

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, marzo, 2025, Volumen VI

Mesenteritis retráctil como causa de vólvulo de ciego

Retractile mesenteritis as a cause of cecal volvulus

Ivans Percy Villavicencio Oquendo

ivanspercy@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5441-2188>
Hospital Antonio Lorena
Cusco – Perú

José Daniel Arce Castelo

rancell5@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-9832-4808>
Hospital Antonio Lorena
Cusco – Perú

Rony Alain Monge Pérez

ronymongeperez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-9607-4011>
Hospital Antonio Lorena
Cusco – Perú

Edwar Cáceres Peñalva

edwarcp@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-5776-4496>
Hospital Antonio Lorena
Cusco – Perú

Erick Giovanni Villavicencio Oquendo

ivanspercy@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3878-4405>
Universidad Nacional de San Antonio Abad
del Cusco
Cusco – Perú

Enrique Baca Lloclla

saludkike@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-7441-5148>
Hospital Antonio Lorena
Cusco – Perú

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3682>

Artículo recibido: 12 de marzo de 2025.

Aceptado para publicación: 26 de marzo de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3682>

Mesenteritis retráctil como causa de vólvulo de ciego

Retractile mesenteritis as a cause of cecal volvulus

Ivans Percy Villavicencio Oquendo¹

ivanspercy@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5441-2188>
Hospital Antonio Lorena
Cusco – Perú

Rony Alain Monge Pérez

ronymongeperez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-9607-4011>
Hospital Antonio Lorena
Cusco – Perú

Erick Giovanni Villavicencio Oquendo

ivanspercy@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3878-4405>
Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
Cusco – Perú

Enrique Baca Lloclla

saludkike@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-7441-5148>
Hospital Antonio Lorena
Cusco – Perú

José Daniel Arce Castelo

rancel15@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-9832-4808>
Hospital Antonio Lorena
Cusco – Perú

Edwar Cáceres Peñalva

edwarcp@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-5776-4496>
Hospital Antonio Lorena
Cusco – Perú

Artículo recibido: 12 de marzo de 2025. Aceptado para publicación: 25 de marzo de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El vólvulo de ciego carece de pruebas diagnósticas concretas, lo que puede provocar un diagnóstico tardío que pueda derivar en la aparición de complicaciones. La tomografía computarizada es útil, y si no se dispone de esta prueba, la radiografía simple de abdomen es suficiente para detectar el cuadro oclusivo intestinal, evidenciando que la cirugía es el tratamiento más adecuado. La mesenteritis retráctil es considerada una enfermedad benigna debida a inflamación crónica del tejido adiposo del mesenterio que conlleva a una fibrosis progresiva, esta enfermedad puede causar en algunos casos vólvulo de ciego, la cual, aunque la incidencia es baja, debido a la retracción del mesenterio fibrosado. Presentamos el caso de una mujer de 61 años que se realizó una laparotomía de emergencia por oclusión intestinal donde en los hallazgos se encontró el ciego dilatado y volvulado debido a un

¹ Autor de correspondencia.

mesenterio fibrosado y retráctil, realizándose posteriormente una hemicolectomía derecha para una anastomosis latero lateral entre el íleon y colon transverso, paciente va con buena evolución en los días post operatorios y siendo dada de alta sin complicaciones.

Palabras clave: mesenteritis retráctil, vólvulo de ciego, obstrucción intestinal

Abstract

There are no specific diagnostic tests for cecal volvulus, which can lead to a late diagnosis that can lead to complications. Computed tomography is useful, and if this test is not available, a simple abdominal X-ray is sufficient to detect intestinal occlusion, showing that surgery is the most appropriate treatment. Retractable mesenteritis is considered a benign disease due to chronic inflammation of the adipose tissue of the mesentery that leads to progressive fibrosis. In some cases, this disease can cause cecal volvulus, which, although the incidence is low, is due to the retraction of the fibrosed mesentery. We present the case of a 61-year-old woman who underwent an emergency laparotomy due to intestinal occlusion, where the findings revealed a dilated and volvulated cecum due to a fibrosed and retractile mesentery. A right hemicolectomy was subsequently performed for a side-to-side anastomosis between the ileum and transverse colon. The patient's progress is good in the postoperative days and she was discharged without complications.

