



## Vólvulo del colon transverso como forma inusual de oclusión intestinal mecánica baja

### Transverse volvulus as an unusual form of low mechanical intestinal obstruction

Royland Bejerano-Durán<sup>1\*</sup> , Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Hospital Docente Clínico Quirúrgico "10 de Octubre". La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [roylandbejerano@gmail.com](mailto:roylandbejerano@gmail.com)

#### Cómo citar este artículo

Bejerano-Durán R, Lobaina-Rodríguez JR: Vólvulo del colon transverso como forma inusual de oclusión intestinal mecánica baja. Rev haban cienc méd [Internet]. 2025 [citado ]; 24. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5965>

Recibido: 01 de febrero de 2025

Aprobado: 03 de julio de 2025

#### RESUMEN

**Introducción:** Los vólvulos del colon pueden ocurrir en los sigmoides (más frecuentes por ser la porción con mayor movilidad del intestino grueso), ciego y colon transverso (menos frecuente); sin embargo, puede presentarse de forma inusual, enmascarando el cuadro clínico y convirtiéndolo en un verdadero reto diagnóstico para el cirujano de asistencia.

**Objetivo:** Añadir argumentos de diagnóstico clínico de una forma inusual de presentación de vólvulo de colon.

**Presentación de caso clínico:** Paciente que ingresa a urgencias con dolor abdominal, náuseas, vómitos, signos de shock, abdomen en tabla, distensión abdominal y detección del tránsito intestinal; fue intervenido quirúrgicamente de urgencia y finalmente diagnosticado como vólvulo del colon transverso.

**Conclusiones:** El vólvulo del colon transverso constituye un verdadero reto diagnóstico para el cirujano general, debido a su forma de presentación inusual y por ser una causa rara de obstrucción intestinal mecánica baja, siendo la necrosis del asa la complicación más temida.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Colonic volvulus can occur in the sigmoid (most common due to being the portion with the greatest mobility of the large intestine), cecum, and transverse colon (less common); however, it can present in an unusual manner, masking the clinical picture and turning it into a true diagnostic challenge for the assisting surgeon.

**Objective:** To add arguments for clinical diagnosis of an unusual presentation of colonic volvulus.

**Clinical case:** Patient who was admitted to the emergency room with abdominal pain, nausea, vomiting, signs of shock, acute abdomen, abdominal distension and detection of intestinal transit; he was operated on urgently and finally diagnosed with volvulus of the transverse colon.

**Conclusions:** Transverse colon volvulus is a real diagnostic challenge for the general surgeon due to its unusual presentation and because it is a rare cause of low mechanical intestinal obstruction, with loop necrosis being the most feared complication.

#### Palabras Claves:

Cirugía general, laparotomía, obstrucción intestinal, vólvulo intestinal.

#### Keywords:

General surgery, laparotomy, bowel obstruction, intestinal volvulus.



## INTRODUCCIÓN

Se conoce como vólvulo del colon a una mal rotación de un segmento del mismo sobre su propio eje axial de mesenterio, que generalmente ocurre en un segmento de intestino lleno de aire, lo cual produce una oclusión intestinal mecánica por compresión extrínseca, se comprometen la vascularización y el tránsito intestinal; lo cual se debe a un alargamiento del colon (dilomegacolon) y anomalías del peristaltismo, que propician la torsión del intestino.<sup>(1,2,3,4)</sup> Los vólvulos no solo ocurren en el colon, sino también en los órganos que tengan un pedículo de fijación como intestino delgado, estómago y vesícula biliar.<sup>(2,4)</sup>

