

# Obstrução Intestinal por Volvo de Ceco: Um Desafio Diagnóstico

## Intestinal Obstruction by Cecal Volvulus: A Diagnostic Challenge

Heron Kairo Saboia Sant'Anna Lima<sup>1</sup>, Enzo Stella de Carvalho<sup>2</sup>, Stephanie Souza Firmo<sup>2</sup>,  
Gianluca Brelaz Macedo<sup>3</sup>, Matheus Naufal Santelo<sup>3</sup>

### Resumo

O volvo de ceco é uma causa rara de obstrução intestinal, resultante da torção do ceco, íleo terminal e, por vezes, o cólon ascendente. Sua apresentação clínica inespecífica dificulta o diagnóstico precoce e, na ausência de intervenção adequada, pode evoluir com isquemia, necrose e perfuração intestinal. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de volvo de ceco tipo III em paciente sem comorbidades ou antecedentes clínicos relevantes, discutindo os achados clínicos, exames complementares, conduta terapêutica e evolução, à luz da literatura atual. Paciente do sexo masculino, 31 anos, sem comorbidades conhecidas, procurou atendimento médico com quadro de dor abdominal progressiva, distensão, náuseas e ausência de evacuação. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou distensão de alças intestinais, sem fator obstrutivo claramente definido, e os exames laboratoriais revelaram elevação dos níveis séricos de creatinina. Diante da falha do tratamento conservador, optou-se por laparotomia exploradora, que revelou volvo de ceco tipo III. Foi realizada hemicolecotomia direita com anastomose íleo-transversa.

O paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, com recuperação da função renal e resolução completa do quadro clínico. Embora raro, o volvo de ceco deve ser considerado entre os diagnósticos diferenciais nos casos de abdome agudo obstrutivo. O reconhecimento precoce e a intervenção cirúrgica adequada, como a hemicolecotomia direita, são fundamentais para prevenir complicações graves e reduzir o risco de recidiva.

**Palavras-chave:** Volvo Cecal; Obstrução Intestinal; Abdome Agudo; Hemicolecotomia

### Abstract

Cecal volvulus is a rare cause of intestinal obstruction, resulting from torsion of the cecum, terminal ileum, and, occasionally, the ascending colon. Its nonspecific clinical presentation makes early diagnosis challenging, and in the absence of timely intervention, it may progress to ischemia, necrosis, and intestinal perforation. This report aims to describe a case of type III cecal volvulus in a patient without comorbidities or relevant medical history, discussing the clinical findings, diagnostic workup, therapeutic management, and outcome in light of current literature. A 31-year-old male patient with no known comorbidities presented with progressive abdominal pain, distension, nausea, and absence of bowel movements. Abdominal computed tomography revealed dilated bowel loops without a clearly defined obstructive cause, and laboratory tests showed elevated serum creatinine levels. Due to failure of conservative management, an exploratory laparotomy was performed, which revealed a type III cecal volvulus. A right hemicolecotomy with ileotransverse anastomosis was carried out. The patient had a favorable postoperative course, with recovery of renal function and complete resolution of clinical symptoms. Although rare, cecal volvulus should be

1. Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, SP- Brasil

2. Departamento de Ciências Médicas Universidade Nove de Julho, São Paulo, SP - Brasil

3. Serviço de Cirurgia Geral do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, SP- Brasil

**Trabalho realizado:** Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, SP- Brasil

**Autor correspondente:** Heron Kairo Saboia Sant'Anna Lima

Rua Voluntários da Pátria, 4301, Mandaqui. São Paulo-SP, Brasil. CEP 02401-400

E-mail: heronsaboia@gmail.com

considered among the differential diagnoses in cases of acute obstructive abdomen. Early recognition and appropriate surgical intervention, such as right hemicolectomy, are essential to prevent severe complications and reduce the risk of recurrence.

