

Evento intestinal inusual

Jessica Milena Campo Rago  · Manuela Laguna Kirof  · Diana Rodríguez de la Hoz 
Nebil Larrañaga 

*Diagnóstico por Imágenes, Instituto Universitario CEMIC.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.*

Acta Gastroenterol Latinoam 2025;55(1):35-36

Recibido: 31/01/2025 / Aceptado: 06/03/2025 / Publicado online el 31/03/2025 / <https://doi.org/10.52787/agl.v55i1.466>

Presentación del caso

Paciente masculino de 49 años que acude al servicio de urgencias por presentar dolor en hipogastrio de intensidad 8/10. Al examen físico se encuentra lúcido, afebril, sin signos de deshidratación, con abdomen distendido, sin dolor durante la palpación superficial ni profunda, sin signos de irritación peritoneal. Le solicitan un análisis bioquímico, cuyos hallazgos son los siguientes: leucocitos 10990, hemoglobina 14.7 g/dL, hematocrito 43%, VCM 87.6 fL, HCM 34.2 pg, CHCM 34.2 g/dL, plaquetas 283000, neutrófilos absolutos 9034, linfocitos absolutos 1220, amilasa 35 UI/L, lipasa 31 UI/L, bilirrubina total 0.6 mg/dL, bilirrubina directa 0.2 mg/dL, fosfatasa alcalina 47 UI/L, GOT 16 UI/L, GPT 11 UI/L, creatinina 0.83 mg/dL, sodio 140 mEq/L, potasio 4.4 mEq/L, cloro 103 mEq/L, glucosa 105 mg/dL, sedimento de orina normal.

Posteriormente se realiza una tomografía computarizada de abdomen y pelvis sin contraste donde se observan asas intestinales dilatadas (Figura 1), ciego levemente distendido con abundante contenido propio, que cruza la línea media hacia el flanco izquierdo (Figuras 2 y 3), tracción e ingurgitación de los vasos mesentéricos (Figura 4).

Figura 1. Asas colónicas dilatadas



Correspondencia: Jessica Milena Campo Rago
Correo electrónico: jcampo@cemic.edu.ar

Figura 2. A y B: Corte axial, donde se observa el ciego localizado hacia el lado izquierdo

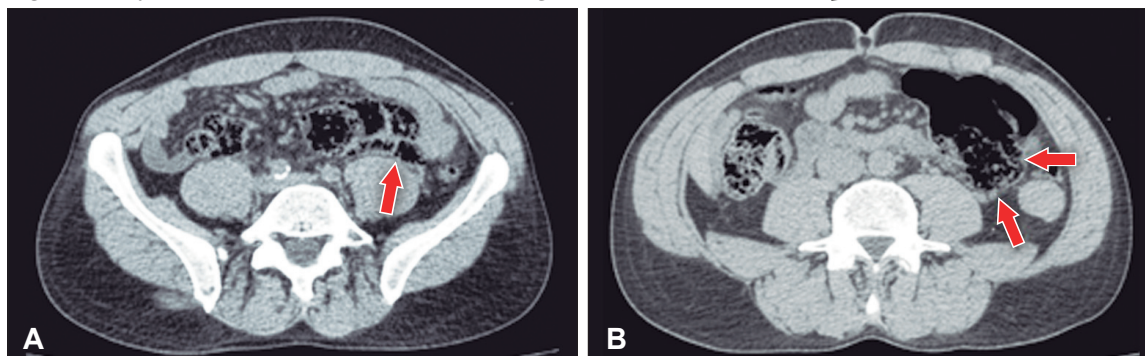


Figura 3. Corte coronal. **A:** se observa ciego que cruza la línea media para localizarse en el flanco izquierdo. **B:** ciego levemente distendido de aproximadamente 80 mm

