



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Báscula cecal, una causa infrecuente de obstrucción intestinal



Alicia Ruiz de la Hermosa*, Patricia Ortega-Domene,
María Luisa Fuenmayor-Valera, Adelino Pérez-Morera y José Benito Seoane-González

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

Recibido el 24 de febrero de 2015; aceptado el 10 de agosto de 2015
Disponible en Internet el 11 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Báscula cecal;
Vólvulo cecal;
Obstrucción
intestinal;
Vólvulo intestinal

Resumen

Antecedentes: La báscula cecal es un tipo infrecuente de vólvulo cecal. Se produce al plegarse el ciego sobre el colon ascendente, causando una obstrucción intestinal. El diagnóstico suele ser radiológico o intraoperatorio. Es frecuente la existencia de una brida secundaria a intervenciones previas que obstruye el colon ascendente y actúa como eje de inflexión. Es frecuente en mujeres jóvenes y en pacientes ancianos hospitalizados.

El objetivo de este trabajo es resaltar las características clínicas y la dificultad en el diagnóstico de la báscula cecal como causa de obstrucción intestinal, así como las estrategias de tratamiento de esta inusual entidad.

Caso clínico: Varón de 83 años con enfermedad neurológica intercurrente, que presenta datos clínicos compatibles con obstrucción intestinal. Se sospecha que su origen es por adherencias, en relación con el antecedente de nefrectomía derecha, por lo que se instaura tratamiento conservador; debido a que no presenta mejoría, se le realizó una tomografía computada. Esta pone en evidencia una obstrucción intestinal, pero debida a una báscula cecal con compromiso vascular. El paciente requirió una intervención urgente con hemicolectomía derecha.

Conclusiones: La báscula cecal es una causa inusual de obstrucción intestinal. Su diagnóstico debe sospecharse siempre que exista dilatación cecal ectópica. La tomografía computada es la prueba de imagen de elección, especialmente en pacientes graves. La resección y anastomosis ilecólica es la opción quirúrgica más recomendable. Es necesario un alto índice de sospecha y un tratamiento precoz para evitar complicaciones.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Hospital Universitario Infanta Leonor, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Calle Gran Vía del Este 80, 28031 Madrid, España. Teléfono: +34 91 191 80 00.

Correo electrónico: aruizdelahermosa@hotmail.es (A. Ruiz de la Hermosa).

KEYWORDS

Caecal bascule;
Caecal volvulus;
Intestinal
obstruction;
Intestinal volvulus

Caecal bascule, an unusual cause of intestinal obstruction**Abstract**

Background: Caecal bascule is an infrequent type of caecal volvulus. It appears when the caecum folds upon itself, causing an intestinal obstruction. It is usually diagnosed using imaging techniques or intra-operatively. A constrictive band related to previous abdominal surgery is frequently present, and acts as an inflexion point that results in a closed loop obstruction of the ascending colon. It has been reported in young women and in elderly hospitalised patients.

The aim of this report is to describe the clinical features, diagnostic difficulties, and management strategies of this unusual entity.

Clinical case: An 83-year-old male with concurrent acute neurological illness presented with history of intestinal obstruction. Because of a previous right nephrectomy, postoperative adhesions were suspected and conservative treatment initiated. As no improvement was seen, a computed tomography scan was obtained. Abdominal tomography showed an intestinal obstruction and a caecal bascule with vascular compromise. A right colectomy was performed.

Conclusions: Caecal bascule is a rare cause of intestinal obstruction. The suspicion should be heightened when caecal ectopic dilation is present. Computed tomography scan is the preferred imaging technique, especially for ill patients. Right colectomy and primary anastomosis is the most appropriate surgical technique. Awareness of this entity can prevent the high morbidity and mortality rates of this condition.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

Los vólvulos intestinales se producen por la torsión del mesenterio, así como de sus vasos, provocando un cuadro de obstrucción intestinal.

La localización más frecuente es el sigma (80%), seguido del ciego (15%), siendo el colon transverso la localización menos habitual (5%)¹.

El vólvulo cecal puede subdividirse en 2 tipos, y el más frecuente, con el 90% de los casos, se debe a la torsión del ciego sobre su eje axial, que habitualmente es en sentido horario. El segundo tipo se denomina báscula cecal y representa el 10% de los vólvulos de ciego²; la báscula cecal se caracteriza por la flexión del ciego en dirección cefálica, quedando localizado en la parte superior del abdomen; no existe torsión del meso, por lo que es menos probable que exista compromiso vascular^{3,4}.

El diagnóstico suele ser radiológico o intraoperatorio en el contexto de una obstrucción intestinal, siendo la hemicolectomía derecha la técnica de elección para el tratamiento.

El objetivo de la presentación del caso es describir las características clínicas de esta inusual causa de obstrucción intestinal y resaltar la dificultad del diagnóstico y las estrategias de tratamiento.

