, de acuerdo a las causas, características clínicas, la edad, complicaciones y la patología.

Palabras clave: <VÓLVULO DE CIEGO>, <VÓLVULO INTESTINAL>, <VÓLVULO CECAL>, <OBSTRUCCIÓN INTESTINAL>, <OCCLUSIÓN INTESTINAL>, <ISQUEMIA INTESTINAL>.



SUMMARY

The present clinical case analyzed the diagnosis, evolution and treatment of a 80-year-old man, who came to the emergency department, for abdominal pain of great intensity, in epigastrium and mesogastrium, with more than 20 occasions of moderate bilious vomit, and a history of cholelithiasis 5 years ago. After the presumptive diagnosis, the laboratory and imaging tests were carried out to ratify the diagnosis, performing emergency surgery for obstructive abdomen or occlusive syndrome with vascular disorder, performing exploratory laparotomy + right hemi colectomy + terminal ileum anastomosis; finding a cecum volvulus with rotation on its axis that had caused ischemia. The postoperative care plan was stricter, as pain control, vital signs and professional and family support emotionally and morally; following a favorable postoperative progress can ensure normal activity after full recovery. This study concluded that is possible to show that the treatment of cecum volvulus depends on its timely diagnosis, the pathological history can highlight difficulties and strategies to direct the disease towards a less invasive alternative, this clinical case was solved only with surgery due to check the state of intestinal obstruction in the histopathological study; and, although there is controversy between conventional and surgical medical treatment, the best therapeutic choice will always depend on the patient's condition, the assessment benefits of the present clinic and the risks of treatment strategies, according to the causes, clinical characteristics, age, complications and pathology.

Keywords: <CECUM VOLVULUS>, <INTESTINAL VOLVULUS>, <CECAL VOLVULUS>, <INTESTINAL OBSTRUCTION>, <INTESTINAL OCCLUSION>, <INTESTINAL ISCHEMIA>.



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El término vólvulo se refiere a un segmento, al hablar de vólvulo intestinal se identifica a un segmento desde el estómago al recto, delimitando totalmente la porción al decir, vólvulo del ciego; entendiendo a la vez que es una condición de torsión en este segmento del intestino, esta rotación se da en la parte móvil, involucrando el colón en su mayoría, pero generalmente es el ciego el del problema, influyendo en una obstrucción por su posición en el eje mesentérico.

Esta obstrucción tiene causas raras pero es más infrecuente en Latinoamérica, en contraposición mundial es la más común; en sus orígenes se pensaba que el vólvulo se reduce con el tiempo, pero por infortunio el vientre se pudría, lo que hoy se conoce como gangrena, al no resolverse la enfermedad, los tratamientos de alivio empezaron a estudiarse con mayor dedicación: dieta baja en fibra, purgantes, inducción a detorsión; sin un estudio cuidadoso hasta el siglo XIX, donde se investiga las causas, fondo y variaciones hasta el entendimiento de que la intervención quirúrgica debido al descubrimiento de la anestesia era la única solución, porque el índice de muerte por esta afección, era alta. A partir de este momento, se disminuye la mortalidad, y también, se ve otras opciones de acuerdo al estado de la obstrucción y se mejora el diagnóstico, la terapia, el tratamiento y la calidad de vida.

En la actualidad el diagnóstico va acompañado de tratamiento médico convencional para reducir la invasión de la enfermedad, si el tratamiento no demuestra mejoría en el desenvolvimiento de los cuidados y controles, entonces, se sugiere intervención quirúrgica, resaltando que el nivel de urgencia o no de ésta, depende del paciente, sus hábitos y su adhesión al tratamiento, no tratar a tiempo representa complicaciones como la perforación, la isquemia que termina tarde o temprano en una necrosis y muy seguro en la muerte.

Entre los síntomas a tener en cuenta, del diagnóstico presuntivo de vólvulo de ciego y obstrucción intestinal se destacan: dolor abdominal tipo cólico que aumenta su intensidad gradualmente, náuseas y vómitos constantes por días de evolución, irritación que involucra contención de gases gástricos, ausencia de tránsito intestinal, posible fiebre, hipotensión, en algunos casos taquicardia; el momento que se comprueba con exámenes respectivos, es

posible observar: ciego ovoide muy dilatado, color café, irritación peritoneal, perforación o necrosis.

El tratamiento puede reducirse en sus inicios a desvolvulación y corrección de hábitos que acentúan factores que se vuelven predisponentes a la enfermedad. Puede consumirse una dieta con soporte nutricional adecuado, la farmacología recomendada, tratando además, con una descompresión, una terapia de sobrecrecimiento bacteriano, hasta que la patología recomiende un proceso quirúrgico: endoscópica, laparoscópica y por laparotomía en caso de pacientes crónicos.

De esta forma, el diagnóstico oportuno, y el tratamiento adecuado enmarcan frente a esta temática, un estudio detallado de llegar a mejorar la calidad de vida de quienes se ven afectados por vólculo de ciego como causa infrecuente de obstrucción intestinal.

1.1. Vólvulo de ciego como causa infrecuente de obstrucción intestinal

1.1.1. Definición

El término vólvulo, de acuerdo a (Morales Hugo et. al, 2016) nace de la terminología del latín ‘volvere’, con su significado ‘enrollarse’, sobreentendiéndose que dentro del intestino hay una estructura enrollada, lo que a percepción da como resultado una obstrucción. “En el tracto digestivo se refiere a una estructura que se enrolla anormalmente sobre su meso y sus síntomas resultan de la oclusión de la luz intestinal (obstrucción en asa cerrada) y de la irrigación sanguínea (isquemia-gangrena)” (Morales Hugo et. al, 2016). El conocer la anatomía del aparato digestivo, permite observar los órganos intra abdominales, compartimentos a lo largo del tracto intestinal, ligamentos y al mesenterio, todos estos, involucrados cuando surge la enfermedad del vólvulo del ciego y que se relaciona directamente con soporte y fijación con su propia movilidad o alteraciones de las mencionadas estructuras que se convierten en factores de predisposición de problemas intestinales, especialmente obstrucción, analizando causas congénitas al momento de nacer, traumática durante su vida, embarazo a cualquier edad, tumores inespecíficos y adherencias resultado de la volvulación, con presencia de dolor abdominal agudo y síntomas recurrentes, sobre todo en edad adulta, diagnosticados por cuadro clínico, apoyado con imágenes radiológicas.

El vólvulo del ciego se considera una condición clínica infrecuente debido a múltiples factores vivenciales de la realidad nacional, y aunque es mínimo incidente de oclusión intestinal se presenta con un cuadro clínico definido, donde la única solución es la intervención quirúrgica porque la obstrucción compromete la vascularización. (Fretes Isaias Ricardo et. al, 2012) y sus estudios socializan que el 2 a 3% de los casos corresponden al de oclusión intestinal visible en pacientes de edad adulta independiente de su género y sexo.

1.2. Descripción clínica

El presente caso clínico realiza un estudio de forma y fondo acerca del vólvulo de ciego que padece un paciente masculino de 80 años de edad, con sintomatología de dos días de evolución, que siendo causa infrecuente de obstrucción intestinal, se evidencia la misma, para lo cual, se aplica tratamiento convencional y quirúrgico después de su diagnóstico.

.

