

## Vólvulo de colon transverso: a propósito de un caso

Javier Bernardo Chambi-Torres<sup>1</sup>, César Eugenio Ramírez-Romero<sup>2</sup>, Diego Renato Villarreal-Ramos<sup>3</sup>, Elizabeth Giovanna Gutierrez Quispe<sup>3</sup>

### RESUMEN

El vólvulo de colon es la torcedura de un segmento del mismo sobre su mesenterio y es causa de obstrucción intestinal. El vólvulo de colon transverso es de presentación rara. Reportamos el caso de un varón de 55 años que inicia con distensión y dolor abdominal, ausencia de deposiciones y flatos, náuseas e hiporexia. Durante una laparotomía exploratoria, se halla un vólvulo que abarca el colon transverso hasta el ángulo esplénico y se le realiza resección de los mismos y una posterior anastomosis transverso-descendente. En conclusión, el presente caso clínico busca mostrar un caso raro de vólvulo colónico y a la vez enviar el mensaje de que el vólvulo colónico es una presentación de abdomen agudo quirúrgico que el personal médico debe saber reconocer clínicamente, debido a que su intervención inmediata evitará la isquemia y posterior necrosis del intestino grueso.

**Palabras clave:** Vólvulo intestinal; obstrucción intestinal; colon transverso (Fuente: DeCS BIREME).

## Transverse colon volvulus: a case report

### ABSTRACT

A colon volvulus is the twisting of a colonic segment on its mesentery causing bowel obstruction. The transverse colon volvulus is an uncommon condition. We report the case of a 55-year-old male who initially showed bloating and abdominal pain, lack of bowel movements and flatus, nausea and hyporexia. During an exploratory laparotomy, a volvulus covering the transverse colon to the splenic flexure was found and resected with a posterior anastomosis of the transverse and descending colon. In conclusion, this clinical case report aims to show an uncommon case of colon volvulus and, at the same time, send the message that a colon volvulus is an acute (surgical) abdomen that medical personnel should know how to clinically recognize, because its immediate intervention will prevent the ischemia and subsequent necrosis of the large intestine.

**Keywords:** Intestinal volvulus; intestinal obstruction; colon, transverse (Source: MeSH NLM).

---

1. Médico-cirujano de la Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

2. Médico especialista en Cirugía General, Jefe del servicio de Cirugía.

3. Médico residente de Cirugía General.

## INTRODUCCIÓN

Existen diversas etiologías de obstrucción colónica que comparten manifestaciones clínicas como incapacidad para expulsar heces y gases, asociadas a distensión y calambres abdominales<sup>(1)</sup>. El término vólvulo colónico se refiere a la torsión de un segmento colónico lleno de aire sobre su eje mesentérico que representa el 10% de las obstrucciones intestinales<sup>(2)</sup>, del cual el 90% se presenta a nivel del colon sigmoides, menos del 20% en el ciego y 2 a 4% en el colon transverso<sup>(2,3)</sup>. Este último debido a un mesenterio corto asociado a una normal fijación en los ángulos hepático y esplénico<sup>(4)</sup>, siendo predispuesto además por estreñimiento crónico con megacolon<sup>(3)</sup>. Comunicamos el caso de un paciente varón de 55 años con diagnóstico de vólvulo transverso debido a la rara presentación de esta enfermedad y a su óptimo tratamiento en un hospital nacional del Perú.

## CASO CLÍNICO

Varón de 55 años de edad, con tiempo de enfermedad de 5 días, de inicio insidioso y curso progresivo. Acude al servicio de emergencias refiriendo distensión abdominal

asociada a dolor intenso y ausencia de deposiciones y de flatos luego de ingerir alimentos, náuseas e hiporexia. Como antecedentes quirúrgicos refiere tres laparotomías por obstrucción intestinal hace 37, 36 y 20 años.

Paciente en regular estado general y con funciones vitales estables. A nivel abdominal se observa distendido y con asimetría a predominancia izquierda, se palpa blando poco depresible, con dolor intenso a la descompresión en fosa iliaca izquierda y se auscultan ruidos hidroaéreos (RHA) metálicos en hipocondrio izquierdo y ausencia de RHA en fosa iliaca izquierda.

