

Oclusión intestinal secundaria a vólvulo de colon transverso

M. C. Casamayor Franco, J. A. Gracia Solanas, C. Artigas Marco, M. A. Bielsa Rodrigo y M. Martínez Díez

Servicio de Cirugía General y Digestiva "B". Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

La volvulación del colon transverso es una entidad poco frecuente (1-5%) (1,2) debido a su mesenterio corto y la normal fijación de los ángulos hepático y esplénico (1). Presentamos el caso de una mujer de 34 años con antecedentes de neurofibromatosis que acudió a Urgencias por presentar clínicamente un síndrome de distensión visceral secundario a oclusión intestinal de cuatro días de evolución. Las pruebas complementarias revelaron intensa leucocitosis con neutrofilia, alteración del estudio de coagulación, acidosis metabólica y gran dilatación de intestino grueso condicionada por posible vólvulo. Tras intentar la devolvulación endoscópica sin éxito se practicó laparotomía urgente en la que se apreció vólvulo de colon transverso con signos de isquemia evidentes (Figs. 1 y 2) realizando a una resección segmentaria del colon y anastomosis mecánica latero-lateral. El décimo día fue reintervenida por presentar peritonitis difusa secundaria a dehiscencia del muñón distal que obligó a la realización de colostomía proximal y cierre del cabo distal. Como predisponentes se encuentran factores anatómico-congénitos (pérdida de fijación de los ángulos o del mesenterio), fisiológicos (estreñimiento crónico que ocasiona elongación colónica o alteración en la motilidad asociada a retraso mental) y oclusión mecánica a nivel distal (vólvulo de sigma, embarazo, carcinoma o bridas postquirúrgicas) (1,3). Se ha descrito asociación con la enfermedad de Hirschprung y el síndrome de Chilaiditi (2). La forma de presentación puede ser subaguda o aguda, siendo en ocasiones los vómitos precoces por compresión del ángulo duodeno-yeyunal (1). La devolvulación endoscópica no se recomienda en los vólvulos de esta localización dado el alto índice de gangrena (16%) (3) por lo que el tratamiento debe de ser siempre quirúrgico siendo la resección intestinal la mejor opción (1-5). Esta puede ir seguida de anastomosis en un tiempo o de colostomía en colon ascendente y fístula mucosa.