1.3. Antecedentes

Los estudios sobre el vólvulo de ciego han ido definiéndose con el paso del tiempo, (Valdés ferro Joselin at. el, 2011) hace recuento del avance médico de este descubrimiento como afección a la salud, destaca que la revista Western en medicina habla de su origen en 1841 cuando Von Rokitansky definió el vólvulo pero en 1941 describe el campo de este vólvulo en el ciego, la técnica transanal se da en 1947 cuando Bruusgaard usa el sigmoidoscopio para poder descomprimir el vólvulo, apoyados posteriormente por Drapanas y Stewart; Atherton es agente en la desvolvulación en 1883 y ya menciona su tratamiento por laparotomía, así como la plicatura del mesenterio y la pexia del colon a la pared; sin resultados de mejoría, en 1898, Von Zoege Manteuffel llega a publicar sobre el tema pero con una descripción incompleta.

En la década de 1920, todos los procedimientos quirúrgicos propuestos tales como la desvolvulación simple, plicatura mesentérica, colopexia, resección con colostomía de Mikulicz o tipo Hartmann y también la resección con anastomosis primaria fueron ampliamente usados para el tratamiento quirúrgico de estos pacientes, pero las resecciones de urgencia conllevaban a una alta tasa de mortalidad superior al 50%. (Valdés ferro Joselin at. el, 2011)

En la actualidad “se realiza una revisión de la historia clínica, técnica operatoria y resultado de anatomía patológica del paciente” (Fretes Isaias Ricardo at. el, 2012) para reducir los índices de recurrencia que en la antigüedad eran altos, así como se ha decidido la hemicolectomía como tratamiento de primera elección, debido a los estudios realizados a través del tiempo, reservando la cecostomía para aplicar una resección y hacer un recuento de necesidad quirúrgica para evitar una necrosis isquémica y que el síndrome oclusivo no llegue a comprometer vascularmente al paciente.

1.3.1. Anatomía y embriología

Durante el proceso de embriogénesis en la etapa final, cerca del nacimiento, el ciego se ubica luego de girar al contrario de las manecillas del reloj, del lado izquierdo al derecho inferior del abdomen; Este proceso es tan complejo que va de la mano con la rotación y estacionamiento del mesenterio del colón en el lado derecho. Los primeros vólvulos se forman cuando estas rotaciones son incompletas, aumentando los hábitos durante la vida, provocando íleo adinámico, distensión, desplazamiento, pero sobre todo estreñimiento crónico, pudiéndose dar necropsias que afectan la movilidad intestinal, pero sobre todo obstruyen al intestino en alguna porción de su extensión.

“Las personas con rotación intestinal incompleta por lo general desarrollan fijación inadecuada del colon derecho relacionado con el potencial vólvulo cecal para la formación”. (Gil Hernández Gerardo et. al, 2012) Terminando con la secuencia del proceso, puede mirarse que todos los factores anatómicos son susceptibles y tienen relación directa con desarrollos de vólvulos, las adherencias posoperatorias también influyen cuando el punto de fijación y el de rotación del colón son el mismo.

El 11-25% de la población presenta esta predisposición anatómica; sin embargo, esta no es condición suficiente para que el ciego se volvule. Se han descrito factores que influyen en el desarrollo del vólvulo del colon, como la ingestión de dietas vegetales ricas en residuos que producen distensión gaseosa o fecal del ciego, el estreñimiento crónico con abuso de laxantes, la enfermedad de Chagas, las enfermedades neurológicas incapacitantes y el último trimestre del embarazo, embarazo tardío, consumo de productos altos en fibra, obstrucción repetitiva de colón o estreñimiento.

1.3.2. Epidemiología

El vólvulo de ciego representa un mínimo porcentaje de todos los vólvulos intestinales, y su incidencia es 3 a 7 por un millón de personas al año, 3 para pacientes masculinos adultos, mayores de 60 años de edad, predilección en rango 7 en las mujeres en edad media de 53 años. En relación a los casos de obstrucción intestinal, el vólvulo de ciego ocupa aproximadamente el 10% de los mismos, hay una alta tasa de operaciones abdominales previas en pacientes que posteriormente desarrollan este tipo de vólvulo siendo esto un factor causante potencial, sin desestimar la anatomía de un ciego móvil y dos puntos ascendentes, es decir, componentes congénitos que impliquen la falta de fijación, la incidencia de inmovilidad prolongada permite el plegamiento y esto lleva a ciegos lo suficientemente

móviles para permitir el vólvulo, perteneciendo a un grupo de enfermedades raras cuya solución inmediata es la cirugía.

1.3.3. Etiología

El desplazamiento del ciego por un útero agrandado o masa pélvica también puede promover el vólvulo como parte de las anomalías del embarazo, Así como las malformaciones congénitas observando formación de adherencias, y por último edad avanzada por constipación en grupo geriátrico que persiste enfermedades mentales o neurológicas, aunque no descarta gran incidencia en personas jóvenes sobre todo mujeres. Los últimos detonantes serían el uso excesivo de laxantes, tranquilizantes, bloqueadoras ganglionares y antiparkinsonianos como efecto colateral, estreñimiento crónico; así como el alto consumo de cereales sobre todo en alimentación diaria por distribución geográfica de países pobres del mundo donde la dieta alimentaria es pésima.

Otros autores lo conjugan en varios factores:

a. Factores congénitos: Existen argumentos que demuestran falta de coalescencia entre el sigmoide móvil con su mesenterio redundante, y la presencia de bridas y adherencias congénitas

como bases anatómicas para la rotación.

b. Factores adquiridos: Se mencionan distensión, estrechez y en especial adherencias postoperatorias de cirugía abdominal que favorecerían el desplazamiento del intestino parcialmente móvil.

c. Factores desencadenantes: Suelen ser esfuerzos exagerados, contracturas bruscas de la pared abdominal, la distensión, la acción de enemas y purgantes que provocan aumento de la movilidad

intestinal, los tumores abdominales, embarazo y parto. (Anónimo, 2019)

con predisposición si se reitera los siguientes factores: si desde el período embrionario se ha dado un fracaso del desarrollo de la fijación peritoneal teniendo como resultado un colon proximal libre y móvil, desencadenando problemas por el punto fijo que esto representa y que debería actuar como un punto de apoyo para la rotación: y el segundo, las cirugías abdominales previas; dos factores que dejan masa pélvica o abdominal, adherencias, y calcificaciones de malas cicatrizaciones de ganglios linfáticos.

El agrandamiento asintomático del colón en estos pacientes es común, con dilatación persistente desde las primeras molestias, hipertrofia de la pared intestinal cuando se va agravando el cuadro y elongación del segmento afectado, con exposición a torsión potencial.

Cuando la torsión y la obstrucción de la luz es insignificante, menor de 180 grados, como consecuencia, se distribuye uniformemente a lo largo del eje longitudinal del intestino, retardo en el tránsito intestinal, retención fecal, estreñimiento. Si la torsión es mayor a 360 grados o más, ocasiona obstrucción vascular, de la parte involucrada del meso con posible gangrena del segmento intestinal por alargamiento del eje longitudinal y posible falta de movilidad intestinal.

Fisiopatológicamente la principal alteración es la obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoide, en otras palabras, la detención del tránsito intestinal, acumulándose gases y líquidos proximales condicionando dilatación proximal del intestino que se expresa clínicamente como distensión abdominal. Si la tensión aumenta se comprimen también las arteriolas produciendo estrangulación, isquemia y gangrena; sangrando hacia la luz y al interior de la cavidad peritoneal y finalmente se perfora. El contenido de una masa estrangulada es una mezcla de bacterias, toxinas, tejido necrótico y sangre, que si entra a la circulación produce choque séptico. Se sabe que en un intestino distendido estímulos por eso hay mayor secreción y perturbada circulación con edema que produce menor resorción.