Los exámenes de laboratorio mostraron hemoglobina de 13.8 g/dl, hematocrito de 39.7%, recuento plaquetario de 138 000 /uL, leucocitos de  $7.17 \times 10^3/u$  y acidosis metabólica.

En la radiografía abdominal se aprecia una marcada dilatación del marco colónico (Figura 1). La ecografía abdominal reportó gran meteorismo intestinal sugerente de sub-oclusión intestinal. No se realizó tomografía debido a la falta de ese servicio en nuestro hospital.



Figura 1. Radiografía de abdomen

Debido a los antecedentes quirúrgicos, examen físico abdominal y exámenes auxiliares de imagen, se planteó el diagnóstico presuntivo de abdomen agudo obstructivo y se opta por laparotomía exploratoria de emergencia hallándose vólvulo que compromete desde el colon transverso hasta el ángulo esplénico (Figura 2). Se realiza resección del área comprometida con posterior anastomosis primaria transverso-descendente y colocación de un Dren Pen Rose. Al estudio anatómo-patológico no se hallaron indicios neoplásicos.



Figura 2. Hallazgo operatorio

Durante su hospitalización, el paciente no recibió tratamiento por vía oral por 6 días y tuvo una evolución del tracto gastrointestinal favorable debido a la expulsión de flatos y deposiciones. Presentó acidosis metabólica, hipokalemia, hiponatremia, hipocalcemia que fueron posteriormente resueltos. Recibió por vía intravenosa ceftriaxona y Metronidazol por 7 días y Amikacina por 6 días para cobertura de gérmenes anaerobios y enterobacterias. Fue dado de alta con evolución favorable.

## DISCUSIÓN

El vólvulo de colon transverso fue reportado por primera vez como causa primaria de obstrucción intestinal en 1932<sup>(5)</sup> y la literatura mundial reporta solo 72 casos<sup>(6)</sup>.

Nuestro paciente reportó 3 antecedentes quirúrgicos de laparotomía exploratoria debido a obstrucción intestinal, lo que sugiere un componente anatómico y congénito. Existen otros factores predisponentes de esta patología como la constipación crónica (asociada a aumento de longitud y motilidad alterada), oclusión intestinal distal como el vólvulo sigmoideo, embarazo, carcinoma y bridas quirúrgicas<sup>(7,8)</sup>. Se ha reportado su asociación con el síndrome de Chilaiditi y la enfermedad de Hirschprung<sup>(9)</sup>. Como diagnósticos diferenciales<sup>(3)</sup> cabe resaltar al Megacolon, que es el alargamiento y dilatación del colon relacionado a Obstrucción crónica mecánica o funcional, y el Síndrome de Ogilvie o pseudo-obstrucción colónica que es un trastorno funcional que provoca una dilatación masiva sin obstrucción mecánica.

Se han descrito dos presentaciones clínicas del vólvulo de colon transverso. La primera es la Aguda fulminante en la que se presentan súbitamente síntomas como dolor abdominal, leve distensión abdominal, vómito, ruidos hidroaéreos hipersonoros que luego desaparecen acompañados con leucocitosis. La segunda es la Sub aguda progresiva que presenta síntomas graduales e intermitentes de dolor abdominal y vómitos, pero la distensión abdominal es más prominente<sup>(10)</sup>. El caso presentado tiene muchas características de la presentación Aguda fulminante.

La distensión abdominal, náuseas y vómitos son síntomas de obstrucción intestinal aguda<sup>(3)</sup> que junto con una radiografía de abdomen orientan a un diagnóstico y al posterior tratamiento con el objetivo de evitar la gangrena colónica y coagulopatía que son predictores de mortalidad<sup>(11)</sup>, siendo la tasa mortalidad por vólvulo de colon transverso del 33%, mayor que el 21% del sigmoideo y el 10% del ciego<sup>(12)</sup>.