Keywords: retractile mesenteritis, cecal volvulus, intestinal obstruction

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Villavicencio Oquendo, I. P., Monge Pérez, R. A., Villavicencio Oquendo, E. G., Baca Lloclla, E., Arce Castelo, J. D., & Cáceres Peñalva, E. (2025). Mesenteritis retráctil como causa de vólvulo de ciego. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (2), 1046 – 1052. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3682>

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una paciente mujer proveniente de una comunidad alto andina de Cusco, que al ser diagnosticada con obstrucción intestinal, se indica cirugía de emergencia encontrándose vólvulo de ciego con un mesenterio fibrosado retráctil.

El examen radiológico ayuda a confirmar la obstrucción intestinal, en especial en lugares hospitalarios donde no se cuenta con tomografía computarizada.

El vólvulo de ciego es una patología poco frecuente de obstrucción intestinal, causando dolor abdominal intermitente y autolimitado hasta un dolor que se asocia a la estrangulación intestinal y sepsis, se define como una torsión del ciego alrededor de su propio mesenterio donde se ve afectado el colon ascendente y el íleon terminal que están torcidos alrededor del pedículo mesentérico, por tener una baja incidencia del 2%, datos clínicos y radiológicos inespecíficos dificultan su diagnóstico, más frecuentes en mujeres jóvenes, con incidencia mayor en África, Asia y América del Sur llegando hasta un 3 %, se reporta una incidencia anual de 2,8 a 7,1 casos por millón de habitantes por año.

La mesenteritis retráctil es una patología idiopática, benigna y rara por consecuencia de la inflamación crónica del tejido adiposo del mesenterio, su frecuencia oscila entre 0,1 % y 7,8 %, siendo más frecuente en varones y edad promedio de la sexta década de la vida, está relacionada con cirugía abdominal previa, trauma, causas inmunitarias o patologías oncológicas, en su forma de presentación varía entre dolor abdominal recurrente, obstrucción intestinal y masa abdominal.

METODOLOGÍA

En las pruebas complementarias se realizó analítica sanguínea donde el perfil renal se muestra alterado con creatinina de 1.83 mg/dl y urea de 136 mg/dl, leucocitos $6\,340 \times 10^3$ u/L, hematocrito de 54 % y albumina de 4,1 g/dl. Se realiza como examen complementario imagenológico una radiografía de abdomen de pie, debido a que no se cuenta con tomografía computarizada en el centro hospitalario, donde resalta marcada distensión del marco colónico con "signo de grano de café" sobre la línea media que presenta nivel hidroaéreo, asociado a múltiples niveles hidroaéreos superpuestos y ampolla rectal vacua.

Figura 1

Fotografía de radiografía simple de abdomen se evidencia asa intestinal distendida



Presentación del caso

Mujer de 61 años de edad proveniente de una comunidad rural cusqueña ubicada a 3 354 m.s.n.m., que es referida de un centro de salud de primer nivel e ingresa por el servicio de emergencia, paciente refiere que presenta dolor abdominal leve y difuso, vómitos luego de la ingesta de alimentos y ausencia de flatos y deposiciones durante los últimos 3 días, como único antecedente médico refiere que presentó tuberculosis pulmonar en el 2002 cumpliendo tratamiento médico y siendo dada de alta.

Al examen físico en las funciones vitales destaca la frecuencia cardiaca con 106 latidos por minuto, resto de funciones vitales no se encuentran alteradas, despierta, lúcida orientada en tiempo espacio y persona, sequedad de mucosa oral y piel poco turgente. Al examen preferencial de abdomen se evidencia distensión abdominal, ruidos hidroareos disminuidos con timbre metálico, dolor difuso a la palpación superficial y profunda, además de resistencia a la palpación y timpanismo abdominal a la percusión.

RESULTADOS

Se diagnostica abdomen agudo quirúrgico, deshidratación leve y obstrucción intestinal. Paciente ingresa al área de observación de emergencia con tratamiento antibiótico, hidratación, analgésicos y se indica cirugía de emergencia.

