



Vólvulo del ciego: Actualización de la evidencia y propuestas para el abordaje diagnóstico-terapéutico

Ulises Rodríguez-Wong,* Joab Josué Díaz-Martínez,** Gabriela Casillas-Ortega***

* Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Hospital Ángeles Health System. Maestro en Ciencias de la Salud, Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas.

** Médico Residente de Cirugía General. Hospital Ángeles Health System. Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle.

*** Médico Interno de Pregrado. Hospital Ángeles Health System. Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle.

Cecal volvulus: Update on the evidence and proposals for the diagnostic-therapeutic approach

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2025 / p. 115-118

RESUMEN

Introducción. El vólvulo del ciego es una causa rara de obstrucción intestinal ($\approx 1 - 3\%$ de las obstrucciones y hasta 40% de los vólvulos colónicos), con mortalidad elevada cuando se asocia a isquemia o perforación.

Objetivo. Revisar la epidemiología, clínica, diagnóstico y manejo quirúrgico del vólvulo del ciego, al integrar evidencia y ofrecer herramientas prácticas (tablas, figuras y algoritmo).

Métodos. Revisión narrativa en PubMed, SciELO y Google Scholar (1990 - 2025).

Resultados. Los estudios recientes reportan una incidencia de 2.8 - 7.1 casos por millón/año. El retraso diagnóstico sigue siendo el factor más importante para necrosis. La TC con signo de “remolino” continúa siendo el estándar diagnóstico. La hemicolectomía derecha presenta menor recurrencia que las técnicas conservadoras. La laparoscopia es segura en casos seleccionados.

Conclusiones. El diagnóstico temprano y la resección quirúrgica adecuada reducen la mortalidad y la recurrencia.

Palabras clave. Vólvulo del colon, vólvulo del ciego, oclusión intestinal, abdomen agudo.

ABSTRACT

Introduction. Cecal volvulus is a rare cause of intestinal obstruction (approximately 1 - 3% of obstructions and up to 40% of colonic volvulus), with high mortality when associated with ischemia or perforation.

Objective. To review the epidemiology, clinical presentation, diagnosis, and surgical management of cecal volvulus, integrating evidence and offering practical tools (tables, figures, and algorithm).

Methods. Narrative review in PubMed, SciELO, and Google Scholar (1990–2025).

Results. Recent studies report an incidence of 2.8 - 7.1 cases per million/year. Diagnostic delay remains the most important factor for necrosis. CT with a whirl-pool sign continues to be the diagnostic standard. Right hemicolectomy has a lower recurrence rate than conservative techniques. Laparoscopy is safe in selected cases.

Conclusions. Early diagnosis and appropriate surgical resection reduce mortality and recurrence.

Key words. Colonic volvulus, cecal volvulus, intestinal obstruction, acute abdomen.

Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong

Tepic Núm. 113, Int. 611. Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, México

Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx

INTRODUCCIÓN

El vólvulo del ciego (VC) es una causa rara de obstrucción intestinal ($\approx 1 - 3\%$ de las obstrucciones y hasta 40% de los vólvulos colónicos)¹⁻³ el VC es una torsión axial o basculación del ciego, íleon terminal y colon ascendente alrededor de su pedículo mesentérico, generando una obstrucción en asa cerrada con riesgo de isquemia, necrosis y perforación.⁴ Aunque es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, su diagnóstico temprano es fundamental, ya que la mortalidad aumenta significativamente cuando existe necrosis o perforación.¹

La incidencia estimada es de 2.8 - 7.1 por millón por año,⁵ comúnmente entre la tercera y quinta décadas, predominando en mujeres. Sin embargo, series recientes muestran aumento en adultos mayores con comorbilidades.^{6,7}

El desarrollo intestinal durante la embriogénesis es un proceso complejo y secuencial; durante las etapas finales el ciego gira en sentido contrario de las manecillas del reloj hacia la derecha desde el lado izquierdo del abdomen para su posición final en el abdomen inferior derecho. Con el proceso de rotación final ocurre simultáneamente la fijación del mesenterio del colon derecho al retroperitoneo. La rotación intestinal incompleta por lo general ocasiona una fijación inadecuada del colon derecho lo que predispone a la aparición de vólvulo cecal. Otros factores de predisposición son el íleo adinámico, estreñimiento crónico, desplazamiento de ciego, hiperperistaltismo y distensión de colon.