Caso clínico

Se trata de un varón de 83 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica por nefrectomía derecha en relación con tumoración renal, flutter auricular paroxístico y un ictus isquémico, sin secuelas.

Ingresó en Neurología por un síndrome hemisférico izquierdo, secundario a un hematoma en el brazo posterior de la cápsula interna derecha, de probable origen hipertensivo y asociado a una sobredosificación por Sintrom®. Durante el ingreso comenzó con vómitos, dolor abdominal cólico y posteriormente difuso, asociado con la ausencia de tránsito intestinal. En la exploración física destacó: distensión abdominal moderada, más llamativa en el hemiabdomen derecho, con ruidos intestinales aumentados. Los estudios de laboratorio demostraron: 13,500 leucocitos con un 87% de neutrófilos, creatinina de 2.1 mg/dl, urea de 101 mg/dl y proteína C reactiva de 178 mg/l. En la radiografía simple de abdomen presentó dilatación importante de asas de intestino delgado en hipocondrio derecho, así como en mesogastrio e hipogastrio (fig. 1). Dado el antecedente de laparotomía previa se sospecha un síndrome adherencial, por lo que se inició con tratamiento conservador. Sin embargo, presenta empeoramiento clínico y por laboratorio clínico, por lo que se le realiza una tomografía computada (TC) que mostró la presencia de líquido libre perihepático y en gotera derecha, además de una marcada dilatación del ciego, que se encuentra ascendido (fig. 2). Presenta un punto de cambio de calibre en el colon ascendente, indicativo todo ello de un vólvulo de ciego. Se decide realizar laparotomía urgente, encontrando un ciego móvil y péndulo, muy distendido y con compromiso vascular (fig. 3); además, se encuentra plegado sobre su propio eje hacia el craneal en relación con brida posquirúrgica, que actúa como punto de inflexión (fig. 4). Se realizó hemicolectomía derecha urgente con anastomosis ilecólica laterolateral mecánica. El resultado de Anatomía Patológica describe la presencia de alteraciones compatibles con proceso isquémico.



Figura 1 Presencia de dilatación cecal ectópica con dilatación de asas de intestino delgado.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, por lo que es dado de alta médica.

Discusión

De acuerdo con Datta y Sakran⁵, la báscula cecal fue descrita por primera vez por Treves en 1899, pero posteriormente fue Weinstein en 1938 quien la caracterizó como un subtipo de vólvulo cecal. Representa el 10% de los casos de vólvulo cecal^{2,5,6}, que ocurre con mayor frecuencia en mujeres jóvenes⁷ y durante el posparto, al encontrarse el ciego desplazado hacia arriba por el útero.

Se consideran factores predisponentes: el estreñimiento crónico, el alto consumo de fibra, el abuso de laxantes y



Figura 3 Ciego ascendido y con compromiso vascular.

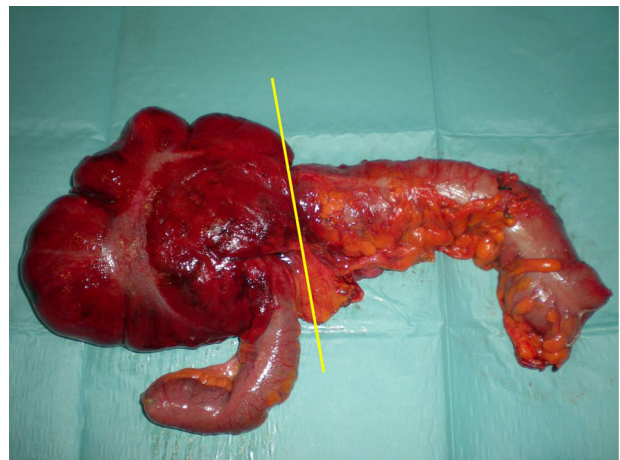


Figura 4 Pieza quirúrgica de colectomía derecha con la teórica localización de la brida (línea amarilla) que causaba obstrucción y basculación cecal.