Por el grado de torsión y compromiso vascular, se evidencia diferentes episodios:

- Suboclusión intestinal Crónica: síndrome de lucha, falta de eliminación de materia fecal y gases; destorsión espontánea concluyente con despenos diarreicos gaseosos.
- Suboclusión intestinal Aguda: episodio intenso, violento, estrangulación colónica en asa cerrada con gran distensión; de compromiso vascular y tiempo de obstrucción que sin diagnóstico ni tratamiento, produce isquemia y perforación intestinal.

1.3.4. Patología e Histopatología

El vólvulo de ciego es una patología poco frecuente, dependiendo de la edad, de la influencia geográfica y dietética y sus efectos sobre la motilidad intestinal. La presentación clínica es muy variable, puede evidenciarse en episodios intermitentes de dolor abdominal dependiendo del giro de torsión, si es de 360° alrededor del pedículo mesentérico de la arteria íleo-cólica dará una estrangulación con oclusión de los dos extremos del segmento intestinal y compromiso de la vascularización que sobrepasa el dolor y visualiza la catástrofe abdominal, por gravedad y duración de la obstrucción, que añade al dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal, estableciendo sintomatología frecuente, en el examen físico, descartando similitudes, diferenciando causas y tipos de obstrucción.

Entre los 3 subtipos de vólvulo de ciego su presentación y tratamiento es similar, aunque se los compruebe desde diferente apreciación radiológica para establecer el diagnóstico.

Tomando en consideración que el ciego se torsiona en el plano axial, gira alrededor de su eje en sentido horario o antihorario, recorre largo y se ubica en el cuadrante inferior derecho, en un 50% de las personas, la otra mitad posee tipo de bucle donde el ciego se torsiona e invierte, hasta ir al cuadrante superior izquierdo del abdomen, entonces se fusiona con el íleon durante la torsión y la funcionalidad del apéndice que se llena de gas, siendo uno de los primeros síntomas de alarma que pueden ir confirmando el diagnóstico.

Existe una variante de vólvulo que ocurre cuando el ciego se pliega anteriormente sin ninguna torsión. Una cápsula cecal se ve a menudo como un bucle dilatado en la mitad del abdomen y, aunque existe una asociación con la cirugía previa, las adherencias y las bandas, no son esenciales para que se produzca un vólvulo. En el 10% de la población, porcentaje resaltado en líneas anteriores, existe una deficiente fijación peritoneal del ciego y colon ascendente que permite una movilidad anormal; dependiendo de la longitud del segmento móvil del colon derecho, se pueden producir diversos patrones de obstrucción intestinal.

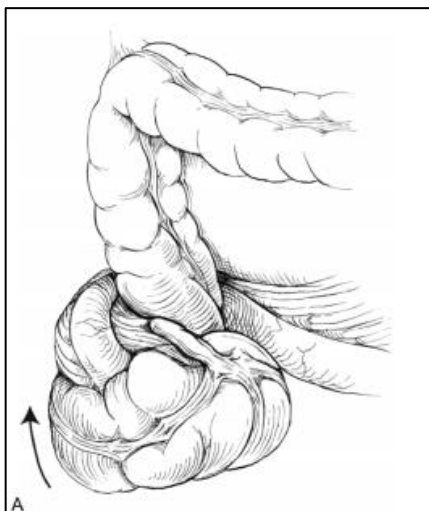


Ilustración 1-1: Vólvulo

Fuente: Hellinger y Steinhagen, 2010

1.4. Cuadro clínico

Los vólvulos se presentan por las siguientes causas: bandas congénitas, adherencias, cáncer colonrectal, hernias inguinal, femoral, incisional, paraumbilical; tumores, neuroendócrinos, linfoma, hamartomatous gastrointestinal, inflamación post cirugía, enfermedad de Crohn, úlcera péptica, vasculitis, colitis isquémica, íleo biliar, cuerpos extraños, masas extrínsecas,

parásitos, impactación fecal; pueden ser incompletos que significa que sufren una torsión menor a 180° denominándolo crónico y oligosintomáticos; y, al ser vólvulos completos experimentan una torsión mayor a 180° conocidos como agudos y sintomáticos, con compromiso vascular y sufrimiento del asa comprometida.

La obstrucción intestinal tiene dos divisiones, según . (Ruiz Tovar Jaime et. al., 2009) el íleo u obstrucción mecánica u obstructivo y el íleo u obstrucción no mecánico, paralítico o adinámico, y a partir de esta clasificación, es posible determinar el cuadro clínico: en la obstrucción mecánica hay una obstrucción física de la luz intestinal asociada con un aumento de la peristalsis, para superar el bloqueo debe tomarse en cuenta las causas e incluir características básicas como las adherencias, hernias, tumores, vólvulos y estenosis, conociéndoles como lumbinales, dentro o fuera de la pared intestinal que probablemente sea más útil, resaltando la dificultad del tránsito intestinal total o incompleto entre intestinos: grueso y delgado. En la obstrucción no mecánica hay peristalsis reducida o ausente, alteración de la transmisión neuromuscular de la inervación parasimpática al intestino y la obstrucción es entre intestino grueso y colón, que afecta globalmente al intestino delgado y experimenta el síndrome de Ogilvie y la pseudoobstrucción intestinal crónica.

1.4.1. Síntomas y signos

Los síntomas se focalizan en el siguiente cuadro, con una alta similaridad a la obstrucción de intestino delgado:

Tabla 1-1: Características del vólvulo de ciego

DOLOR Y DISTENSIÓN ABDOMINAL	NÁUSEAS Y VÓMITOS	EXPULSIÓN DE HECES Y GASES
Temprano sobresaliente	Inusuales	Ausencia de deposiciones, estreñimiento
Continuo y en progreso	Con secreción	Ausencia de ventoseo
Inicia en fosa iliaca izquierda o periumbilical	Inicia con jugos gástricos, hepáticos, pancreáticos e intestinales	Melena, antes del paro de evacuaciones
Termina difuso	Termina en alcalosis hipocloremica, deshidratación, hemoconcentraci3n, azoemia y oliguria	Evacuado el intestino distal a la obstrucci3n
Cada 4 a 5 minutos con duraci3n de 15-30 segundos	Múltiples repeticiones	Rectorragia

Fuente: Autora, 2019

En caso de que a este cuadro se le añada fiebre y signos de irritación peritoneal o hipotensión se estaría hablando de una gangrena intestinal.

Los signos de este tipo de vólvulos se pueden observar hasta el empeoramiento del estado general, iniciando con:

- Taquicardia mayor de 100 pulsaciones por minuto
- Fiebre mayor de 38°C
- Hipotensión sistólica mayor de 100 mmhg.
- Estado de deshidratación, piel seca, pérdida de turgencia cutánea normal, sequedad de la mucosa oral, ojos hundidos a veces palidez, sudoración, extremidades frías y pegajosas.
- Distensión abdominal, acumula líquido y gas, acompañado de fecaloma
- Percusión timpanismo por encima de la obstrucción
- Auscultación, abdomen silencioso, pero hay intenso dolor
- Tracto rectal, ampolla vacía.

1.4.2. Complicaciones

Las principales complicaciones son las perforaciones, isquemia y necrosis o gangrena, dependen de la gravedad y duración, y en algunos casos pueden llegar a la muerte.

1.5. Tratamiento

Técnicas como devolvulación con o sin cecopexia laparoscópica se utilizan en la mayoría de los casos de vólvulo de ciego como causa infrecuente de obstrucción intestinal, pero si bien, el tratamiento definitivo para esta problemática de salud es únicamente la cirugía, puede analizarse todas las alternativas conocidas de acuerdo a la evolución del mismo.

