

PICTURES IN DIGESTIVE PATHOLOGY

Intestinal occlusion secondary to transverse colon volvulus

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

Service of General Surgery and Digestive "B". Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, Spain



Fig. 1.- Transverse colon volvulus.
Imagen de la laparotomía mostrando dilatación e isquemia del colon transverso.



Fig. 2.- Ischemia of transverse colon volvulus.
Vólvulo de colon transverso.

Transverse colon volvulus is an uncommon disease (1-5%) (1,2). It is caused by a short mesentery associated with a normal fixation at the hepatic and splenic angles (1). A 34-year-old woman previously diagnosed with neurofibromatosis visited an emergency room due to 4-day-standing abdominal distension as a result of intestinal occlusion. Laboratory tests showed leukocytosis and neutrophilia, metabolic acidosis, and abnormal coagulation. A plain abdominal Rx demonstrated a greatly dilated large bowel, and a volvulus was suspected (Fig. 1). After a failed attempt at endoscopic devolvulation, the patient underwent emergency surgery, during which a segmental colonic resection with end-to-end anastomosis was needed (Fig. 2). The patient had a second procedure for anastomotic dehiscence and diffuse peritonitis the 10th postoperative day, needing a proximal colostomy and closure of the distal stump. As predisposing factors, anatomical and congenital alterations (lax colonic angles and mesentery fixations), physiological factors (chronic constipation results in colon elongation and motility disorders, commonly associated with mental defective patients), and distal intestinal occlusion (sigma volvulus, pregnancy, carcinoma, surgical adhesions) must be considered (1,3). Associations with Chilaiditi's syndrome and Hirschsprung's disease have been described (2). Under normal circumstances, volvulus of the transverse colon has an acute or subacute clinical presentation. Sometimes vomiting appears early from duodenal-jejunal compression (1). Endoscopic devolvulation is not recommended because of a high percentage of gangrene in this type of volvulus (16%) (3). This is why surgery is the best treatment, with colonic resection plus primary anastomosis or colostomy and mucosal fistula being primarily indicated (1-5).

REFERENCES

1. Medina V, Alarcó A, Meneses M, Gil D, Márquez MA, Afonso JJ, et al. Vólvulo de colon transverso: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. *Rev Esp Enferm Dig* 1994; 86 (3): 683-5.
2. 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.

3. Echenique M, Amondaraín JA. Vólvulos de intestino grueso. Rev Esp Enferm Dig 2002; 94 (4): 201-5.
4. Khoda J, Sebbag G, Lantzberg L. Volvulus of the transverse colon. Apropos of three cases. Ann Chir 1993; 47 (5): 451-4.
5. Ortiz H, Romeo I, Miguel M. Vólvulo de colon transverso. Aportación de dos nuevos casos y revisión de la bibliografía. Cir Esp 1986; 40 (5): 1150-4.

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.