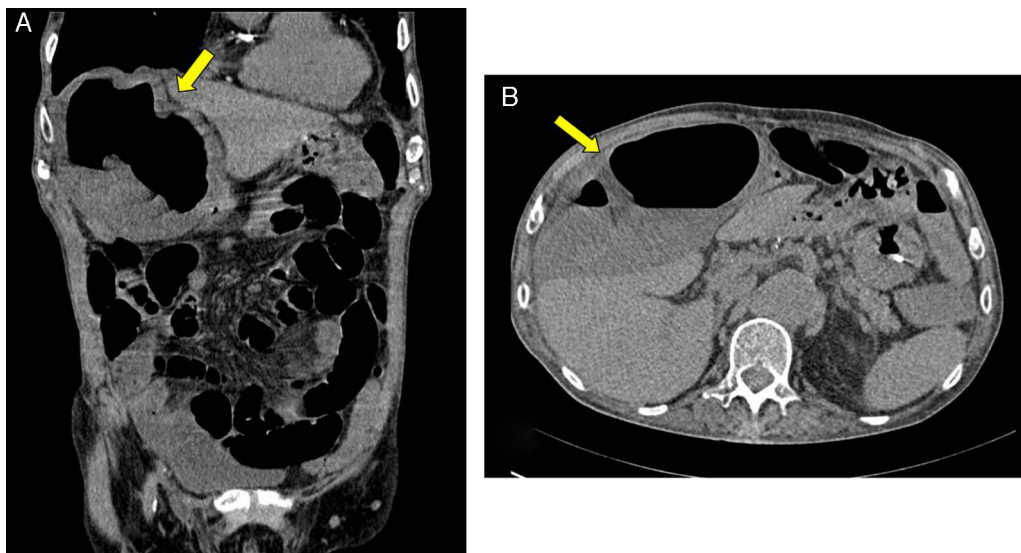


Figura 2 Imagen coronal (A) y axial (B) por tomografía donde se observa el ciego dilatado y en posición ectópica (flechas).

la inmovilización prolongada². Por esto último es frecuente que ocurra también en pacientes ancianos y hospitalizados por otros motivos, pues en ellos la motilidad intestinal está disminuida y existe una mayor dilatación colónica⁶. En su etiopatogenia se han asociado también otras causas, como enfermedades psiquiátricas y enfermedades neurológicas, pues contribuyen a la inmovilización y sus tratamientos favorecen el estreñimiento. Destacan las distrofias, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Alzheimer y los accidentes cerebrovasculares, como en el paciente de nuestro caso clínico; estas situaciones están presentes hasta en el 40% de los casos de vólvulos de ciego¹. Además de las condiciones previamente descritas, para que se produzca un vólvulo es necesaria la existencia de un ciego redundante y con una movilidad excesiva, lo que se debe a la ausencia de fijación al retroperitoneo^{1,2}. Otro factor también importante es el antecedente de cirugía abdominal previa, presente en el 25-53% de los pacientes⁷. La presencia de adherencias contribuye a la formación de puntos de fijación que ejercen de eje de rotación, como sucede habitualmente en la báscula cecal. Se ha descrito la presencia de una banda o brida que ocluye el colon ascendente y favorece la flexión ascendente del ciego^{5,8}, lo que provoca una obstrucción intestinal en asa cerrada, pues impide el vaciado anterógrado del ciego, y la presencia de una válvula ileocecal competente, que impide el vaciado retrógrado. Además existen bacterias productoras de gas que favorece la distensión cecal y que ocasiona obstrucción venosa. Si esta situación se mantiene en el tiempo, conlleva la gangrena intestinal³⁻⁵. En ocasiones es posible el vaciado retrógrado cuando la válvula ileocecal es incompetente, lo que sumado a la ausencia de torsión mesentérica hace que el compromiso vascular en las básculas cecales sea una situación poco frecuente, aunque no fue el caso de nuestro paciente.

La báscula cecal es una entidad de difícil diagnóstico y las manifestaciones clínicas son similares a las de las obstrucciones de intestino delgado, con la presencia de dolor abdominal continuo con exacerbaciones de tipo cólico, en relación con los movimientos peristálticos; existe, también, ausencia de tránsito intestinal, náuseas y vómitos.

En la exploración física es frecuente encontrar distensión abdominal con timpanismo y ruidos hidroaéreos aumentados inicialmente. Con la progresión de las manifestaciones clínicas es frecuente la ausencia de peristaltismo, con silencio abdominal a la auscultación y aparición de signos de irritación peritoneal cuando existe compromiso vascular con gangrena o perforación^{1,4}.

Suele existir leucocitosis con desviación izquierda y elevación de los reactantes de fase aguda. La radiografía de abdomen muestra la presencia de niveles hidroaéreos, con dilatación de asas de intestino delgado. Es visible una marcada distensión del ciego, que suele estar desplazado hacia el hipocondrio derecho, en posición anteromedial respecto al colon transverso⁹.

La ausencia de sospecha clínica de esta entidad puede llevar a malinterpretar los hallazgos radiológicos y retrasar el diagnóstico⁵. En nuestro caso clínico no se identificó la dilatación cecal, atribuyendo la dilatación visualizada a dilatación de asas intestinales. La presencia de asas de intestino delgado dilatadas localizadas laterales a la dilatación cecal ectópica es uno de los hallazgos radiológicos que pueden ayudarnos a sospechar esta afección^{6,7}; sin embargo, los

estudios radiológicos solo favorecen el diagnóstico en el 20% de los casos⁹.

El enema de bario puede ser empleado para el diagnóstico, y es posible conseguir la reducción espontánea; sin embargo, no debe realizarse para la evaluación diagnóstica en pacientes graves.