Los vólvulos del colon son una causa frecuente de laparotomía en el Servicio de Cirugía General de Urgencias y además una de las principales causas de ingresos en las unidades quirúrgicas en pacientes de la tercera edad en el mundo occidental. La causa más frecuente de vólvulo del colon es el vólvulo del sigmoides (sigma volvère), el cual representa de 50-75 % de las oclusiones intestinales bajas en todo el mundo. Existen diferencias entre la incidencia de vólvulos en el mundo, por ejemplo, en los Estados Unidos representa el 10 % de las oclusiones intestinales, mientras que en países como Irán y Rusia alcanza el 55 %, en el área de los Andes, Perú, alcanza 50 %, a lo cual se conoce como el "cinturón del vólvulo". Se presenta con mayor incidencia en el sexo masculino para un 75 % en pacientes de edades avanzadas, mayores de 60 años. Tiene una mortalidad de 3,84 % y como procedimiento de urgencias se eleva a 40 % y 16 % de los casos de vólvulos de colon presentan isquemia o necrosis. El tratamiento debe ser enérgico y radical, ya que se ha reportado 33 % de mortalidad postquirúrgica. Luego del tratamiento presentan una recurrencia de 66 %.<sup>(1,2,3,5)</sup>

Desde la Antigüedad, se describe el vólvulo del intestino, hace aproximadamente 1500 años a.C., en el papiro de Ebers en el antiguo Egipto, el cual es el documento médico más longevo preservado, se relata que si no se evacua el contenido intestinal de la torsión, este terminará pudriéndose dentro del abdomen, lo cual puede dar al traste con la vida del enfermo y producir complicaciones sistémicas y hemodinámicas fatales. En 1836 la enfermedad fue descrita por von Rokitansky.<sup>(1,2)</sup>

Los vólvulos del colon pueden ocurrir en el sigmoides (más frecuente por ser la porción con mayor movilidad del intestino grueso), ciego y colon transverso (menos frecuente); sin embargo, puede presentarse de forma inusual, enmascarando el cuadro clínico y convirtiéndolo en un verdadero reto diagnóstico para el cirujano de asistencia,<sup>(3,4,5)</sup> por esta razón se decidió realizar una presentación de caso con el objetivo de añadir argumentos de diagnóstico clínico de una forma inusual de presentación de vólvulo de colon.

## CASO CLÍNICO

Se trató de un paciente masculino de 33 años de edad, de tez blanca, con antecedentes de retraso mental severo y epilepsia, procedente de un Hospital de Impedidos Físicos y Mentales, acude a urgencias con su asistente refiriendo que desde la noche del día anterior lo nota inquieto y llevándose las manos al abdomen. Rechazaba los alimentos, con aliento fétido y vómitos fétidos de tipo líquido de retención en número de 5. El familiar que también lo acompañaba refiere que no orinaba en 24 horas, que se mantiene afebril y que su estado de ánimo ha decaído.

Al examen físico se constata paciente en posición de semiflexión y fascie hipocrática, mucosas secas y normocoloreadas, piel fría y diaforética. Al aparato respiratorio el murmullo vesicular se encontraba globalmente disminuido con crepitantes bibasales y frecuencia respiratoria en 35 respiraciones por minuto. Frecuencia cardíaca en 115 pulsaciones por minuto y tensión arterial en 70/50 mmHg. Abdomen en tabla (contractura generalizada), plano, no sigue los movimientos respiratorios, ruidos hidroaéreos ausentes, hipertimpanismo a la percusión y borramiento de la matidez hepática (signo de Joubert). Al tacto rectal se constató ampolla rectal vacía y no presencia de tumoración.

Se decidió su ingreso para tratamiento quirúrgico urgente con impresión diagnóstica de úlcera péptica gastroduodenal perforada y se indicaron complementarios: exámenes de laboratorio (tabla 1) y radiografías abdominal simple y toracoabdominal. (Figura 1).