**Keywords:** Cecal Volvulus; Intestinal Obstruction; Acute Abdomen; Hemicolectomy

## Introdução

O volvo (ou vólculo) é definido como a torção de um segmento do tubo digestivo juntamente com seu mesentério, levando frequentemente à obstrução intestinal e, conseqüentemente, a um quadro de abdome agudo obstrutivo. O volvo cecal (VC) caracteriza-se por uma torção axial envolvendo o ceco, o íleo terminal e, por vezes, o cólon ascendente. Quando não tratado precocemente, pode evoluir para isquemia intestinal, necrose e/ou perfuração.

Neste contexto, a prevalência de obstrução intestinal por volvo varia conforme a localização geográfica, sendo rara em países como os Estados Unidos, onde representa cerca de 4% das obstruções intestinais, e relativamente comum em regiões da América do Sul, África e Oriente Médio<sup>1,2</sup>.

Durante o desenvolvimento embrionológico do cólon, ocorre a fixação do ceco ao peritônio parietal posterior após a rotação de 270°. Déficits nesse processo durante o período fetal estão associados a maior mobilidade do íleo terminal, ceco e cólon ascendente. Acredita-se que essa mobilidade aumentada seja um fator necessário para o desenvolvimento do volvo cecal, estando presente em aproximadamente 25% da população mundial. Embora essa predisposição anatômica seja necessária, a etiologia do VC é considerada multifatorial, sendo influenciada por diversos fatores predisponentes, como aderências pós-operatórias, massas abdominais, gestação em estágio avançado, repouso prolongado, dieta rica em fibras, íleo adinâmico, constipação crônica e realização prévia de colonoscopia. Além disso, há maior propensão ao VC em contextos de doenças clínicas concomitantes, sendo que cerca de 12% a 28% dos casos ocorrem em pacientes já hospitalizados no momento do diagnóstico<sup>3,4</sup>.

Os sintomas do VC são inespecíficos e geralmente coincidem com manifestações comuns à obstrução colônica em geral. Os sinais mais frequentes incluem dor localizada no

quadrante inferior direito ou dor abdominal em cólica, associadas a distensão abdominal, náuseas, vômitos, interrupção da eliminação de flatos e fezes, bem como alívio da dor na eventual eliminação de gases. Em quadros mais graves, podem surgir febre, sinais de irritação peritoneal e hipotensão. Ao exame físico, o abdome tende a apresentar-se distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados e timpanismo à percussão<sup>5,6</sup>.

O diagnóstico baseia-se na correlação entre a apresentação clínica e os exames de imagem, visto que os exames laboratoriais não são específicos, refletindo apenas o estado de obstrução ou sepse. Podem ser observadas leucocitose acentuada, acidose metabólica (sugerindo isquemia intestinal) e distúrbios hidroeletrólíticos, como hipocalcemia e azotemia<sup>6,7</sup>.

O exame de imagem de escolha é a tomografia computadorizada (TC) de abdome, que apresenta sensibilidade próxima de 100% e especificidade de cerca de 90% em alguns casos na literatura. A radiografia abdominal, por outro lado, apresenta limitação diagnóstica, deixando de identificar até 30% dos casos<sup>6,8,9</sup>. A TC pode revelar dilatação cecal em 98% a 100% dos casos, nível hidroaéreo localizado em 72% a 88%, discreta dilatação do intestino delgado em 42% a 55% e ausência de gás no cólon distal em até 82%. Os principais achados radiológicos incluem: sinal do “grão de café” à direita (ceco dilatado com conteúdo aéreo e líquido), sinal do “bico” (afunilamento no ramo eferente da obstrução), sinal do “giro” (massa com torção de estruturas internas, atenuação de gordura e vasos mesentéricos ingurgitados) e sinal do “apêndice central” (apêndice cecal posicionado anormalmente próximo à linha média)<sup>7,9</sup>.

Em um estudo retrospectivo com 51 pacientes com suspeita diagnóstica de VC, foi encontrado que o sinal do apêndice central estava presente em aproximadamente 92% dos casos, mas também pode ser identificado em cerca de 34% dos pacientes sem a condição, com uma especificidade de 65,6%. O sinal do giro apresentou sensibilidade de cerca de 92,5% e especificidade de 61,9%, enquanto o sinal do bico demonstrou sensibilidade de aproximadamente 93% e especificidade de 78,5%<sup>10</sup>.