Epidemiología y factores de riesgo

El vólvulo del ciego representa 1-3% de las obstrucciones intestinales y 25-40% de los vólvulos colónicos.^{2,3} Entre

los factores predisponentes (*Cuadro 1*) destacan: ciego móvil por falta de fijación peritoneal,⁸ cirugía abdominal previa,⁹ embarazo,¹⁰ estreñimiento crónico,¹ y trastornos neurológicos o uso de fármacos que hacen más lento el tránsito intestinal.¹¹ Desde el punto de vista fisiopatológico, se reconocen tres tipos de vólvulo del ciego: Tipo I: torsión axial, Tipo II: torsión en asa del ciego e íleon terminal. Tipo III: basculación anterior sin torsión axial verdadera. La pérdida del flujo mesentérico progresa a isquemia, necrosis y perforación si no se interviene.

DIAGNÓSTICO

En cuanto a las manifestaciones clínicas el cuadro suele ser inespecífico: dolor abdominal agudo o subagudo, distensión progresiva, vómito y ausencia de evacuaciones.^{3,4} Desde el punto de vista de la exploración física, se presenta un cuadro de abdomen agudo de tipo obstructivo con signos de irritación peritoneal, ruidos peristálticos de lucha al inicio del cuadro y silencio abdominal en las etapas más avanzadas; se presenta, además, distensión abdominal con timpanismo. Puede aparecer fiebre y en los casos más graves datos de sepsis.

La presencia de fiebre, peritonitis, acidosis o elevación del lactato sugiere necrosis intestinal.^{6,12} Series recientes reportan mortalidad de 30 - 40% cuando existe isquemia.^{6,7}

Por lo que respecta al diagnóstico por imagen (*Cuadro 2*) la radiografía simple (Rx) de pie y en decúbito puede mostrar un ciego muy dilatado (> 12 cm), desplazado hacia el epigastrio o hipocondrio izquierdo, y un nivel hidroaéreo, la sensibilidad de este estudio es baja.⁴

La tomografía computarizada (TC) es considerada el estándar diagnóstico actual (*Figura 1*). Los hallazgos típicos son:^{4,13} Signo de “remolino” (*whirl sign*) por torsión mesen-

Cuadro 1. Factores de riesgo del vólvulo del ciego.

Grupo de factor	Ejemplos	Comentario
Congénitos	Ciego móvil, malrotación ⁸	Predisponen a torsión repetida
Quirúrgicos	Laparotomía previa, cirugía laparoscópica ⁹	Alteración de la movilidad del ciego
Fisiológicos	Embarazo, puerperio ¹⁰	Desplazamiento del ciego
Funcionales	Estreñimiento crónico ¹	Distensión crónica del colon
Sistémicos	Enfermedades neurológicas, institucionalización ¹¹	Diagnóstico tardío

Cuadro 2. Hallazgos de imagen en el vólvulo del ciego.

Modalidad	Hallazgos	Utilidad
Rx	Dilatación marcada y desplazamiento cecal	Orienta, pero poca sensibilidad
TC	“Whirl sign”, transición brusca, signos de isquemia	Estudio de elección
US/RM	Útiles en embarazo	Menos accesibles en urgencias