Tabla 1. Exámenes de laboratorio		
Complementario	Resultado	Valores de referencia del laboratorio
Hematocrito	42 %	40 - 50 %
Hemoglobina	13 g/dL	13,8 - 17,2 g/dL
Grupo y factor A+		
Leucocitos	19,4 x 10 <sup>9</sup> L	4,5 - 11,0 x 10 <sup>9</sup> L
Polimorfonucleares	78 %	40 - 75 %
Trombocitos	235 x 10 <sup>9</sup> L	150 - 400 x 10 <sup>9</sup> L
Eritrosedimentación	28 mm/h	< 20 mm/h
Glicemia	3,3 mmol/L	4,2 - 6,9 mmol/L
Ionograma		
Na+: 130 mEq/L Ca <sup>2+</sup> : 9,9 mEq/L K+: 3,0 mEq/L Cl-: 99 mEq/L		Na+: 135 - 145 mEq/L Ca <sup>2+</sup> : 8,7 - 10,2 mEq/L K+: 3,5 - 5,0 mEq/L Cl- : 102 - 109 mEq/L
Gasometría arterial		
pH:	7,31	7,35 - 7,45
PaCO <sub>2</sub> :	29 mmHg	35 - 45 mmHg
PaO <sub>2</sub> :	85 mmHg	80 - 100 mmHg
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :	19 mEq/L	22 - 26 mEq/L
Temperatura:	36°C	36,5 - 37,5°C
Saturación de O <sub>2</sub> :	95 %	94 - 100 %

Fuente: Historia clínica

Se recibieron radiografías (Figura 1) en las cuales se detectó una elevación de ambas hemidiafragmas, cámara gástrica distendida con gran nivel hidroaéreo en su interior, gran distensión de asas gruesas con niveles hidroaéreos dispuestos hacia la periferia del abdomen y hacia el cuadrante superior izquierdo del abdomen. Edema interstias.

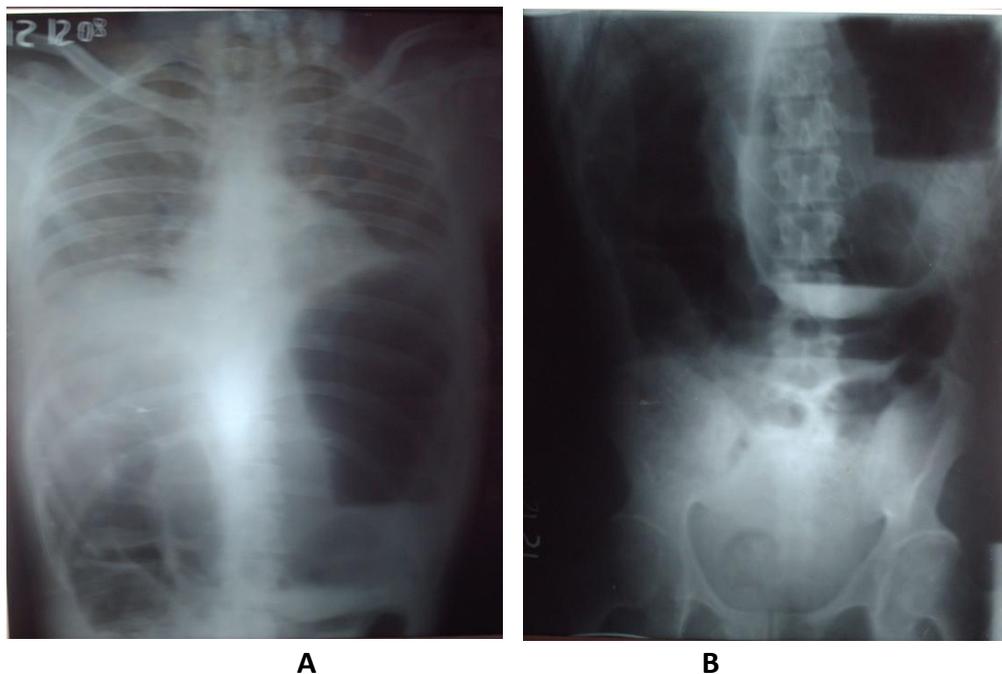
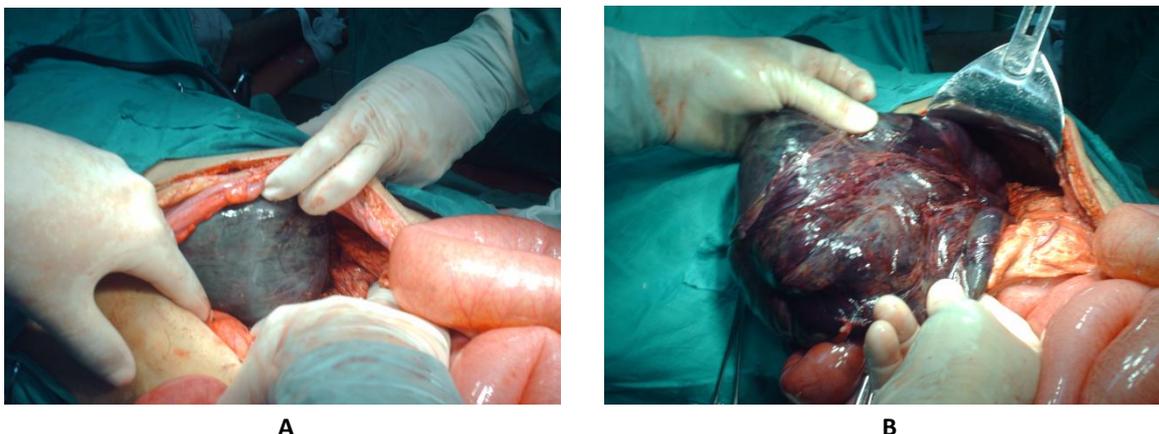