A ocorrência do vólculo cecal é incomum, sendo raramente diagnosticada no pré-operatório. O diagnóstico diferencial com outras causas de obstrução intestinal pode ser desafiador, especialmente devido à inespecificidade dos sintomas. A familiaridade

do clínico com essa entidade é fundamental para evitar atrasos no diagnóstico e garantir um tratamento oportuno.

## Objetivo

Este estudo tem como objetivo relatar um caso de volvo cecal, destacando sua apresentação clínica, métodos diagnósticos e abordagem terapêutica. Além disso, busca-se correlacionar o caso com a literatura existente, enfatizando os desafios diagnósticos e as opções cirúrgicas disponíveis para o manejo dessa condição rara.

## Materiais e Métodos

Este estudo trata-se de um relato de caso baseado na experiência clínica e na revisão da literatura sobre volvo cecal. O caso foi atendido no serviço de pronto-socorro de um hospital terciário, seguindo as diretrizes éticas para relatos de caso, respeitando a confidencialidade e o anonimato do paciente.

A coleta de dados foi realizada por meio da revisão do prontuário médico, incluindo histórico clínico, exame físico, exames laboratoriais e de imagem, além do tratamento instituído e evolução do quadro.

Para embasar a discussão, foi realizada uma revisão da literatura em bases de dados científicas, incluindo artigos indexados nas plataformas PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Foram selecionados artigos relevantes publicados nos últimos anos, com ênfase em epidemiologia, diagnóstico e tratamento do volvo cecal.

Este estudo segue os princípios éticos da Declaração de Helsinque e não requer aprovação de comitê de ética por se tratar de um relato de caso retrospectivo e anonimizado, sem riscos ao paciente, podendo ser identificado pelo CAAE: 88629325.5.0000.8367.

## Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, 31 anos, deu entrada no pronto-socorro de um hospital terciário com quadro de dor abdominal difusa e em cólica há 3 dias, com piora progressiva nas últimas 24 horas, acompanhada de náuseas e interrupção da eliminação de flatos e fezes. Negava comorbidades prévias, cirurgias anteriores ou uso contínuo de medicações.

Ao exame físico admissional, encontrava-se lúcido e orientado em tempo e espaço (Glasgow 15), corado, afebril, acianótico, anictérico, desidratado, taquicárdico e normotenso. O abdome apresentava-se distendido e doloroso à palpação difusa, sem sinais de peritonismo. Toque retal evidenciou ampola retal vazia.

Foram solicitados exames laboratoriais e tomografia computadorizada contrastada de abdome. Os exames laboratoriais mostraram discreta hemoconcentração sem anemia, leucocitose com desvio à esquerda, proteína C reativa normal, hiperuricemia, hipercalemia e elevação da creatinina (2,7 mg/dL). A tomografia revelou dilatação difusa de alças de delgado, com ceco e cólon ascendente levemente distendidos e retossigmóide afilado, sem evidência de causa mecânica obstrutiva (Figura 1).