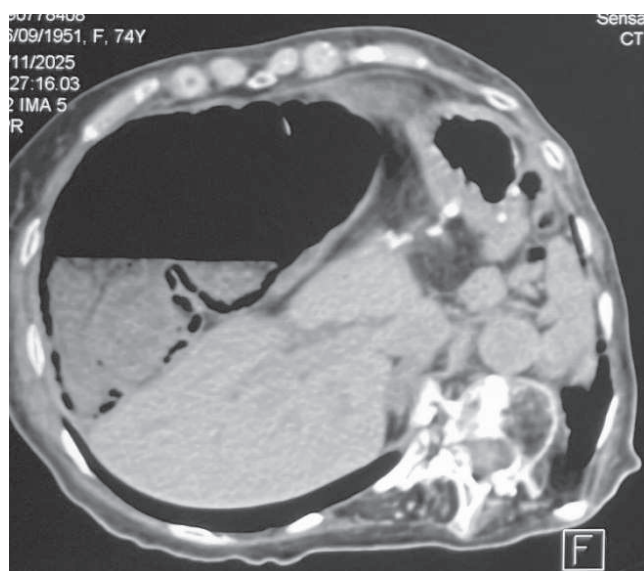


Figura 1. Tomografía computada de abdomen con imagen de la distensión del ciego por vólvulo.

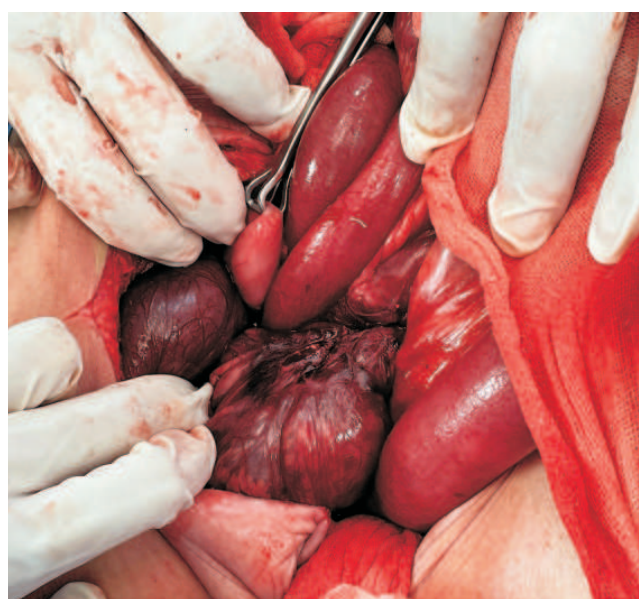


Figura 2. Vólvulo del ciego con necrosis de la pared intestinal.

Cuadro 3. Opciones quirúrgicas para vólvulo del ciego.

Procedimiento	Indicaciones	Ventajas	Desventajas
Hemicolectomía + anastomosis	Colon viable, paciente estable ^{6,7,12}	Baja recurrencia	Mayor agresión
Hemicolectomía + ostomía	Necrosis, inestabilidad ^{3,6}	Control séptico rápido	Segunda cirugía
Cecopexia	Colon viable ¹⁴	Menor agresión	Riesgo de recurrencia
Cecostomía	Alto riesgo ¹⁵	Procedimiento rápido	Complicaciones locales
Laparoscopia	Casos seleccionados ¹⁶	Recuperación rápida	Limitada por distensión

Cuadro 4. Tratamiento del vólvulo del ciego (Algoritmo propuesto).

- 1) Sospecha clínica → dolor + distensión + obstrucción
- 2) Laboratorio → lactato, electrolitos, BH
- 3) Imagen → TC preferentemente
- 4) Evaluación de viabilidad:
 - Colon viable → detorsión + hemicolectomía o cecopexia.
 - Colon no viable → hemicolectomía urgente
- 5) Postoperatorio → vigilancia estrecha, manejo de sepsis si se presenta.

térica, ciego dilatado y desplazado, transición abrupta, y engrosamiento parietal o neumatosi (isquemia).

La colonoscopia es un buen procedimiento en el vólvulo sigmoideo; pero en el caso del vólvulo del ciego la descompresión endoscópica tiene bajo éxito y alto riesgo de perforación, por lo que no se recomienda como manejo inicial.³