Se ingresa a la paciente a sala de operaciones, realizándose abordaje por incisión mediana supra – infraumbilical, disección por planos hasta cavidad donde se evidencia dilatación marcada de ciego que se encuentra volvulado con mesenteritis fibrosada y retráctil, se realiza liberación de colon ascendente hasta ángulo hepático para hemicolectomía derecha, no se encuentra compromiso vascular de asas intestinales por lo que posteriormente se realiza anastomosis íleo transversa latero lateral isoperistáltica.

La muestra obtenida fue íleon de 10 cm de longitud y 2,5 cm de diámetro, colon ascendente de 20 cm de longitud y 8 cm de diámetro, ciego de 10 cm de longitud y 10 cm de diámetro mayor y apéndice de 7 x 0,5 cm.

El reporte de anatomía patológica indica mucosa de ciego con hemorragia que se extiende a capa muscular, submucosa con extenso edema y congestión vascular, a nivel de sub serosa y serosa se encontró infiltrado inflamatorio crónico, en mesenterio de ciego se encuentra infiltrado inflamatorio crónico con depósitos de colágeno y tejido cicatricial.

En los días postoperatorios la paciente va con evolución favorable, afebril, sin vómitos, evidenciándose mejoría de la función renal y realizando deposiciones, siendo dada de alta a los 5 días luego de la cirugía, sin ninguna complicación. En el seguimiento por consultorio externo, paciente no refiere molestias hasta después de 2 meses de la intervención quirúrgica.

Figura 2

Hallazgo intraoperatorio que evidencia ciego distendido y apéndice cecal



DISCUSIÓN

La mesenteritis retráctil es una patología rara que afecta principalmente al mesenterio del intestino delgado, siendo los pacientes en su mayoría varones entre 50 y 60 años realizándose su diagnóstico por anatomía patológica evidenciándose fibrosis por sus depósitos de colágeno [4], puede ocasionar como una complicación obstrucción intestinal en un 23,8 %; Además que un 34,1 % no posee antecedente quirúrgico, también es causante de uropatía obstructiva o insuficiencia renal en un 23,8%, puede causar la muerte por causas secundarias a complicaciones relacionadas a la mesenteritis retráctil.

El vólvulo de ciego al ser una patología rara los síntomas son inespecíficos los cuales dependen de la gravedad y duración de la obstrucción, teniendo como las más frecuentes el dolor abdominal intermitente tipo cólico, vómitos, con o sin presencia de masa abdominal palpable y sintomatología asociada a necrosis intestinal. A comparación del vólvulo de sigmoides, el vólvulo de ciego se presenta más en mujeres jóvenes, con una incidencia de aumento en un 5,53 % por año, permaneciendo la incidencia del vólvulo de sigmoides estable.

La tomografía abdominal es de gran ayuda en el diagnóstico de obstrucción intestinal, con un diagnóstico de certeza de 86% para el vólvulo de ciego, el signo de grano de café con un único nivel hidroaéreo y colapso de colon izquierdo mostró una sensibilidad del 100%, el signo del remolino se perdió en un 86 %, se evidencia signos de sufrimiento parietal. La radiografía abdominal nos ayuda a determinar la presencia de un cuadro de oclusión mas no a ver el segmento específico ocluido, posee un diagnóstico de certeza de 36 % para vólvulo de ciego, se puede encontrar un asa

desproporcionadamente dilatada con un patrón de obstrucción de intestino delgado distal en un 91 %, el nivel hidroareo único en el ciego y colapso de colon distal en 82 %.

Para el tratamiento quirúrgico se realizó hemicolectomía derecha en 55,6 % de pacientes y es considerado tratamiento de elección para casos de colon viable o gangrenado, siguiéndole la cecostomía en 16,8 %, con bajas elecciones la cecopexia y devolvulación simple, sin evidenciarse complicaciones. La cecopexia posee una mortalidad de 30 % y recurrencia de 40 %, colocación de tubo de cecostomía con morbilidad de 52 %, mortalidad de 40 % y recurrencia de 33%. Se debe evitar realizar la colonoscopia por el riesgo alto de recurrencia hasta de 70 %, perforación colónica y demora en el tratamiento quirúrgico.