Su tratamiento va a depender de su origen y de la forma de presentación. El tratamiento del vólvulo tiene 3 pilares: 1) Desvolvulación, 2) Fijación 3) Corrección de factores predisponentes. Existen tres vías de abordaje para la resolución de ésta patología: endoscópica, laparoscópica y por laparotomía. En pacientes que presentan cuadros crónicos y en que no hay isquemia o necrosis, se puede optar por la vía laparoscópica, y la vía endoscópica queda reservada para casos crónicos y con alto riesgo operatorio en la que se

realiza la desvolvulación y una gastrostomía percutánea a modo de fijación a la pared abdominal anterior. En pacientes con sintomatología aguda el tratamiento tiene carácter de urgente, se comienza intentando pasar una sonda nasogástrica, si resulta exitosa se aspira el contenido gástrico, lo que ayuda a solucionar de forma transitoria la distensión gástrica y facilita la cirugía posterior. El abordaje recomendado es la laparotomía, donde luego de desvolvular, se examinan la vitalidad de sus paredes para evaluar si requerirá solo la fijación o la resección total o parcial y se existen defectos asociados, se deben reparar en el momento. (Morales Hugo et. al, 2016)

1.5.1. Oclusión intestinal

Es un tratamiento quirúrgico para corregir las alteraciones de volumen plasmático y del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base; evitando complicaciones sépticas; eludiendo el obstáculo identificado que obstruye el intestino para al final recuperar la motilidad intestinal, ante oclusión completa; es de carácter urgente, porque ante un retraso en la decisión de cirugía aumenta el riesgo de estrangulación intestinal, dándose morbimortalidad.

Si la oclusión es incompleta, el tratamiento quirúrgico puede esperar a su naturaleza y pruebas complementarias.

1.5.1.1. Bridas y Adherencias

Es un tratamiento quirúrgico que responde a la obstrucción intestinal por presencia de materiales extraños, siempre y cuando el episodio se mantenga por 48-72 horas con tratamiento conservador, liberando las asas e identificando no viabilidad, realizando en su trayecto resección y anastomosis primaria del daño isquémico, ya que la oclusión repetida solo hace complejo lo no recuperables.

1.5.1.2. Vólvulos

Es el tratamiento con devolvulación quirúrgica y en su intervención, la resección del segmento intestinal afectado, por colonoscopia, si no existe perforación o estrangulación, mientras mejor su estado de salud una cirugía resectiva, asegurará una mínima posibilidad de morbimortalidad y recidivas.

1.5.1.3. Neoplasia de Colón

Es el tratamiento ante cuadros malignos para descompresión, eliminación del tumor, y restauración del tránsito intestinal. “Tratamiento resectivo primario frente a la colostomía de entrada y resección posterior se ha consolidado como tratamiento electivo” (Marotol y Garrigues, 2018) Anastomosis ileotransversa para la restauración; y ante tumores de ángulo esplénico, colon descendente o sigma estas cirugías son más compleja por riesgos que presentan los pacientes.

1.5.1.4. Íleo paralítico

Es el tratamiento para realizar una descompresión intestinal mediante aspiración nasogástrica, y estabilizar todos los índices bajos en la estructura que afecta a la oclusión intestinal, hasta el momento actual no se ha demostrado que este recurso terapéutico sea útil para mejorar la evolución del cuadro clínico. Sin embargo, en pacientes con náuseas y vómitos significativos, el uso apropiado de la aspiración nasogástrica puede aliviar la sintomatología del paciente y evitar complicaciones como la aspiración pulmonar. (Marotol y Garrigues, 2018)

1.5.1.5. Seudooclusión aguda de colón (Síndrome de Ogilvie)

El tratamiento se basa en procesos, medidas y técnicas conservadoras, fármacos y el procedimiento de descompresión endoscópica o quirúrgica.

1.5.2 Medidas conservadoras

Es el tratamiento donde se aplica desde dieta absoluta, que en algunos casos requerirá de sonda nasogástrica y rectal favoreciendo la descompresión abdominal, suspender fármacos que inhiban la movilidad intestinal, narcóticos y anticolinérgicos; posición en decúbito prono, alternada con decúbito lateral izquierdo y derecho, para la expulsión de gases, con una almohada bajo las caderas, que incluso favorecerá la defecación por 24-48 horas, en estado estable, sin síntomas de peritonitis o alarma como fiebre, hipotensión, leuco citosis o acidosis metabólica. Porque ante la presencia de estos, existe isquemia o perforación y la cirugía debe darse de urgencia.

1.5.2.1. Farmacología

Es el tratamiento que se aplica desde la sospecha del cuadro clínico respectivo, para potenciar efecto colinérgico, no muy efectivos por su corta duración y efectos secundarios a largo plazo:

- La neostigmina por vía IV 2-2,5 mg, un inhibidor reversible de la acetilcolinesterasa, trata adecuadamente a la enzima que metaboliza a la acetilcolina. Aumenta actividad contráctil gastrointestinal pero tiene efectos adversos como bradicardia, hipotensión, miosis, náuseas, vómitos, sudación y diarrea e incluso asistolia, la toxicidad que provoque es tratable con atropina.
- La cisaprida, en dosis de 5-20 mg antes de las comidas y al acostarse, para lograr vaciamiento gástrico y el tiempo de tránsito intestinal, la toxicidad cardiaca en forma de arritmias ventriculares que se manifiestan como síncope o presíncope.
- La eritromicina, macrólido agonista de la motilina
- El octreótido y otros análogos de la somatostatina, como el lanreótido, por vía IM o subcutánea mensual, son para el tratamiento de la motilidad gastrointestinal, mejora propulsión intestinal, aclaramiento de bacterias.

1.5.2.2. Soporte nutricional

Es el tratamiento que prioriza la alimentación oral tolerada sea líquida o semilíquida el mayor tiempo posible, atendiendo déficits de vitaminas y oligoelementos, por alteración del vaciamiento gástrico, con alimentos pobres en lactosa y fibra, suplementos de Fe, folatos, calcio y vitaminas D, K, y B12., sea como nutrición enteral, o nutrición parenteral.

1.5.2.3. Sobrecrecimiento bacteriano

Es el tratamiento que utiliza diferentes antibióticos de amplio espectro: tetraciclinas, ciprofloxacino, metronidazol, cotrimoxazol, rifaximina para controlar el sobrecrecimiento bacteriano secundario a estasis crónico intestinal por ciclos de 7-10 días al mes.

1.5.3. Quirúrgico

Es el tratamiento definitivo ante el vólvulo de ciego causa infrecuente de la obstrucción intestinal, tiene su base en la valoración clínica e instrumental, hasta la toma de posible

biopsia transmural que se obtiene de diferentes tramos del intestino y poder analizar histológicamente.

Finalmente, en el presente caso clínico, el tratamiento aplicado, resalto que la endoscopia no es eficaz por la destorsión del vólvulo colónico proximal, retrasando el proceso quirúrgico definitivo y aumentando el riesgo de perforación; por lo tanto, el paciente fue intervenido a la exploración quirúrgica por hemicolectomía derecha con anastomosis primaria por su estado nutricional bajo, con compromiso hemodinámico y aunque no se evidenció contaminación peritoneal pero si perforación; no hubo compromiso isquémico.