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico es fundamentalmente (*Cuadro 3*). Las opciones incluyen resección, cecopexia y procedimientos mínimamente invasivos. La hemicolectomía derecha es el tratamiento preferido en presencia de necrosis (*Figura 2*), perforación o colon no viable.^{3,6,12} En pacientes estables se puede realizar anastomosis primaria; en inestables, derivación o Hartmann modificada. Estudios recientes reportan mortalidad < 10% cuando la resección es oportuna.^{6,7,12} La cecopexia es una técnica conservadora indicada cuando el colon es viable. Presenta menor agresión quirúrgica, pero riesgo de recurrencia.¹⁴ La cecostomía es un procedimiento que actualmente se reserva para pacientes de muy alto riesgo quirúrgico; asociada a infección y recurrencia.¹⁵ El abordaje laparoscópico puede emplearse para detorsión, resección o cecopexia en casos seleccionados sin distensión masiva ni

peritonitis difusa.^{16,17} Se propone un algoritmo de manejo para los pacientes que presentan vólvulo del ciego (*Cuadro 4*).

CONCLUSIONES

El vólvulo del ciego continúa siendo una urgencia quirúrgica poco frecuente pero potencialmente mortal. La tomografía computada de abdomen es el estudio diagnóstico de mayor sensibilidad y especificidad. La resección temprana es el tratamiento de mayor éxito y con menor recurrencia. La cirugía por laparoscopia es una alternativa viable en pacientes seleccionados y en centros con experiencia.

El reconocimiento temprano y el algoritmo adecuado reducen significativamente la mortalidad.

REFERENCIAS

1. Ballantyne GH. Volvulus of the colon: incidence and mortality. *Ann Surg* 1985; 202(1): 83-92.
2. Rabinovici R, Simansky DA, Kaplan O, Mavor E, Manny J. Cecal volvulus. *Dis Colon Rectum* 1990; 33(9): 765-9.
3. Consorti ET, Liu TH. Diagnosis and treatment of caecal volvulus. *Postgrad Med J* 2005; 81: 772-6.
4. Peterson CM, Anderson JS, Hara AK, Carenza JW, Menias CO. Volvulus of the gastrointestinal tract: CT and radiographic findings. *Radiographics* 2009; 29: 1281-93.
5. Gamblin TC, Stephens Jr. RE, Johnson RK, Rothwell M. Adult malrotation: A case report and review of the literature. *Current Surg* 2003; 60(5): 517-20.
6. Pangen A, Chowdhury A, Rai S, Colledge JY, Shrestha AK. Caecal volvulus: experience and literature review. *Surgeries* 2022; 3:78-91.
7. Jacquemin Q, Coulier B, Rubay B. Acute volvulus of the cecum. *J Belgian Soc Radiol* 2020; 104(1): 40.
8. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg* 2016; 153(3): 183-93.
9. Consorti ET, Liu TH. Diagnosis and treatment of caecal volvulus. *Postgrad Med J* 2005; 81(962): 772-6.
10. Gil-Hernández G, Pérez-Escobedo SU, Rodríguez-Wong U, et al. Oclusión intestinal secundaria a vólvulo de ciego. *Rev Hosp Jua Mex* 2012; 79(1): 55-7.
11. Bogale NT, Beyene SA, Desta DZ, et al. Cecal volvulus in pregnancy. *Open Access Surg* 2023; 16: 87-93.
12. Takahashi M, Ando Y, Kochi S, et al. Three surgical cases of cecal volvulus. *Cureus* 2024; 16(10): e72794.
13. Rosenblat JM, Rozenblit AM, Wolf EL, DuBrow RA, Den WI, Levsky JM. Findings of cecal volvulus at CT. *Radiology* 2010; 256(1): 169-75.
14. Camacho-Aguilera JF, Calderón-Vieyra A. Vólvulo cecal: un caso y revisión. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2022; 60: 591-8.
15. Ting YY, Farfus A, Trochsler M. Caecal volvulus in an incisional hernia. *J Surg Case Rep* 2020; 10(10): 1-3.
16. Baldarelli M, De Sanctis A, Sarnari J, Nisi M, Rimini M, Guerrieri M. Laparoscopic cecopexy for cecal volvulus after laparoscopy. Case report and a review of the literature. *Minerva Chir* 2007; 62(3): 201-4.
17. Márquez-Ustáriz A, et al. Vólvulo colónico y enfermedades sistémicas. *Rev Colomb Gastroenterol* 2022; 37: 518-25.