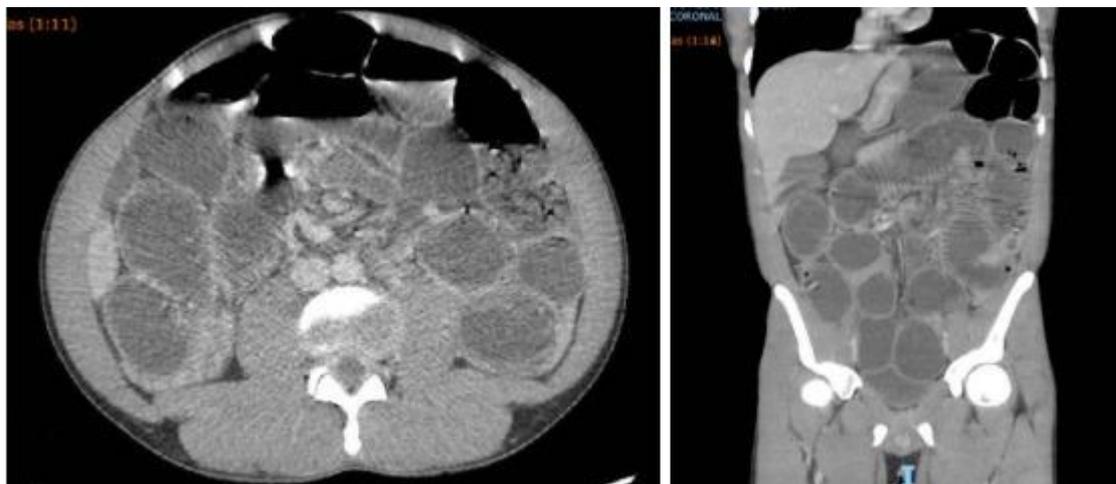
Foi iniciado tratamento de suporte com hidratação venosa, analgesia e passagem de sonda nasogástrica (SNG), que apresentou débito entérico de 1000 mL nas primeiras 12 horas, sem melhora significativa do quadro clínico.

Diante da persistência da dor abdominal e distensão, optou-se por laparotomia exploradora. Na cavidade, foi identificada moderada quantidade de líquido seroso e diagnóstico de vólculo cecal tipo III, com distensão de alças de delgado a montante da válvula íleo-cecal. Não havia sinais de isquemia intestinal ou sofrimento importante das alças. Considerou-se a realização de destorção com cecopexia; no entanto, em virtude da redundância do mesocólon, optou-se por hemicolectomia direita (Figura 2), seguida de anastomose íleo-transversa com grampeador linear.

No pós-operatório, o paciente evoluiu com trânsito intestinal lentificado, distensão abdominal moderada e aceitação progressiva da dieta. Apresentou melhora progressiva da função renal. Recebeu alta hospitalar no 8º dia pós-operatório, sem intercorrências. No retorno ambulatorial, no 24º dia, estava assintomático, recebendo alta do acompanhamento ambulatorial.

O exame anatomopatológico revelou alterações compatíveis com isquemia de parede intestinal, serosite fibrinoleucocitária, periapendicite aguda, margens viáveis e três linfonodos reacionais sem sinais de atipia.

**Figura 1.** Tomografia contrastada axial e coronal evidenciando importante distensão difusa de alças de delgado sem fator obstrutivo identificado.



Fonte: Arquivos pertencentes aos próprios autores.

**Figura 2.** Cólon direito, íleo terminal e cólon transverso após a ressecção cirúrgica.



Fonte: Arquivos pertencentes aos próprios autores.

## Discussão

A apresentação inicial do paciente ao serviço de emergência sugeria um quadro de obstrução intestinal aguda. No entanto, a ausência de fatores de risco clássicos para obstrução intestinal em adultos sem comorbidades ou antecedentes clínicos significativos tornou a determinação da etiologia um desafio. Entre as

principais causas de obstrução intestinal estão as bridas e aderências secundárias a procedimentos cirúrgicos prévios, condição que o paciente não apresentava. Outros fatores predisponentes, como constipação crônica, consumo excessivo de fibras e colonoscopia prévia também não estavam presentes neste caso<sup>1,3,4</sup>.

Diante da incerteza diagnóstica, foram solicitados exames laboratoriais e de imagem para investigar possíveis causas mecânicas da obstrução. O manejo inicial consistiu em dieta zero, hidratação venosa e decompressão gástrica por meio de sonda nasogástrica, seguindo protocolos estabelecidos para obstrução intestinal<sup>4</sup>. A leucocitose com desvio à esquerda, associada a níveis normais de PCR, sugere um quadro inflamatório, ao invés de infeccioso, corroborando a hipótese inicial de um processo obstrutivo de origem não

infecciosa. Além disso, os valores de ureia (62 mg/dL) e creatinina (2.7 mg/dL) elevados para a idade do paciente levantaram a suspeita de uma possível injúria renal pré-renal secundária ao quadro obstrutivo, o que reforçou a necessidade de uma abordagem resolutiva. A presença de hipoperfusão renal revertida no pós-operatório sugere que a obstrução intestinal estava contribuindo para a alteração da função renal (Figura 3), o que reforça a importância do diagnóstico e da intervenção precoce para evitar complicações adicionais.