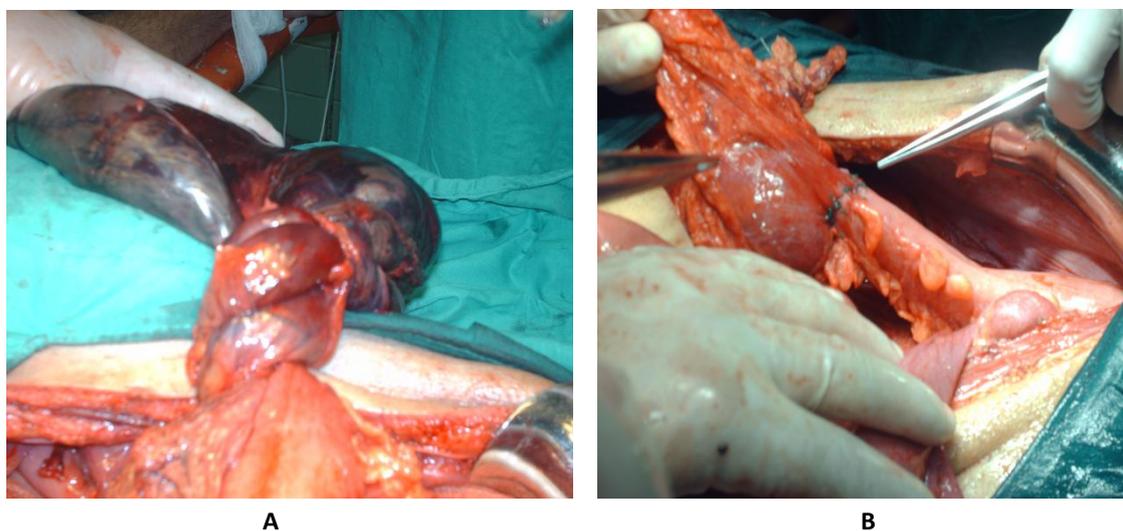
Figura.1- Radiografía simple tóraco-abdominal (A) y abdominal (B)

