



P-114 - VÓLVULO DE CIEGO Y APENDICITIS AGUDA. RARA ASOCIACIÓN DE DOS ENTIDADES COMUNES

R. Martínez Díaz¹, E. Asensio Díaz¹, B. Pérez Saborido¹, F. Labarga Rodríguez², M. Gonzalo Martín¹, M. Rodríguez López¹, R. Velasco López¹, S. Mambrilla Herrero¹ y J.I. Blanco Álvarez¹

¹Hospital Río Hortega, Valladolid. ²Hospital Río Carrión, Palencia.

Resumen

Introducción: El vólvulo de colon es una patología infrecuente en nuestro medio que cursa con clínica de oclusión intestinal. La incidencia puede llegar a ser del 20-55% de las oclusiones en países de África, Asia, o América del sur. En nuestro medio representan del 1-10% del total de las oclusiones. La localización más frecuente es en el sigma (40-80%), seguido de en el ciego (10-40%), colon transverso y ángulo esplénico (menos de un 5%). Los principales factores de riesgo son la edad, la cirugía abdominal previa, la dieta rica en fibra, el embarazo, el estreñimiento crónico, la diabetes, las enfermedades neurológicas y psiquiátricas. Presentamos un caso de rara asociación de vólvulo de ciego y apendicitis aguda secundaria a estrangulación apendicular por bridas.

Caso clínico: Mujer de 50 años, con antecedente de dos cesáreas y miomectomía. La paciente acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución de inicio en hipocondrio derecho, que posteriormente se generaliza a todo el abdomen. Presenta náuseas y vómitos abundantes desde el inicio del cuadro. La paciente refiere ausencia de emisión de gases y heces de 48 horas de evolución. A la exploración, dolor abdominal difuso, más intenso en hipocondrio derecho con signos de irritación peritoneal. Analítica con leucocitosis y neutrofilia. En TAC abdominal se observa signo de Chilaiditi con estructura tubular en hipocondrio derecho en contacto con la cara anterior del hígado y vesícula biliar, que puede corresponder con apendicitis aguda o divertículo de Meckel. Se decide realización de laparoscopia diagnóstica encontrando dilatación de asas intestinales, síndrome de Chilaiditi con ciego y colon derecho volvulado y fijado a peritoneo parietal del hipocondrio derecho con dos bridas que estrangulan el apéndice cecal, lo que condiciona apendicitis aguda. Se realiza sección de bridas, devolvulación del colon derecho y apendicectomía laparoscópica. La paciente evoluciona favorablemente. El informe anatomo-patológico es de apendicitis aguda flemonosa con obliteración fibroadiposa de la punta del apéndice.

Discusión: El vólvulo de ciego es una patología urgente que en la mayor parte de los casos requiere tratamiento quirúrgico: la hemicolectomía derecha, cecostomía, cecopexia o la desvolvulación simple son las opciones terapéuticas. La descompresión endoscópica tiene alta tasa de perforación y menor tasa de éxito que en el vólvulo de sigma. Se debe individualizar el tratamiento en función del paciente, la clínica y los hallazgos operatorios. Existen tan sólo tres referencias bibliográficas de asociación de vólvulo cecal con apendicitis aguda intercurrente.