La TC abdominal es la mejor opción para obtener un diagnóstico definitivo, ya que permite identificar varios signos radiológicos, que son específicos de esta entidad, como son: la imagen en «grano de café» o en «coma», que representa la imagen axial del ciego dilatado lleno de aire y de líquido, o el signo del «pico de pájaro», que se relaciona con el afilamiento progresivo del asa aferente y eferente hasta el punto de torsión, por lo que es menos común en la báscula cecal que en los otros tipos de vólvulos de ciego. Lo mismo sucede con el «signo del remolino» en relación con la torsión mesentérica y tejidos blandos pericólicos^{2,7}. La TC permite demostrar la presencia de obstrucción intestinal mecánica, el sitio de obstrucción, así como su severidad. La presencia de engrosamiento mural, traveculación de la grasa mesentérica, neumatosis intestinal y líquido libre son hallazgos habituales cuando la isquemia está presente.

La colonoscopia diagnóstica es útil en ocasiones, pues además permite establecer la viabilidad de la mucosa y puede conseguir la devolvulación. En el caso de vólvulos cecales y en nuestro caso en concreto, al tratarse de una báscula cecal, la colonoscopia no se recomienda como tratamiento debido a su escasa tasa de éxito de devolvulación, recidivas frecuentes y riesgo importante de perforación^{1,2,5-7}.

El tratamiento definitivo es la cirugía, y se han empleado técnicas como la devolvulación con o sin cecopexia. Algunos autores han propuesto incluso la cecopexia laparoscópica; sin embargo, estas técnicas presentan altas tasas de recurrencia, que varían desde el 0-40% para la devolvulación asociada a cecopexia hasta el 0-70% para la devolvulación simple. La cecostomía presenta menos recidivas, pero una morbilidad del 40%^{6,7}. La hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa es la técnica preferida⁶, pues con ella no se han descrito recidivas y la morbilidad es menor que con otras técnicas, aunque variable según la viabilidad del colon: 10-15% si el colon es viable y 30-40% si la gangrena está presente. Si el estado general del paciente no permite realizar una anastomosis puede ser necesaria la realización de una ileostomía. Es frecuente encontrar durante la laparotomía una brida similar a la hallada en nuestro paciente, que atraviesa el colon ascendente actuando como punto de basculación. Esta brida puede ser inflamatoria, congénita o, más frecuentemente, adherencial, en relación con cirugía previa, como en el caso clínico expuesto.

Conclusiones

La báscula cecal es un tipo infrecuente de vólvulo cecal que provoca obstrucción intestinal. Su etiología es multifactorial y suele asociarse con una brida, que provoca distensión cecal y actúa como punto de inflexión, doblando el ciego en dirección ascendente. Su diagnóstico debe sospecharse siempre que exista dilatación cecal ectópica. La TC es la prueba de imagen de elección, especialmente en pacientes graves. La resección y anastomosis ileocólica es la opción

quirúrgica más recomendable tanto si el colon está isquémico como si es viable, pues evita recurrencias y presenta cifras de morbilidad menores que otras técnicas. Un alto índice de sospecha y un tratamiento precoz son fundamentales para evitar complicaciones.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rodríguez-Hermosa JI, Martín A, Farrés R, Pont J, Codina-Cazador A, Ruiz B, et al. Vólvulo de ciego como causa de obstrucción intestinal. *Cir Esp.* 2005;78:385-7.
2. Hasbahceci M, Basak F, Alimoglu O. Cecal volvulus. *Indian J Surg.* 2012;74:476-9.
3. Pousada L. Cecal bascule: An overlooked diagnosis in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1992;40:65-7.
4. Ruiz-Tovar J, Calero García P, Morales Castiñeiras V, Martínez Molina E. Vólvulo del ciego: presentación de 18 casos y revisión de la literatura. *Cir Esp.* 2009;85:110-3.
5. Datta J, Sakran JV. Cecal bascule with a mesenteric band acting as a 'point of basculation'. *IJCRI.* 2012;3:54-6.
6. Oza V, Johnson A, Pfeil S. Cecal bascule: An unusual pathology of cecal dilation. Case report and brief review. *J Interv Gastroenterol.* 2013;3:143-4.
7. Consorti ET, Liu TH. Diagnosis and treatment of caecal volvulus. *Postgrad Med J.* 2005;81:772-6.
8. Gulavani N, Shenoy K, Sharma A. Caecal bascule-A case report and review of literature. *WebmedCentral. Gastrointestinal Surgery.* 2010;1:WMC001022. [consultado 19 Oct 2010]. Disponible en: <http://www.webmedcentral.com/article.view/1022>.
9. Gingold D, Murrell Z. Management of colonic volvulus. *Clin Colon Rectal Surg.* 2012;25:236-44.