La típica imagen radiográfica de “grano de café” se presenta en el 30% de casos de vólvulo<sup>(13)</sup>, siendo el diagnóstico de vólvulo de colon transverso difícil antes de la cirugía debido a sus características inespecíficas en la radiografía<sup>(14)</sup>.

La devolvulación endoscópica no está recomendada en este tipo de vólvulo debido a que el 16% presenta gangrena<sup>(7)</sup>. El tratamiento electivo para evitar la recurrencia es la resección intestinal con o sin

anastomosis primaria<sup>(15)</sup>, realizándose en nuestro paciente una anastomosis primaria transverso-descendente posterior a la resección del área comprometida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Townsend C, Beauchamp R, Evers B, Mattox Kenneth. Sabiston: Cirugía general y del aparato digestivo. 19° ed. España: Elsevier; 2014.
2. Sala-Hernández A, Pous-Serrano S, Lucas-Mera E, Carvajal-Amaya N. Acute transverse colon volvulus with secondary gastric ischemia. Case report. Rev Esp Enferm Dig. 2016;108(3):163-4.
3. Brunicardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Matthews J, et al. Schwartz. Principios de cirugía. 9° ed. México. McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011.
4. Casamayor M, Gracia J, Artigas C, Bielsa M, Martínez M. Intestinal occlusion secondary to transverse colon volvulus. Rev esp enferm dig. 2005;97(12):914-5
5. Sparks D, Dawood M, Chase D, Thomas D. Ischemic volvulus of the transverse colon: a case report and review of literature. Cases J. 2008;1:174.
6. Ramirez-Wiella-Schwuchow G, Villanueva-Sáenz E, Bolaños-Badillo L, García-Hernández L. Colon transverse volvulus, a case report. Rev Gastroenterol Mex. 2009;74(1):35-8.
7. Echenique M, Amondarain J. Vólvulos de intestino grueso. Rev Esp Enferm Dig. 2002;94(4):201-5.
8. Medina V, Alarcó A, Meneses M, Gil D, Márquez M, Afonso J. Vólvulo de colon transverso: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Rev Esp Enferm Dig. 1994;86(3):683-5.
9. Plorde J, Rarker E. Transverse colon volvulus and associated Chilaiditi's syndrome: case report and literature review. Am J Gastroenterol. 1996;91(12):2613-6.
10. Flores N, Ingar C, Sánchez J, Fernández J, Lazarte C, Málaga J, et al. Síndrome de Chilaiditi complicado con Vólvulo de Colon transverso. Rev gastroenterol Perú. 2005;25(3). 279-84
11. Halabi W, Jafari M, Kang C, Nguyen V, Carmichael J, Mills S, et al. Colonic Volvulus in the United States: Trends, Outcomes, and Predictors of Mortality. Annals of Surgery. 2014;259(2):293-301.
12. Ciraldo A, Thomas D, Schmidt S. A Case report: transverse colon volvulus associated with Chilaiditis Syndrome. Internet Journal of Surgery. 1999; 1: 1
13. Scott C, Trotta B, Dubose J, Ledesma E, Friel C. A cruel twist: post-operative cecal volvulus. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2008; 14(2): 158-62.
14. Sparks D, Dawood M, Chase D, et al. Ischemic volvulus of the transverse colon: A case report and review of literature. Cases J 2008; 1: 174.
15. Caselli G, Besa C, Migueles R, Bellolio F, Molina M. Vólvulo del colon transverso. Acta Gastroenterol Latinoam. 2013;43(4): 301-3.

### Fuentes de financiamiento:

Este artículo ha sido financiado por los autores.

### Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

### Correspondencia:

Javier Bernardo Chambi-Torres

Dirección: Avenida Universitaria #1769. Cercado de Lima. Lima, Perú.

Teléfono: 564-7954


Correo electrónico: javierbct@hotmail.com

Recibido: 14 de noviembre de 2016

Evaluado: 16 de noviembre de 2016

Aprobado: 04 de abril de 2017

© La revista. Publicado por Universidad de San Martín de Porres, Perú.

 Licencia de Creative Commons Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)