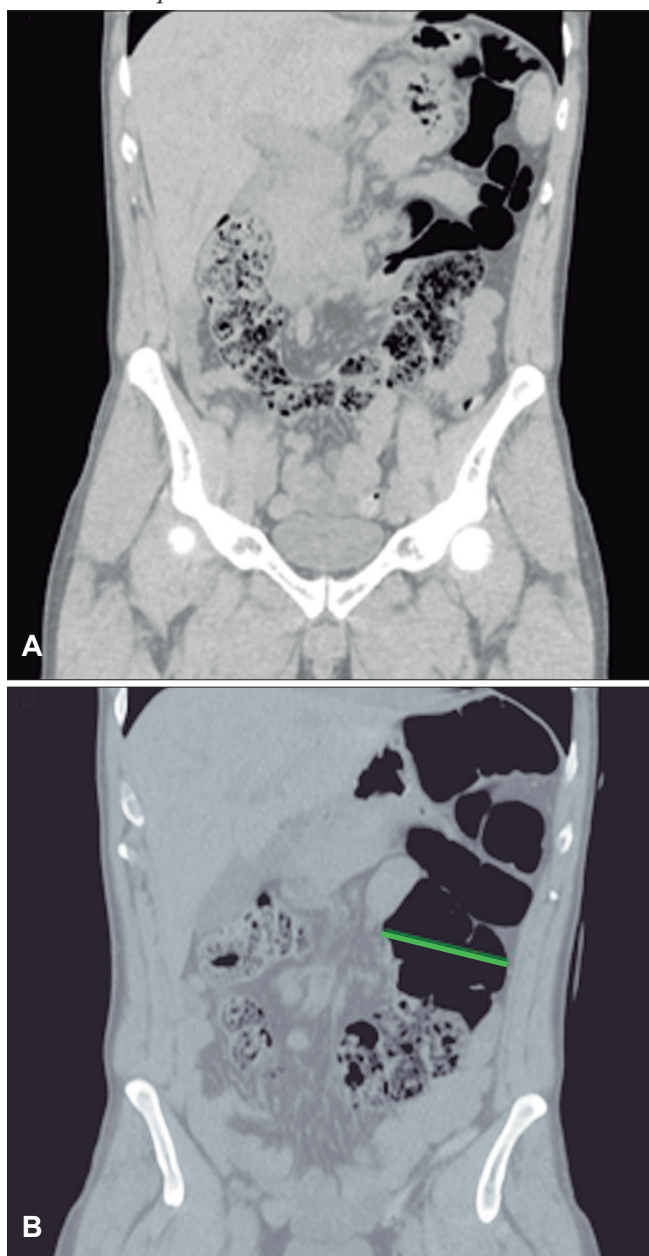
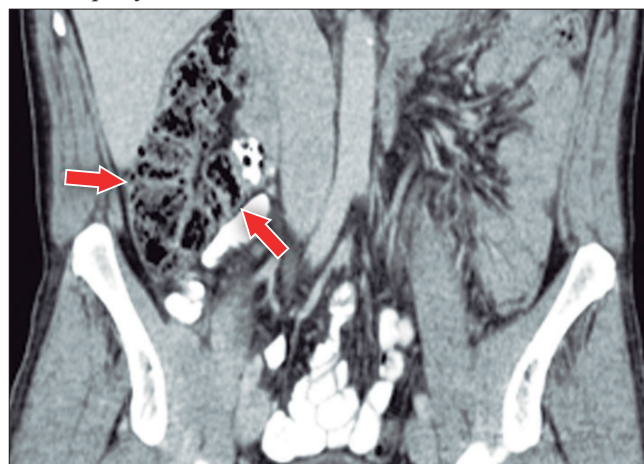


Figura 4. Corte coronal. Se observa tracción e ingurgitación de los vasos mesentéricos



El paciente presenta mejoría de los síntomas por lo que, siete horas después, le solicitan un control con tomografía computarizada con contraste (Figura 5).