En pacientes estables sin compromiso intestinal la resección ileocólica posee una tasa de mortalidad entre 5 % a 18 %, y respecto a la hemicolectomía derecha posee una tasa de recurrencia cercana a cero. En los casos de resección de ciego se deja un remanente de colon ascendente el cual se debe realizar una sutura el peritoneo posterior reduciendo la recurrencia de vólvulo.

Respecto a la anastomosis antiperistáltica no existen diferencias significativas en cuanto se refiere al tiempo operatorio, estancia hospitalaria ni las complicaciones quirúrgicas, se evidenció menor tiempo para la eliminación de flatos y el tiempo de deposiciones, la anastomosis ileocólica son buenas opciones en casos de hemicolectomías derecha, demostrándose buen beneficio en los casos de sutura manual y termino terminal por demostrar tiempo de recuperación corto.


CONCLUSIONES

El diagnóstico final de la mesenteritis retráctil es mediante anatomía patológica, debido a no contar con manifestaciones específicas y causando cuadros clínicos de obstrucción intestinal. La radiografía simple de abdomen sigue siendo de utilidad en casos de ausencia de tomografías, como causa de vólvulo de ciego es de incidencia más baja, siendo confirmado este último en el momento quirúrgico.

Respecto al manejo quirúrgico es importante evaluar el estado del paciente, considerándose en casos de pacientes estables sin compromiso intestinal realizar una hemicolectomía derecha, seguida de una anastomosis íleo transversa latero lateral isoperistáltica.

REFERENCIAS

- Aguilar F, Vela A, Recalde J, Negrete R. Mesenteritis esclerosante: diagnóstico y tratamiento. *Rev Colomb Cir.* 2021; 36 (2): 338-343
- Consorti E, Liu T. Diagnosis and treatment of caecal volvulus. *Postgrad Med J.* 2005; 81 (962): 772-776.
- 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): 55-57.
- Halabi W, Jafari M, Kang C, et al. Colonic volvulus in the United States: trends, outcomes, and predictors of mortality. *Ann Surg.* 2014; 259 (2): 293-301.
- Hiltinen K, Syrjä H, Matikainen M. Colonic volvulus. Diagnosis and results of treatment in 82 patients. *Eur J Surg.* 1992; 158 (11-12): 607-611.
- Ibáñez N. (2018). Estudio prospectivo randomizado comparando anastomosis latero – lateral isoperistáltica versus antiperistáltica tras hemicolectomía derecha laparoscópica por cáncer [tesis doctoral]. Universidad de Murcia.
- Katambo-Sikakulya et al. Cecal volvulus in an adult male: a rare cause of intestinal obstruction: A case report. *Int J surg Case Rep.* 2021. 85.
- López E, Martínez M, Ripollés T, Vila R, Flors L. Cecal volvulus: Imaging features. 2010; 52 (4): 333-341
- Maneski J. Operative therapy for cecal volvulus combining resection with colopexy. *Am J Surg.* 2005; 189 (2): 211-213.
- Muñoz N. et al. Análisis de variables relacionadas con la morbimortalidad de la anastomosis ileocólica después de hemicolectomía derecha. 2018; 70 (5): 432-438.
- Revoredo-Rego F, et al. Cecal volvulus. *An. Fac. med.* 2021; 82(3): 225-228.
- Ruiz-Tovar J, Calero-García P, Morales Castiñeiras V, Martínez Molina E. Caecal volvulus: presentation of 18 cases and review of literatura. *Cir Esp.* 2008; 85 (2): 110-113.
- Sharma P, Yadav S, Needham C, Feuerstadt P. Sclerosing mesenteritis: a systematic review of 192 cases. *Clin J gastroenterol.* 2017; 10: 103-111
- Sosa G, Barrios A. Vólvulo de ciego con lesión de colon ascendente: reporte de un caso y alternativas de tratamiento. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana.* 2021; 51 (3): 353-357
- Swenson B, Kwaan M, Burkart N, et al. Colonic volvulus: presentation and management in metropolitan Minnesota, United States. *Dis Colon Rectum.* 212; 55 (4): 444-449.

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .