

VÓLVULO CECAL: REPORTE DE CASO.

CECAL VOLVULUS: CASE REPORT.

Claudia Viviana Jaimes González¹, María José Pereira Velásquez², Yessica Melina Hoyos Londoño³, Natalia Martínez Forero⁴.

Recibido: 15 de Septiembre de 2025.

Aprobado: 15 de Octubre de 2025

RESUMEN

Introducción: El vólvulo cecal es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, caracterizada por la rotación axial del ciego y colon ascendente sobre la vasculatura mesentérica. Esta torsión puede provocar necrosis tisular y perforación intestinal. Un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado pueden reducir la mortalidad **Reporte del caso:**

Se presenta una mujer de 43 años que ingresó a urgencias con síntomas abdominales inespecíficos. Una tomografía axial computarizada sugirió torsión intestinal, por lo que se realizó laparotomía exploratoria. Se evidenció un vólvulo cecal con necrosis extensa, requiriendo hemicolectomía derecha y desvolvulación como control de daños.

Discusión: El vólvulo de ciego es una patología con múltiples factores predisponentes, siendo la cirugía abdominal previa uno de los más relevantes. Su diagnóstico se basa en estudios de laboratorio y técnicas de imagen, donde la tomografía computarizada destaca por su alta sensibilidad y especificidad. El tratamiento es principalmente quirúrgico, abarcando desde la desvolvulación hasta la colectomía, según la viabilidad intestinal y la estabilidad hemodinámica del paciente. En casos de isquemia intestinal irreversible, se requiere colectomía con o sin ileostomía para controlar daños y prevenir complicaciones.

Conclusión: El vólvulo cecal es una causa rara de obstrucción intestinal con síntomas inespecíficos y rápida evolución. Su diagnóstico temprano y tratamiento quirúrgico son claves para disminuir complicaciones.

Palabras clave: Vólvulo intestinal, enfermedades del ciego, obstrucción intestinal, anomalía torsional, colectomía.

ABSTRACT

Introduction: Cecal volvulus is a rare cause of intestinal obstruction, characterized by the axial rotation of the cecum and ascending colon around the mesenteric vasculature. This torsion can lead to tissue necrosis and intestinal perforation. Timely diagnosis and appropriate management can reduce mortality. **Case report:** A 43-year-old woman presented to the emergency department with nonspecific abdominal symptoms. A computed tomography scan suggested intestinal torsion, prompting an exploratory laparotomy. A cecal

Cómo citar este artículo: Jaimes González CV, Pereira Velásquez MJ, Hoyos Londoño YM, Martínez Forero N. **Vólvulo Cecal: Reporte de caso**, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(4):75-83. Octubre 2025, ISSN 2981-5800



volvulus with extensive necrosis was identified, necessitating a right hemicolectomy and detorsion as a damage control approach. **Discussion:** Cecal volvulus is a pathological condition with multiple predisposing factors, among which a history of abdominal surgery is particularly significant. Diagnosis relies on laboratory studies and imaging techniques, with abdominal computed tomography being the most sensitive and specific modality. Management is primarily surgical, ranging from detorsion to colectomy, depending on intestinal viability and the patient's hemodynamic stability. In cases of irreversible intestinal ischemia, colectomy with or without ileostomy is necessary to mitigate damage and prevent complications. **Conclusions:** Cecal volvulus is a rare cause of intestinal obstruction, characterized by nonspecific symptoms and accelerated progression. Early diagnosis, as well as surgical treatment, are essential to reducing complications.

Key words: Intestinal volvulus, cecal diseases, intestinal obstruction, torsion abnormality, colectomy

Introducción:

El vólvulo es una rotación o torsión de cualquier segmento del tracto digestivo, siendo el colon el sitio más afectado. Aunque es una patología poco frecuente, puede presentarse en el ciego, lo que da lugar a un vólvulo cecal, el cual se caracteriza por la torsión de la parte móvil del ciego y el colon ascendente alrededor de la vasculatura mesentérica [1].

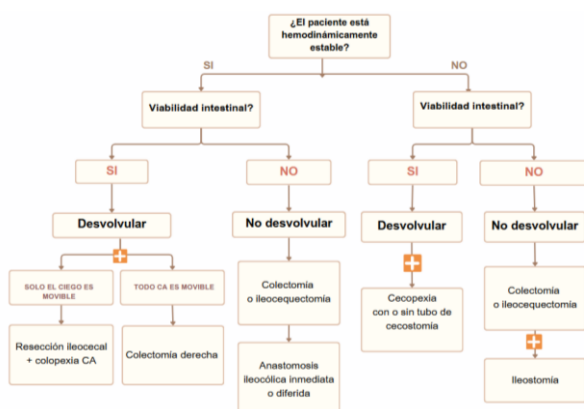
Después del vólvulo sigmoideos, el vólvulo cecal es el segundo tipo más común de vólvulo colónico [1,2]. Tiene una incidencia estimada entre 2.8 y 7.1 casos por millón de habitantes por año [3]. Representa entre el 10% y el 30% de los casos de torsión intestinal y entre el 1% y el 3% de las obstrucciones intestinales, con una mayor prevalencia en mujeres jóvenes alrededor de los 30 años [1, 4]. A nivel global, la tasa de mortalidad asociada al vólvulo cecal varía entre el 11% y el 40%, aunque este porcentaje puede aumentar debido a las complicaciones y morbilidades del paciente [5].

El vólvulo del ciego puede originarse por múltiples etiologías y factores predisponentes, entre ellos la constipación crónica, la presencia de masas abdominales, embarazo postérmino, cirugías abdominales previas, inmovilización prolongada, íleo paralítico, la enfermedad de Hirschsprung, entre otras [2,6].

Además, su desarrollo puede estar relacionado con alteraciones en la fase embrionaria del colon. Durante el desarrollo fetal, la rotación normal de 270° del intestino debe ir acompañada de su fijación al peritoneo parietal posterior. No obstante, si no se produce dicha fijación o si se produce un alargamiento anormal del colon debido a una sobre rotación, el ciego se mantendrá en movimiento, sin un punto de anclaje estable, lo que promueve la torsión y desarrollo del vólvulo cecal. [2,6]. Estudios de autopsia han evidenciado que esta movilidad anómala del ciego y el colon ascendente está presente en aproximadamente el 10% al 25% de la población general [2,6,7,8].

La presentación clínica del vólvulo cecal es inespecífica y puede variar desde episodios intermitentes de dolor abdominal, náuseas, vómito y distensión abdominal hasta un cuadro de abdomen agudo. Estos síntomas varían en función del tiempo y la gravedad de la obstrucción intestinal, por lo que un diagnóstico precoz es esencial para evitar complicaciones graves como la estrangulación vascular con perforación intestinal, que puede conducir a un estado crítico de muerte. Dado que la sintomatología suele presentarse en el contexto de una obstrucción intestinal aguda, los estudios de imagen y pruebas de laboratorio son herramientas indispensables para el diagnóstico diferencial [5,6,7].

En cuanto al tratamiento de la torsión cecal, el principal es la intervención quirúrgica [2,5,6,7], y su enfoque varía según la viabilidad intestinal (presencia de isquemia, necrosis o perforación) y la estabilidad hemodinámica del paciente. Las opciones van desde una desvolvulación con cecopexia hasta una colectomía con ileostomía, dependiendo de las condiciones del paciente en el momento de la intervención (Flujograma 1) [2,7].



Flujograma 1. Manejo quirúrgico del vólvulo cecal. Fuente: Flujograma realizado por los autores.

Reporte de caso

Presentamos el caso de una paciente de 43 años, con antecedentes patológicos de gastritis y antecedentes quirúrgicos de apendicectomía, colecistectomía y reducción de fractura de quinto dedo de mano derecha, quien ingresa al servicio de urgencias con cuadro de dos días consistente en dolor y distensión abdominal, asociado a náuseas, diarrea y múltiples episodios eméticos. Al examen físico paciente con leve distensión y dolor abdominal difuso a la palpación con paraclínicos dentro de los rangos normales. A pesar del manejo médico, la paciente persiste con la sintomatología por lo que se realiza TAC de abdomen con contraste (Imagen 1), donde se evidencia marcada distensión del marco cólico afectando el ciego, alcanzando un diámetro transversal máximo de 10,5 cm con colapso del colon descendente, ausencia de gas en recto y presencia de líquido libre en saco peritoneal mayor.