1.5.3.1.Descompresivo

Es el tratamiento de descompresión intestinal por vía endoscópica o quirúrgica como método de elección, con éxito por su recurrencia y no dejar sonda de aspiración hasta el ciego, su eficacia está en prueba por resultados aleatorios. La cecostomía o colectomía quirúrgica presenta mayor mortalidad que la descompresión colonoscópica y se reserva en fracasos anteriores y por complicaciones como perforación y peritonitis

1.5.4.Mortalidad

La tasa de mortalidad varía según la edad y proceso desde el aparecimiento de síntomas y el tratamiento quirúrgico, la mayoría de médicos en su pronóstico no coinciden en la posibilidad de la mortalidad, pero en la realidad, el porcentaje va en aumento, por el no calculado desequilibrio hidroelectrolítico, la toxemia y el choque que se da como reacción al tratamiento.

CAPÍTULO II

2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

2.1. Caso Clínico

2.1.1. *Antecedentes Personales*

Colelitiasis hace 5 años.

2.1.1.1. *Antecedentes quirúrgicos y traumatológicos*

No refiere.

2.1.1.2. *Antecedentes de consanguinidad y alergias*

No refiere.

2.1.1.3. *Antecedentes de patológicos*

- **Alcoholismo:** No refiere
- **Tabaquismo:** No refiere
- **Drogas:** No refiere
- **Exposición a radiación:** No refiere
- **Consumo de sal en grano:** Positivo hasta los 25 años

2.1.1.4. *Antecedentes patológicos familiares de enfermedades genéticas*

No refiere

2.1.1.5. *Antecedentes de haber viajado a provincias del país u a otro país*

No refiere

2.1.2. Antecedentes Socioeconómicos

Paciente vive en casa propia de cemento que cuenta con todos los servicios básicos, 2 habitaciones, sala, cocina y un baño. Con presencia de animales extra domiciliarias. Relación intrafamiliar buena, información de directa.

Hábitos fisiológicos:

- Alimentario: 3 veces al día
- Miccional: 3 veces al día
- Defecatorio: 1 vez cada 4 días en los últimos 2 meses
- Ejercicio: No refiere
- Sueño: 7- 8 horas

2.1.3. Enfermedad actual

2019/02/05 17:22

Paciente masculino de 80 años de edad, masculino, mestizo, casado, instrucción primaria completa, ocupación agricultura, nace en la Provincia de Cotopaxi, Cantón Sigchos, su residencia actual es en el Cantón Sigchos. Paciente acude por cuadro de dolor abdominal de aproximadamente 24 horas de evolución, localizado en epigastrio y mesogastrio, moderada intensidad, escala EVA 8/10, tipo cólico, no irradiado, acompañado de náusea que llega al vómito por 20 ocasiones de contenido bilioso en moderada cantidad y dificultad para canalizar flatos. **Motivo de consulta:** dolor abdominal más vomito.

2.1.4. Examen físico

Al examen físico actual se observa medidas antropométricas normales; paciente consiente, orientado en tiempo, espacio y persona, decaído, afebril, regular estado de hidratación. Se presenta algo intranquilo, actitud acostado y de apariencia general: regular estado.

Antropometría:

- **Peso:** 45.4 Kgr
- **Talla:** 1,62 m
- **Tensión arterial:** 130/80 mm Hg.

Signos vitales:

- **Pulso:** 90 pulsaciones por minuto
- **Frecuencia cardíaca:** 90 latidos por minuto.
- **Frecuencia respiratoria:** 20 respiraciones por minuto.
- **Saturación:** 91% aire ambiente
- **Temperatura:** 36,5 grados centígrados

Exploración física:

- **Cabeza:** Normocefálica, implantación del cabello normal , no se evidencia lesiones, masas ni hundimientos, cejas y pestañas presentes en menor cantidad .
- **Ojos:** Pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y a la acomodación
- **Orofaringe:** No eritematosa, no congestiva
- **Nariz:** Permeable
- **Mucosas orales:** Húmedas
- **Cuello:** No adenopatías
- **Tórax:** Expansibilidad conservada
- **Corazón:** Rítmico, no soplos
- **Pulmones:** Buena entrada de aire, murmullo vesicular conservado
- **Abdomen:** Tenso, levemente distendido a nivel de epigastrio y mesogastrio. Ruidos hidroaéreos ausentes, dolor a la palpación media y profunda en flanco y fosa iliaca derecha, timpánico a la percusión
- **Anoperineal:** Tacto rectal con ámpula rectal vacía, esfínter de tono normal
- **Región Inguinogenital:** No signos patológicos
- **Extremidades:** Simétricas, tono y fuerzas conservados

El examen físico ha sido positivo debido al abdomen distendido asimétricamente, siendo la principal información sindrómica y etiológica, al continuar con la exploración se constata los ruidos hidroaéreos aumentados, que ya demuestran gravedad y la apreciación del dolor a la palpación sin defensa muscular ni reacción peritoneal alertó para la solicitud de exámenes complementarios.

2.1.5. Exámenes complementarios

2.1.5.1. Estudios de Laboratorio

11/02/2019:

Leucocitos 9.800, neutrófilos 75.8%, Hb 15.7, Hto 46.6, plaquetas 223, Cr 0.62, glucosa 113,30, TP 17.0, TTP 42.8. INR 1.54, Monocitos 7.5, eosinofilos 1.4, linfocitos 15.2, neutrófilos 75.8, basófilos 0.1, glóbulos rojos 4.94, BUN 20,8, ácido úrico 3.4, HCV 94.0, HCH 31.7, HCHC 33.8, y HPV 7.1.

2.1.5.2. Radiografía simple de abdomen

15/02/2019:

En posición decúbito supino se observa dilatación de asas colonicas, signo en “grano de café” a nivel de hipocondrio izquierdo. En posición de bipedestación se observan niveles hidroaereos en hemiabdomen inferior izquierdo, además ausencia de gas en ampolla rectal.

2.1.5.3. Estudio microscópico

11/02/2019

Pared de intestino con amplias áreas de necrosis, hemorragia que afecta a todas sus capas, acompañada de infiltrado inflamatorio mixto a predominio de polimorfonucleares. Los cortes de apéndice cecal muestran folículos linfoides prominentes

2.1.5.4. Estudio histopatológico

15/03/2019

Vólvulo de ciego con rotación de 360 grados sobre su propio eje provocando cambios de necrosis e isquemia en todo el ciego y parte de colon ascendente con perforación en ciego de aproximadamente 1 cm. Cada una en borde antimesenterico. Resto de órganos internos sin patología aparente.

CAPÍTULO III

3. HALLAZGOS

3.1. Pronóstico

El pronóstico médico se analiza basado en el diagnóstico presuntivo, que de un inicio se encuadra dentro de la tipología, para lo cual, se dirige un tratamiento convencional con medicación para control de dolor que tiene como alcance la mejoría temporal y parcial de las molestias; luego se pretende una descompresión colonoscópica porque el paciente es apto para la cirugía, aunque posteriormente se requirió una laparotomía exploratoria o una hemicolectomía derecha; el pronóstico es una reducción a través del proceso quirúrgico aunque asociado con riesgo de recurrencia como se le explica al paciente, quien debe hacer conciencia de sus hábitos al comprobarse el vólvulo de ciego, con el cual es dado de alta, dependiendo de él y sus cuidados que no se dé una anastomosis primaria o la formación de estoma en ambos extremos, si es que sus hábitos no se corrigen y lleva una dieta adecuada, obediencia en ingesta de medicamentos, así como controles médicos.