Figura 5. Colon ascendente y ciego en flanco derecho, no dilatados, con pasaje de contraste hacia su luz



¿Cuál es su diagnóstico?

Solución del caso en la página 62

Solución del caso: Evento intestinal inusual

Viene de la página 36

Al realizar una comparación de los estudios de imágenes realizados, se interpreta que el paciente presentó un vólvulo cecal que se resolvió espontáneamente.

El vólvulo se define como la torsión de un asa intestinal que produce una obstrucción. Se produce generalmente en el colon sigmoideo. El segundo sitio de presentación más frecuente es el ciego.¹

El vólvulo cecal afecta frecuentemente a mujeres entre 40 y 60 años.¹ El principal factor de riesgo es una fijación anormal del colon ascendente y del ciego, lo cual corresponde a una alteración congénita² y ocasiona una movilidad anormal del ciego.³ En el vólvulo sigmoideo, en cambio, los factores de riesgo principales son la dieta y el estilo de vida.²

Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal asociado a náuseas, vómitos y estreñimiento. Al examen físico se destaca la distensión abdominal.^{3,4} Al ser síntomas inespecíficos se realizan estudios de imágenes complementarios. Inicialmente se solicita una radiografía simple de abdomen donde se encuentra, como principal hallazgo, dilatación cecal seguida de ausencia de gas en el colon distal, dilatación del intestino delgado y niveles hidroaéreos. Se sugiere complementar con estudio tomográfico⁵ para confirmar la posición del ciego e identificar la causa que origina la torsión.³ Los hallazgos más importantes en la tomografía computada son la dilatación del ciego, el signo del remolino, el signo del pico de ave, la ausencia de gas en el colon distal y la ingurgitación de los vasos mesentéricos.⁵

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento de primera línea es la cirugía para evitar el infarto intestinal, dado que los vasos sanguíneos pueden estar comprometidos por la torsión.³ En nuestro caso, el paciente no necesitó intervención quirúrgica ya que el vólvulo cecal se resolvió espontáneamente, evento muy inusual con pocos reportes de casos publicados previamente.

Consentimiento para la publicación. Para la confección de este manuscrito, se utilizaron datos anonimizados que no han distorsionado su significado científico.

Propiedad intelectual. Los autores declaran que los datos y las figuras presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en las instituciones a las que pertenecen.

Financiamiento. Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Aviso de derechos de autor



© 2025 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Campo Rago J M, Laguna Kirof M, Rodríguez de la Hoz D y col. Evento intestinal inusual. Acta Gastroenterol Latinoam. 2025;55(1):62. <https://doi.org/10.52787/agl.v55i1.466>

Referencias

1. Kunishi, Y., Tsukamoto, M., Yanagibashi, T., Sodani, Y., Niwa, K., Yoshie, K., Kato, Y., & Maeda, S. (2021). Cecal volvulus resolved spontaneously. Internal Medicine (Tokyo, Japan), 60(6), 851-854. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.5532-20>
2. Salinas, C. M., & Fernández, D. H. F. (n.d.). Vólvulo del ciego. Revisademedicinayhumanidadesmedicas.Cl. Retrieved January 8, 2025.
3. Sánchez García S., Cigarrán Sexto H., Morán Hevia M., Gálvez García S., Vicente Quílez M., & Calvo Blanco, J. (2018). Vólvulos del tracto gastrointestinal: Diagnóstico en radiología simple y correlación con la tomografía computarizada. Seram. Recuperado a partir de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/117>
4. Ruiz-Tovar, J., Calero García, P., Morales Castiñeiras, V., & Martínez Molina, E. (2009). Vólvulo de ciego: presentación de 18 casos y revisión de la literatura. Cirugía española, 85(2), 110-113.
5. Piñeros D., Carrascal D., Fernando C., Pérez J., Maldonado S. (2021). Hallazgos imagenológicos del vólvulo cecal, descripción por medio de un caso. Rev. Colomb. Radiol. 2021; 32(2): 5563-65).