Por consiguiente, se le realiza una laparotomía exploratoria urgente, encontrando severa distensión del ciego y colon ascendente, con cambios por isquemia asociados a vólvulo cecal, con compromiso hasta 10 cm de íleon desde válvula ileocecal, con trombosis de los vasos sanguíneos cólicos, severos signos de inflamación con cambios isquémicos de mesenterio, adenopatías alrededor de los vasos sanguíneos, abundante cantidad de líquido fétido y turbio en la cavidad peritoneal, obstrucción en asa ciega con distensión proximal de intestino delgado hasta el estómago, sangrado en

capa y petequias en cavidad abdominal. Por lo que se decide realizar desvolvulación intestinal y hemicolectomía derecha (Imagen 2) con requerimiento de vigilancia postoperatoria en unidad de cuidados intensivos y nutrición parenteral. A los 3 días postoperatorio se realiza lavado quirúrgico peritoneal con anastomosis ileotransversa y cierre dinámico de pared abdominal. Finalmente, a los 6 días del postoperatorio es llevada a nuevo lavado peritoneal, eventrorrafia y cierre de cavidad con adecuada evolución clínica.

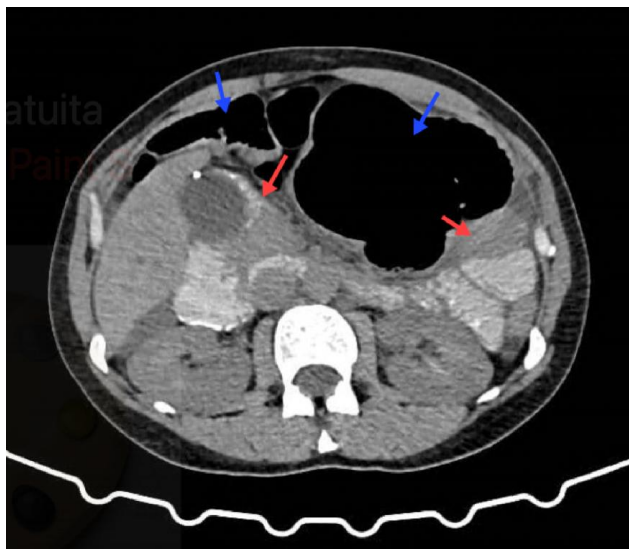


Imagen 1. Tomografía de abdomen con contraste corte transversal. Se evidencia marcada distensión del ciego, alcanzando un diámetro transversal máximo de 10,5 cm con colapso del colon descendente (flechas azules) y presencia de líquido libre en saco peritoneal (flechas rojas). Fuente: Imagen diagnóstica institucional tomada por autores.



Imagen 2. A. Laparotomía exploratoria con vólvulo cecal expuesto, evidencia de isquemia tisular en colon ascendente e íleo (flechas rojas). B. Hemicolectomía derecha secundaria a vólvulo cecal complicada con compromiso isquémico en íleo de 10 cm de longitud (flechas azules). Fuente: Imagen tomada por los autores

Discusión

Se presenta el caso de una paciente que ingresa con dolor abdominal inespecífico, sin hallazgos clínicos de abdomen agudo y con exámenes de laboratorio no sugestivos de manejo quirúrgico inmediato. La manifestación clínica del vólvulo cecal suele ser inespecífica simulando una obstrucción intestinal, lo que complica el diagnóstico inicial y puede conducir a un tratamiento médico conservador.

Se suele adicionar pruebas de laboratorio, que revelan leucocitosis, incremento de la proteína C reactiva y/o cambios electrolíticos, pero estos resultados suelen estar presentes en fases avanzadas de la enfermedad. Además, la baja especificidad de estos parámetros no es determinantes para confirmar el diagnóstico y deben evaluarse en conjunto con los hallazgos clínicos y de imagen [2,5,6]. Según la literatura como estudio imagenológico inicial, la

radiografía simple de abdomen puede ser útil, detectando vólvulos cecales en el 44.4% al 56% de los casos [6]. En estas imágenes, es posible observar un ciego ectópico dilatado, un único nivel hidroaéreo en el cuadrante inferior derecho, dilatación del intestino delgado y ausencia de gas en el colon distal, los cuales indican una obstrucción intestinal que no es específica de vólvulo cecal, pero puede contribuir al diagnóstico diferencial [5,6].

La tomografía axial computarizada (TAC) es el estudio de elección para el diagnóstico del vólvulo cecal. En esta se puede encontrar un colon sigmoide colapsado o descomprimido en presencia de un ciego dilatado con presencia de aire y líquido en colon (signo del grano de café) y signos sugestivos de obstrucción de asa cerrada en los topogramas.

Además, el signo del remolino es patognomónico de los vólvulos cecales tipo 1 y 2, evidenciando la rotación de los vasos mesentéricos [2,5]. La ubicación del signo de giro también ayuda en la diferenciación diagnóstica: si se encuentra en la línea media/izquierda sugiere vólvulo cecal, mientras que su presencia en la línea media/derecha es más característica del vólvulo sigmoideo.

Debido a la persistencia de los síntomas y un cuadro clínico de difícil diagnóstico, se optó por realizar una TAC que presenta una alta sensibilidad (100%) y especificidad (90%), siendo la principal herramienta diagnóstica para la identificación temprana de un vólvulo cecal, permitiendo un tratamiento oportuno y dirigido, incluso cuando los hallazgos clínicos son ambiguos [5,6]. En

las imágenes tomográficas de la paciente, se encontró una marcada distensión del marco cólico que afectó al ciego, con colapso del colon descendente, ausencia de gas en recto y presencia de líquido libre en saco peritoneal, todos indicativos de obstrucción y perforación intestinal. Este hallazgo es consistente con la literatura, que indica que la TAC es una herramienta diagnóstica clave para el vólvulo cecal, ya que puede detectar signos específicos como la distensión del ciego y la ausencia de gas en el colon distal, ayudando a confirmar el diagnóstico diferencial [2,5,6]. Adicionalmente, la paciente presenta un antecedente quirúrgico de apendicectomía, el cual es un factor de riesgo importante para desarrollar vólvulo cecal debido a las adherencias secundarias [2,6].

Durante la laparotomía exploratoria realizada a la paciente, se confirmó el diagnóstico de vólvulo cecal tipo 2 complicado por el compromiso necrótico y la ruptura intestinal. Esta patología se clasifica en 3 tipos de torsiones y su clasificación es crucial para el manejo quirúrgico (Figura 1). El vólvulo cecal tipo 1 se desarrolla a partir de una torsión axial en su eje longitudinal, donde el vólvulo permanece en el cuadrante inferior derecho. El vólvulo tipo 2 (vólvulo cecal en asa) hace su torsión en sentido antihorario y el ciego se ubica en una posición ectópica. En esta paciente fue importante reconocer su clasificación ya que los tipos 1 y 2 representan del 80% al 90% de los casos de torsión axial o en asa y presentan mayores complicaciones clínico-quirúrgicas por su compromiso vascular. Finalmente, el vólvulo tipo 3 sólo representa del 10 al 20 % de los casos y se define como la basculación cecal hacia

arriba, la cual produce un compromiso obstructivo, pero no implica una torsión axial, por lo que presenta con menor frecuencia compromiso vascular [2,5,6].

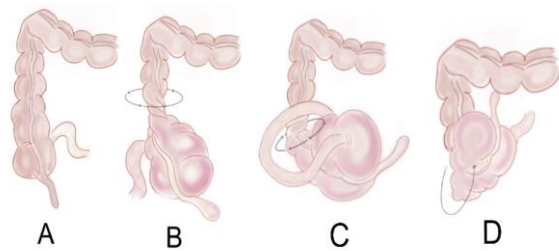


Figura 1. Tipos de vólvulos cecales. A. Ciego en posición normal, **B.** Tipo 1, torsión axial-longitudinal, **C.** Tipo 2, torsión mesentérico-transversal y **D.** Tipo 3, báscula cecal.

Fuente: Imagen realizada por los autores.

Según estudios previos, los pacientes con torsión del ciego con viabilidad intestinal requieren como tratamiento inicial, una reducción quirúrgica inmediata del segmento volvulado (desvolvulación) para prevenir la progresión a necrosis intestinal, reduciendo así las tasas de morbilidad y mortalidad [1,3,5,7]. Tras la desvolvulación en un paciente estable, se recomienda realizar una colectomía derecha o una resección ileocólica con o sin colopexia, según sea el caso, dado que la desvolvulación aislada tiene un fracaso terapéutico reportado en el 13 al 75% de los casos [2]. Por otro lado, si el paciente se encuentra inestable, pero presenta viabilidad intestinal, se debe realizar una combinación de desvolvulación con cecopexia, que consiste en fijar el colon derecho al peritoneo [6,7]. La desvolvulación sin fijación podría incrementar la mortalidad hasta en un 7,8% [1,6]. En presencia de signos de isquemia sin viabilidad intestinal, se debe evitar la