3.1.1. *Percepción del paciente*

El paciente por la frecuencia de sus molestias tiene preocupación y pesimismo, pero a la vez está predispuesto a cumplir con las indicaciones médicas, con la esperanza de que su situación de salud se alivie y mejore. Desea tratar con las terapias convencionales y retrasar la terapia quirúrgica, pero por la evolución que da el cuadro de la enfermedad acepta la operación de emergencia y se compromete a seguir todos los protocolos pre y post operatorios, así como ser estricto en lo que deba realizar por el bien de su salud en lo posterior.

3.1.2. *Anamnesis y diagnóstico presuntivo*

3.1.2.1. *Anamnesis*

El paciente presenta el dolor abdominal con graduación progresiva, la distensión del abdomen en todos los parámetros, estreñimiento que le siguió a una diarrea las primeras horas hace 24 horas, ausencia en emisión de heces y gases, las náuseas y vómitos repetitivos

que establecen ser parte del cuadro clínico de evolución, con los síntomas más habituales de la temática en mención, la persistencia y constancia de estos, definen la presencia del síndrome oclusivo intestinal, que con el pedido y realización de los exámenes complementarios se encuentra dentro del vólvulo de ciego; síntomas que aparecieron de forma aguda, el cierre intestinal fue notorio y doloroso, la presencia del síndrome se verificó completo en pocas horas después, el ascenso del dolor a cólico se acompañó de fiebre y deterioro del estado general se verificó en la casa de salud por parte del personal médico, observando la estrangulación que sufre el paciente en el transcurso de la valoración.

3.1.2.2. Diagnóstico presuntivo

Abdomen agudo inflamatorio del vólvulo de sigma.

3.1.3. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es clave en las primeras instancias de la valoración médica, distinguir entre los diversos tipos de vólvulos de acuerdo a los segmentos colónicos en que se ubiquen será la base entre el tratamiento oportuno o un error y negligencia médica. Descartar el vólvulo sigmoideo, dependerá de la radiografía y de la película lisa abdominal en el resultado, porque coincide en afectar a pacientes de edad avanzada, descartar el vólvulo cecal será fácil tomando en cuenta que esta ocurre más en jóvenes entre 30 y 60 años. Descartar obstrucción intestinal por otras causas se podrá al observar enfermedad inflamatoria intestinal complicada como en el caso de megacolon tóxico. Los exámenes de TC descartarán la obstrucción distal de colon, la estenosis anal, la pseudoobstrucción de colon conocido como síndrome de Ogilvie confusa de descartar por la dilatación del colon de estructuras masivas, cólico agudo, ausencia de obstrucción mecánica, la pseudoobstrucción de intestino con oclusión recurrente, alteración anatómica mecánica y cuadro general crónico; u, otras anomalías congénitas que afecten el intestino.

Descartar el vólvulo de intestino delgado, será por asociación a un defecto de mal rotación, por lo general en primeras etapas de la vida, muy raro que se presente en el adulto. Descartar el vólvulo de vesícula biliar, si se verifica obstrucción del flujo biliar y sanguíneo con isquemia y necrosis vesicular, difícil de diferenciar en la fase preoperatoria, confundible también con otros cuadros quirúrgicos: colecistitis aguda, úlcera péptica perforada, apendicitis aguda, etc. Descartar el vólvulo de colon por presentarse en el intestino grueso que si bien afecta a pacientes de edad avanzada, requiere diagnóstico oportuno y correcto por estar relacionado con el uso y abuso de laxantes, o posibles cirugías abdominales, e

incluso ser parte de instituciones geriátricas, donde sea transmisible el dolico megacolon, la enfermedad de Hirschprung y de Chagas. Descartar el vólvulo de colon transversal y del ángulo esplénico de forma fácil por ser exclusivos de mujeres jóvenes y por último descartar vólvulo de colon sigmoide al constatarse colon redundante, por enfermedades como constipación crónica, Chagas, Parkinson, Colitis isquémica, enfermedades neurológicas, entre otras, muy común también en el embarazo.

Entre otros hay que descartar apendicitis, intestino irritable, úlcera péptica, y toda enfermedad inflamatoria intestinal relacionada con obstrucción, que no pertenezca al cuadro analizado en el presente caso clínico.

3.2. Diagnóstico

3.2.1. Diagnóstico definitivo

Abdomen agudo obstructivo por vólvulo del ciego .

3.2.2. Protocolo

El vólvulo de ciego se diagnosticará a partir de la exploración física del paciente, que cumpla con la sintomatología, ratificado por la comprobación de resultados de exámenes complementarios; decidir tratamiento estará determinado por dos posibilidades:

- La evidencia en una torsión axial por rotación en el sentido de las agujas del reloj
- El efecto angular hacia la región anterosuperior sobre el colon derecho sin una rotación axial.

Entonces la movilidad anormal reflejada decidirá el tipo de cirugía a aplicar para reducir la constipación crónica, minimizar las lesiones obstructivas y corregir la mal rotación anatómica por nacimiento; de ubicación por trauma postoperatorio o de obstrucción, mecánica o no mecánica, simple, completa o incompleta y por malos hábitos.

3.2.3. Discusión

En el presente caso, el paciente en estudio, es un hombre de 80 años de edad, que tal como lo refiere la literatura, su sintomatología pertenece al vólvulo de ciego que se presentó en él como un cuadro clínico que es típico aunque infrecuente de obstrucción intestinal. El

diagnóstico presuntivo lo determinan en vólvulo de sigma, más los exámenes físicos y complementarios convergen en el cuadro clínico del paciente que direcciona y pertenece al diagnóstico de vólvulo de ciego. Se procede a la ingesta de fármacos, y a la preparación quirúrgica, los hallazgos durante la intervención quirúrgica verifican la obstrucción intestinal con signos iniciales de isquemia y necrosis. Esta valoración ayuda a que la impresión diagnóstica sea socializada y su resolución quirúrgica sea motivada al paciente de forma urgente, para evitar complicaciones, y lograr una evolución favorable hasta el alta del mismo y el compromiso respectivo para control posterior.

3.2.4. Evolución

Paciente masculino de 80 años de edad. Consulta por dolor abdominal, náuseas y vómitos, detención de heces y gases, de 2 días de evolución. Examen Físico: Abdomen: distendido asimétricamente, ruidos hidroaéreos aumentados, doloroso difusamente a la palpación, con reacción peritoneal ni defensa muscular. Tacto Rectal: ampolla vacía. Exámenes Complementarios: Laboratorio, Radiografía. Tratamiento quirúrgico: intervención de urgencia, con el diagnóstico de Síndrome Oclusivo, constatado vólvulo de ciego de 360 grados con necrosis de ciego e íleon terminal. Se realiza **laparatomía - hemicolectomía derecha, más íleo transversal anastomosis terminal**. La evolución: Paciente con evolución post operatoria favorable. Recuperación del tránsito intestinal al segundo día, se retira sonda nasogástrica, inicia tolerancia vía oral al tercer día; sin complicaciones. Alta con medicación y cita médica.

3.2.5. Tratamiento

3.2.6. Cirugía

Se realizó una laparotomía exploratoria con prioridad urgente, por obstrucción intestinal con rotación en 360 grados, sobre su propio eje, provocando cambios de necrosis e isquemia en todo el ciego y afectando al colon ascendente, con perforación de acuerdo a imagenología por vólvulo de un centímetro de diámetro. Se redujo el vólvulo y se realizó **hemicolectomía derecha más íleo transversal anastomosis terminal** en paciente masculino de 80 años de edad que ingresa con el diagnóstico estudiado en esta temática. Paciente hemodinámicamente estable después de la cirugía, refiere leve dolor en herida quirúrgica, con abdomen distendido, se colocó sonda nasogástrica con producción de 500 ml de líquido gástrico, verdoso no fecaloide.