Debido al estado hemodinámico precario que presentó el paciente se realizó reposición de volumen de forma intensiva, con protección renal, monitoreo de signos vitales y antibioticoterapia con antibióticos de amplio espectro. Durante la intervención quirúrgica el paciente tuvo una broncoaspiración de contenido intestinal, situación la cual fue abordada enérgicamente por el anestesiólogo en cuestión; se realizó laparotomía paramedia supra e infraumbilical derecha, al ingresar a la cavidad abdominal se percibió un fuerte olor cetónico y la emergencia de un líquido de color rojo vinoso (aproximadamente 750 ml), se observa dilatación moderada de asas intestinales, se localiza un asa dilatada de color verde oscuro (Figura 2A) que impresionaba un vólvulo gástrico, ante la dificultad para exteriorizar el mismo y el peligro inminente de rotura se procedió a realizar punción evacuadora, produciéndose la descompresión total del mismo. (Figura 2B) y se comprobó finalmente que se trataba de un vólvulo de colon transverso necrosado junto al epiplón mayor observando claramente la torsión de su pedículo. (Figura 3A).



**Figura 2- Intervención quirúrgica. A: Visualización del asa necrosada. B: Punción descompresiva**

Se liberó ángulo esplénico y hepático del colon para una mejor exposición del colon transverso, procediendo de inmediato a la resección del mismo y anastomosis primaria en dos planos con cierre de la brecha mesocólica. (Figura 3B). Se complementó la operación con la revisión exhaustiva de la hemostasia, realización de un amplio lavado de la cavidad peritoneal y cierre por planos de la pared abdominal con refuerzo de puntos subtotales internos.



**Figura 3- Intervención quirúrgica. A: Torsión del pedículo del colon transverso. B: Anastomosis tras la resección del segmento necrosado**

El paciente cursó el postoperatorio en buenas condiciones, sin complicación alguna, a las 72 horas se le retiró la sonda nasogástrica y se comenzó la alimentación oral. Fue dado de alta a los 7 días de operado y se mantuvo en seguimiento por consulta externa de cirugía general.

## DISCUSIÓN

Según la frecuencia de aparición del vólvulo de colon, se ha estimado que el vólvulo del sigmoide es el más frecuente con 60-75 % de los casos, el vólvulo del ciego de 25-40 %, el vólvulo del colon transverso de 1-4 % y el vólvulo del ángulo esplénico con un 1 %, siendo estos últimos los más infrecuentes. Existen una serie de factores de riesgo importantes para que se produzca una volvulación, tales como: dilomegacolon, meso redundante, constipación crónica, predisposición anatómica, antecedentes de laparotomía, alteraciones del peristaltismo, embarazo, tumores benignos o malignos del colon, distensión por gases, diverticulitis, enfermedades neurológicas o psiquiátricas, encamamiento prolongado, dieta alta en fibras y uso frecuente de laxantes.<sup>(6,7,8,9)</sup>

El vólvulo del colon transverso fue descrito por primera vez en 1932 por Kallio.<sup>(10)</sup> Fue reportada una incidencia del 2,6 % en un estudio realizado por Anderson en 1981, a una serie de 66 pacientes y en 1994 se reportó un total de 72 casos en la literatura.<sup>(11)</sup>

El diagnóstico de vólvulo se realiza como obstrucción intestinal mecánica y es un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal intenso, intermitente, sensación de pesantez abdominal, náuseas, vómitos, detención del tránsito intestinal, pulso rápido. El médico especialista se apoya en el uso de medios imagenológicos como la radiografía de abdomen simple, la cual presenta un índice de precisión diagnóstico de 88 %, con un signo imagenológico clásico conocido como "signo del grano de café". La tomografía axial computarizada también es un medio diagnóstico efectivo con 90 % de efectividad.<sup>(2,3,4,5,12,13)</sup>

Se recomienda el abordaje quirúrgico de estos casos por vía abdominal abierta, es decir, por laparotomía exploratoria, ya que por manejo endoscópico existe una alta probabilidad de provocar una perforación de un asa intestinal dilatada, lo cual podría retrasar la operación, lo cual podría provocar a su vez otras complicaciones, como son: peritonitis, abscesos intraabdominales, infección de la herida quirúrgica, entre otras.<sup>(6)</sup>

Yoshida, *et al.*,<sup>(7)</sup> en su presentación de caso sobre un vólvulo del colon transverso expone que fue producido por una fibromatosis mesentérica, al cual le realizaron como procedimiento quirúrgico una hemicolectomía derecha laparoscópica con linfadenectomía, lo cual difiere del caso presentado, ya que se realizó resección y anastomosis termino-terminal por vía abdominal abierta; sin embargo nuestro paciente no presentó neoplasia alguna como causa de volvulación.