desvolvulación, ya que aumenta el riesgo de daño por reperusión, lo que a su vez aumenta el riesgo de infección bacteriana concomitante [2]. En estos casos, el manejo inicial debe centrar en el control de daños mediante una colectomía con resección de todo el tejido necrótico. Posteriormente, en pacientes estables se puede realizar una anastomosis ileocólica, mientras que en pacientes inestables se recomienda una ileostomía, la cual puede completarse en una segunda intervención para el manejo de complicaciones asociadas [2,5,6,7].

En nuestro caso, dado el compromiso vascular y la inestabilidad hemodinámica de la paciente, se optó por una hemicolectomía derecha sin anastomosis. Esta estrategia está respaldada por la literatura, que sugiere que, en situaciones de inestabilidad, una colectomía sin anastomosis es el enfoque más seguro para evitar la fuga anastomótica y minimizar el riesgo de complicaciones postquirúrgicas. Tras el procedimiento inicial, la paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos y en un segundo tiempo quirúrgico, se realizó lavado peritoneal y una anastomosis ileotransversa, lo que resultó en una evolución clínica favorable. Esta estrategia en 2 tiempos también está recomendada para permitir una mejor recuperación de los tejidos [2,5,6,7].

Conclusión

El vólvulo cecal es una patología infrecuente de obstrucción intestinal con un origen multifactorial. Debido a su sintomatología inespecífica y la rápida progresión de sus complicaciones, el diagnóstico oportuno mediante TAC y el manejo quirúrgico adecuado son

fundamentales para la resolución de los casos y para reducción de la morbilidad y mortalidad asociadas. Considerar este diagnóstico en la evaluación de pacientes con obstrucción intestinal es clave para ofrecer un tratamiento oportuno y eficaz, especialmente en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal. El tratamiento quirúrgico debe adaptarse a las condiciones clínicas del paciente, la viabilidad del tejido y la clasificación del vólvulo para aumentar las posibilidades de una resolución exitosa de los casos.

Referencias

1. Halabi WJ, Jafari MD, Kang CY, Nguyen VQ, Carmichael JC, Mills S, et al. Colonic volvulus in the United States: trends, outcomes, and predictors of mortality. *Ann Surg* [Internet]. 2014;259(2):293–301. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0b013e31828c88ac>
2. Hodin, R., Weisser, M., Chen, W. Cecal Volvulus [UpToDate]. Última actualización Nov 6, 2023. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/cecal-volvulus>
3. Katoh T, Shigemori T, Fukaya R, Suzuki H. Cecal volvulus: report of a case and review of Japanese literature. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2009;15(20):2547–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.2547>
4. Delabrousse E, Sarliève P, Saille N, Aubry S, Kastler BA. Cecal volvulus: CT findings and correlation with pathophysiology. *Emerg Radiol* [Internet]. 2007;14(6):411–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10140-007-0647-4>
5. Camacho-Aguilera JF, Calderón-Vieyra A. Vólvulo cecal: un caso y revisión de la literatura [Cecal volvulus: one case and literature review]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(5):591–8.
6. Hasbahceci M, Basak F, Alimoglu O. Cecal volvulus. *Indian J Surg* [Internet]. 2012;74(6):476–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12262-012-0432-9>
7. Abbassi I, Triki W, Trigui R, Ben Salah R, Itaimi A, Ayed K, et al. Case Report: Caecal volvulus management from diagnosis to treatment in a young patient. *F1000Res* [Internet]. 2022;11:781. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.121789.2>
8. Valsdottir E, Marks J. Volvulus: Small bowel and colon. *Clin Colon Rectal Surg* [Internet]. 2008;21(2):091–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1075856>

¹ Cirujana General, Docente universitario. Departamento de Cirugía General, Jefe de salas de cirugía, Clínica de Marly, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-5863-2022>

² Médica, Departamento de Cirugía General, Clínica de Marly, Bogotá, Colombia. **Autor de correspondencia:** majovelasquez88@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-2090-1175>



³ Médica, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas; Médica general, Clínica Central Del Eje, Pereira, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-6681-3173>.

⁴ Médica, Departamento de Cirugía General, Clínica de Marly, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0009-0009-6181-5426>