Indicaciones hospitalarias :

- Control de signos vitales.
- Control de ingesta y excreta
- Control de diuresis horaria
- Control y cuantificación de sangre a caída libre
- Control y cuantificación de drenajes

Medicación hospitalaria :

- Lactato de Ringer 1000 cc IV c8h
- Ketorolaco 30 mg IV c8H
- Omeprazol 40 mg IV QD
- Ceftriaxona 1 gr IV c12H (0)
- Metronidazol 500 mg IV c8H (0)
- Etamsilato 250 mg IV C8H (DY N)

Indicaciones de alta :

- Dieta Blanda
- Certificado medico por 21 días
- Curación de herida
- Control en un mes

Medicación AL ALTA :

- Paracetamol 1 gr Vía Oral cada 8 horas
- Metronidazol 500 mg Vía Oral c8H (por 4 dias mas)

CONCLUSIONES

- El vólvulo de ciego es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, debido a la no constancia de alteraciones anatómicas en la fijación intestinal; en mujeres en edad media es mayor la incidencia, pero también en adultos mayores de sexo masculino, como en el caso clínico previamente descrito.
- El principal factor de riesgo es el estreñimiento crónico, más si ocurre por un abuso de laxantes, enfermedades psiquiátricas y enfermedad de Chagas en América del Sur.
- La oclusión intestinal es común, pero la localización en el ciego no, el presente caso se inicia como una urgencia quirúrgica, impidiendo completar el protocolo, más el diagnóstico es reconocido, instaurando oportunamente el tratamiento quirúrgico.
- El diagnóstico definitivo se realiza durante la decisión quirúrgica y se confirma al encontrar un vólvulo de ciego de rotación axial, con estrangulación y necrosis.
- La etiología ubica al vólvulo de ciego como afección antecesora de la obstrucción intestinal, y como una enfermedad rara que no depende de distribución geográfica ni étnica definida, sino solamente de edad, anatomía, y circunstancias específicas del cuadro clínico.
- El tratamiento quirúrgico aplicado en el presente caso, hemicolectomía derecha, se da por criterios uniformes de evaluadores médicos, por la recurrencia de la sintomatología y las causas de origen.
- Vólvulo es la torsión de un segmento del tracto intestinal alrededor de su eje mesentérico.
- Los síntomas de los vólvulos por la alteración de la irrigación son una causa relevante de dolor abdominal agudo o recurrente en adultos, aunque tienen presentación inespecífica, tienen alto índice de obstrucción intestinal.
- Su diagnóstico y tratamiento oportuno puede evitar las complicaciones como la isquemia, gangrena y la posterior perforación y reducir la tasa de mortalidad.
- En grupos de edad joven, puede preverse malformación intestinal o ejercicio excesivo como causa principal del vólvulo de ciego, pero en edad adulta y ancianidad se asocia con el estreñimiento crónico o los problemas de salud neurológicos.
- El vólvulo de ciego es una enfermedad rara de oclusión intestinal con múltiples presentaciones clínicas, un reconocimiento exhaustivo para definir el diagnóstico adecuado entre sus similares, incluyendo todo tipo de exámenes físicos y complementarios, y excluyendo controversias por las evaluaciones individuales y conjuntas frente a los segmentos de afectación del intestino con respecto a obstrucción

BIBLIOGRAFÍA

BASSY IZA NATALIA. y ESTOBAN DOMBRIZ MARÍA JESÚS, 2010. Tratado de geriatría para residentes. Obstrucción intestinal. [en línea], [Consulta: 7 junio 2019]. S35-05 56_III. Disponible en: file:///C:/Users/eta/Downloads/S35-05%2056_III.pdf.

CHON ÁCF, REBOLLAR GR y MURRIETA PMY., 2009. Revisión de la literatura y reporte de caso. Vólvulo de ciego. *Revista del Hospital Juárez de México*, Vol. 76, No. 1, pp. 35-37. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42301>.

GIL-HERNÁNDEZ GERARDO, PÉREZ-ESCOBEDO SERGIO U., RODRÍGUEZ-WONG ULISES, GARCÍA-ÁLVAREZ JAVIER, PEÑAVERA-HERNÁNDEZ JOSÉ RAFAEL, TORRES-LANDA MARIANA, 2012. Oclusión intestinal secundaria a vólvulo de ciego. *Revista del Hospital Juárez de México*, Vol. 79, No. 1, pp. 55-57 <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju121k.pdf>.

RICARDO FRETES ISAÍAS, MEDINA GUTIERREZ JORGE, Dr. MUJICA LUIS ANTONIO, Dra. ACHA MARTA MARÍA, 2012. Reporte de caso. Oclusión intestinal por vólvulo de ciego. *Revista círculo de Paraguay*, Vol. 36, No. 2 <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v36n2/v36n2a06.pdf>.

R. M. JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, J. M. DÍAZ PAVÓN, I. ALARCÓN DEL AGUA, C. BERNARDOS GARCÍA, J. M. ÁLAMO MARTÍNEZ Y J. M. SOUSA VAQUERO, 2008. Vólvulo de ciego como causa de obstrucción intestinal *Revista española de enfermedades digestivas* Vol. 100 N° 6. ISSN 1130-0108 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000600014.

MAROTO NURIA y GARRIGUES VICENTE, 2019. Medicina digestiva. Oclusión y pseudooclusión intestinal. [en línea]. [Consulta: 5 junio 2019]. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/27_Oclusion_y_seudooclusion.pdf.

MORALES HUGO, ZÁRATE ALEJANDRO y CABALLERO RAMIRO, 2016. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas [en línea]. [Consulta: 4 junio 2019]. Disponible en: <https://www.medfinis.cl/img/manuales/volvulosgastrointestinales.pdf>

PACHECO TRUJILLO EFRAIN y ACOSTA SANCHEZ ANGÉLICA, 2016. Vólvulo de ciego. Reporte de caso. *Revista salud Quintana Roo*. Vol. 9 N° 33. ISSN 2007 - 1671. [en

[Consulta: 6 junio 2019]. Disponible en:
<https://salud.groo.gob.mx/revista/revistas/33/06/06.pdf>.

RODRÍGUEZ-HERMOSAA JOSÉ IGNACIO, RAMÓN FARRÉSA ADAM MARTÍNA, JOSEP PONTB, ANTONI CODINA-CAZADORA, BARTOMEU RUIZA, JOSEP ROIGA, FRANCESC OLIVETA, 2005 Obstrucción intestinal por vólvulo de ciego. *Revista Cirugía española* Vol. 78. N° 6, pp. 341-402 [en línea]. [Consulta: 8 junio 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirurgia-espanola-36-articulo-obstruccion-intestinal-por-volvulo-ciego-13082155>.

ROJO, G., GARCÍA, JM., ROBLES, J., RUIZ, E. RODRIGUEZ. MJ, y BASCUÑANA, P., 2017. Alternativa terapéutica en el vólvulo de colón recurrente. Artículo científico. *Revista de enfermedades endoscópicas Dig.* Vol. 4 N° 2. pp. 36-39 [en línea], [Consulta: 7 junio 2019]. Disponible en:
[https://aeed.com/documentos/publicos/revista/octubre2017/Enferm%20Endosc%20Dig.%202017;4\(2\)36-39.pdf](https://aeed.com/documentos/publicos/revista/octubre2017/Enferm%20Endosc%20Dig.%202017;4(2)36-39.pdf).