## CONCLUSIONES

El vólvulo del colon transverso constituye un verdadero reto diagnóstico para el cirujano general, debido a su forma de presentación inusual y por ser una causa rara de obstrucción intestinal mecánica baja, siendo la necrosis del asa la complicación más temida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz DA, Cardona-Méndez D, Hoyos-Méndez Y. Vólvulo del sigmoide: revisión narrativa. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca [Internet]. 2020 [Citado 04/04/2024];22(1):36-44. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/346483368\\_Volvulo\\_del\\_sigmoide\\_revision\\_narrativa](https://www.researchgate.net/publication/346483368_Volvulo_del_sigmoide_revision_narrativa)
2. Soler-Vaillant R, Mederos-Curbelo ON. Afecciones quirúrgicas frecuentes. En su: Cirugía [Internet]. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018. [Citado 04/04/2024]. Disponible en: [www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-ii-afecciones-quirurgicas-frecuentes/](http://www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-ii-afecciones-quirurgicas-frecuentes/)
3. Bejerano-Durán R, Lobaina-Rodríguez JR. Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2024 [Citado 15/10/2024];53(4). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/60016>
4. Bejerano-Durán R, Hidalgo-Espinosa C. Vólvulo de intestino delgado como forma de presentación inusual de obstrucción intestinal. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2024 [Citado 24/04/2024];53(1):1-8. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/17865>
5. Horta-Martínez L, Bejerano-Durán R, Sorá-Rodríguez M, González-Yero M. Caracterización de pacientes operados por obstrucción intestinal mecánica. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2023 [Citado 25/02/2024]; 52(4). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/10138>
6. Brito-Sosa G, Iraizoz-Barrios AM. Vólvulo de ciego con lesión de colon ascendente: reporte de un caso y alternativas de tratamiento. Acta Gastroenterológica Latinoamericana [Internet]. 2021;51(3):353-60. Disponible en: <https://doi.org/10.52787/suyi2286>
7. Yoshida A, Uchima Y, Hosaka N, Minaga K, Kudo M. Transverse colonic volvulus due to mesenteric fibromatosis: a case report. BMC Gastroenterol [Internet]. 2021;21(1):11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12876-020-01592-6>
8. García-Granados AR, Castañeda-Martínez LE. Synchronous volvulus of the cecum and sigmoid colon: a rare cause of intestinal obstruction. Cir Cir [Internet]. 2021 [Citado 19/03/2023];89(92):6138. Disponible en: [https://www.cirugiaycirujanos.com/frame\\_esp.php?id=596](https://www.cirugiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=596)
9. Atamanalp SS. Sigmoid volvulus: An update for Atamanalp classification. Pakistan Journal of Medical Sciences [Internet]. 2020;36(5):1137-9. Disponible en: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.2320>

10. Kallio K. Ubre volvulus coli transversi. Acta Chir Scand. 1932;70:39-58.
11. Anderson JR, Lee D, Taylor T. Volvulus of the transverse colon. Br J Surg. 1981;68:179-81
12. Bejerano-Durán R, Rodríguez-Ugando A. Intususcepción por complicación de gastrostomía. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2023 [Citado 25/02/2024];52(4). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2955>
13. Idrobo AA, Bastidas BE, Yasno LM, Vargas AL, Merchán-Galvis AM. Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2020;35(4):447-54. Disponible en: <https://doi.org/10.22516/25007440.517>

**Financiamiento:**

No se recibió financiamiento externo para el desarrollo de esta investigación.

**Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existió conflicto de intereses.

**Contribución de autoría**

Royland Bejerano-Durán: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica.

Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez: Revisión crítica del manuscrito, Aporte de pacientes o material de estudio.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.