SÁNCHEZ-RUBIO NANCY, REDONDO-BUIL PILAR, BENÍTEZ-VÁZQUEZ ANA MARÍA, PRIETO-FERNÁNDEZ AMADOR y MESA-ÁLVAREZ ALICIA, 2013. Vólvulo de ciego. *Revista española de enfermedades digestivas*, vol. 105, no. 4. ISSN 1130-0108 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082013000400007 .

VALDÉS FERRO JOSELIN, DÍAZ DÍAZ JOSÉ DANIEL, LÓPEZ HERNÁNDEZ JUAN CARLOS, BONET ESPINOSA JOSÉ FRANCISCO, SALAZAR MOREJÓN LIVÁN., 2011. Presentación de caso. Vólvulo de ciego con compromiso vascular. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río.* Vol. 15 N° 2. ISSN 1561-3194 [en línea]. [Consulta: 9 junio 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200029.

ASQUEL CADENA, V.H., TOVAR NOROÑA, C.E. y VELEZ, J.E., 2016. Vólvulo de ciego como localización infrecuente de obstrucción intestinal | *Mediencencias UTA*. [en línea], [Consulta: 13 septiembre 2019]. Disponible en:
<https://mediencenciasuta.uta.edu.ec/index.php/MediencenciasUTA/article/view/184>.

FRETES, I.R., MEDINA GUTIERREZ, O., MUJICA, L.A. y ACHA, M.M., 2012. INTESTINAL OCCLUSION CECAL VOLVULUS. *Cirugía paraguaya*, vol. 36, no. 2, pp. 25-27. ISSN 2307-0420.

HERMOSA, A. de la, ORTEGA-DOMENE, P., FUENMAYOR-VALERA, M.L., PÉREZ-MORERA, A. y SEOANE-GONZÁLEZ, J.B., 2016. Báscula cecal, una causa infrecuente de obstrucción intestinal. . S.l.: s.n., DOI 10.1016/j.circir.2015.10.004.

IGNACIO RODRÍGUEZ-HERMOSA, J., MARTÍN, A., FARRÉS, R., PONT, J., CODINA-CAZADOR, A., RUIZ, B., ROIG, J. y OLIVET, F., 2005. Obstrucción intestinal por vólvulo de ciego. *Cirugía Española*, vol. 78, no. 6, pp. 385-387. ISSN 0009-739X. DOI 10.1016/S0009-739X(05)70960-X.

JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, R.M., DÍAZ PAVÓN, J.M., ALARCÓN DEL AGUA, I., BERNARDOS GARCÍA, C., ÁLAMO MARTÍNEZ, J.M. y SOUSA VAQUERO, J.M., 2008. Vólvulo de ciego como causa de obstrucción intestinal. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, vol. 100, no. 6, pp. 373-374. ISSN 1130-0108.

LEAL MURSULÍ, A., ADEFNA PÉREZ, R.I., RAMOS DÍAZ, N., CASTELLANOS GONZÁLEZ, J.A., MARTÍNEZ ACOSTA, U. y IZQUIERDO LARA, F.T., 2002. Malrotación intestinal asociada a vólvulo del ciego: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Cubana de Cirugía*, vol. 41, no. 4, pp. 0-0. ISSN 0034-7493.

NAVARRO, I.O., FORCÉN, P.J.M., MARTÍNEZ, M.A., SEBASTIÁN, A.A. y RICO, R.C., 2016. Vólvulo de ciego y colon derecho: una causa infrecuente de obstrucción intestinal. *Revista española de investigaciones quirúrgicas*, vol. 19, no. 1, pp. 28-31. ISSN 1139-8264.

RUIZ DE LA HERMOSA, A., ORTEGA-DOMENE, P., FUENMAYOR-VALERA, M.L., PÉREZ-MORERA, A. y SEOANE-GONZÁLEZ, J.B., 2016. Báscula cecal, una causa infrecuente de obstrucción intestinal. *Cirugía y Cirujanos*, vol. 84, no. 6, pp. 513-517. ISSN 0009-7411. DOI 10.1016/j.circir.2015.10.004.

RUIZ, H.D., ÁLVAREZ, F., SOLARI, I., GOCH, A., BUENA, I.P., FIGGINI, H., RITONDALE, O. y BRUNO, M.O., [sin fecha]. No rotación intestinal en adultos: causa infrecuente de abdomen agudo oclusivo. , pp. 4.

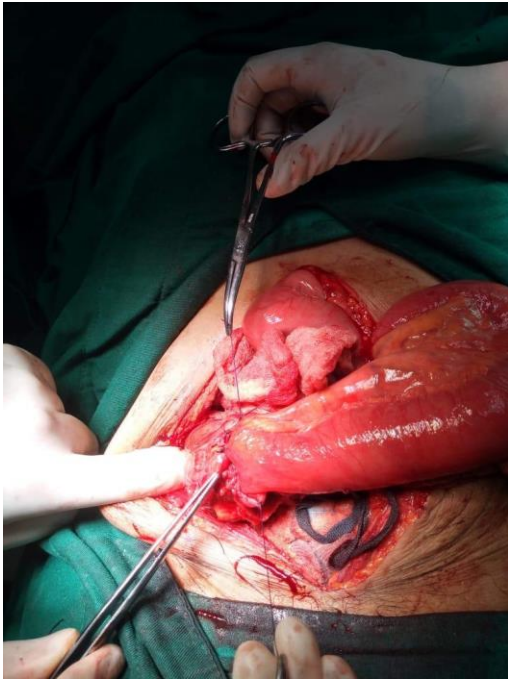
SOTO D, G., LUENGAS T, R., GARRIDO C, R., BOCICA, G., ABEDRAPO M, M., CUNEO Z, A., LLANOS B, J.L., SANHUEZA S, A. y GALLEGOS M, I., 2007. Vólvulo de intestino delgado. *Revista chilena de cirugía*, vol. 59, no. 5, pp. 324-325. ISSN 0718-4026. DOI 10.4067/S0718-40262007000500002.

ANEXOS

Anexo A: Estudios Complementarios



Anexo B: Fotografías







Anexo C: Consentimiento



ESPOCH

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

ESCUELA DE MEDICINA - UNIDAD DE TITULACIÓN

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **Días Cuchipe José Aurelio** doy mi consentimiento para información sobre mi caso clínico **VÓLVULO DE CIEGO COMO CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL** que se publicara en la ESPOCH como autora, Shirley Lizeth Segura Ortega.

Entiendo que la información se publicara sin mi información personal completa, pero que el anonimato completo no puede ser garantizada. Entiendo que el texto y las imágenes o videos publicados en el artículo estarán disponibles gratuitamente en Internet y puede ser visto por el público en general.

Las imágenes, videos y texto también pueden aparecer en otros sitios web o en la impresión puede ser traducido a otros idiomas o utilizados con fines educativos.

Se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito.

La firma a de este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.

Nombre: Días Cuchipe José Aurelio

Fecha: 30 de Mayo del 2019

Firmado: 

Nombre del autor: Shirley Lizeth Segura Ortega

Fecha: 30 de Mayo del 2019

Firma: 

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS Y RECURSOS PARA
EL APRENDIZAJE Y LA INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS
REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA

Fecha de entrega: 17 / 10 / 2019

INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)
Nombres – Apellidos: Shirley Lizeth Segura Ortega
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
Facultad: Facultad de Salud Pública
Carrera: Medicina
Título a optar: Médico General
f. Analista de bibliotecas responsable: Ing. Rafael Inty Salto Hidalgo