**Figura 3.** Curva de creatinina sérica do paciente.



Fonte: Arquivos pertencentes aos próprios autores.

A tomografia computadorizada abdominal não evidenciou nenhuma causa mecânica evidente de obstrução, aumentando a possibilidade de uma patologia subjacente desconhecida. Vale ressaltar que nem sempre é possível a identificação dos sinais radiológicos que sugerem volvo cecal, mas apenas a visualização de sinais indiretos de obstrução intestinal<sup>5,6,8</sup>.

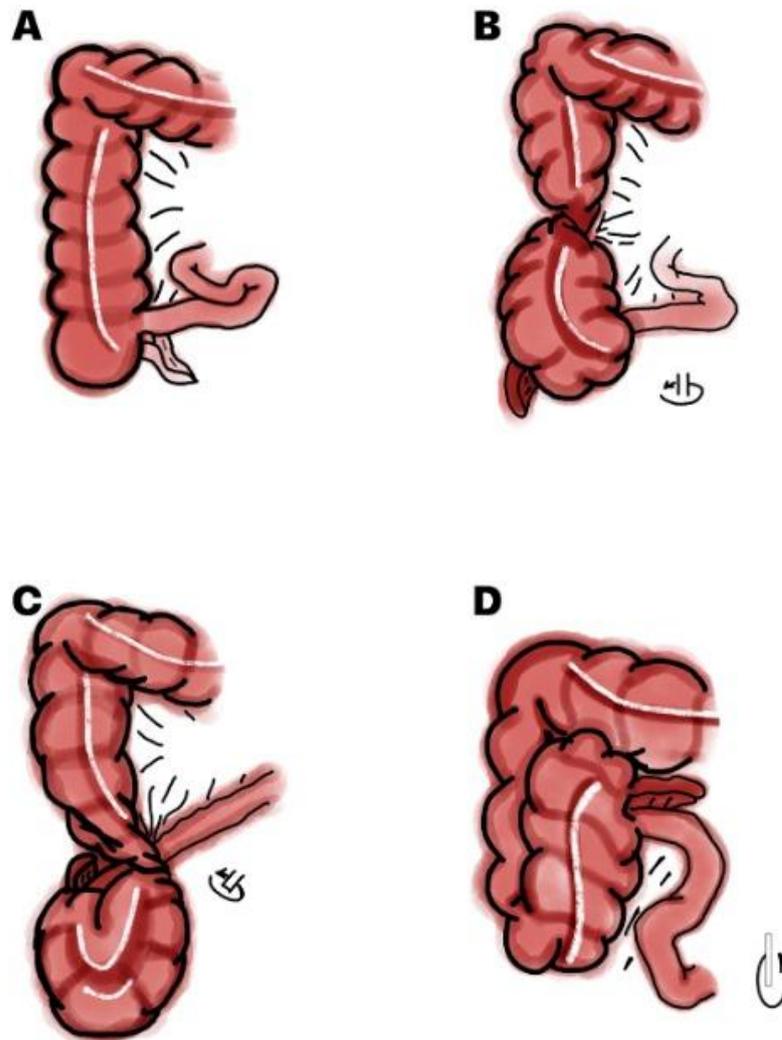
Em relação à condução terapêutica, optou-se por manter o tratamento conservador, evitando uma abordagem cirúrgica precoce, uma vez que uma obstrução funcional poderia estar em curso, e a realização prematura de cirurgia desnecessária pode aumentar os riscos. Entretanto, a ausência de progressão clínica após medidas iniciais levou à necessidade de intervenção cirúrgica.

O volvo cecal é responsável por 1%-1,5% das obstruções intestinais em adultos, apresentando incidência mundial variável de 2.8 a 7.1 por milhão de pessoas ao ano, e pode

evoluir para isquemia intestinal e perfuração se não tratado precocemente<sup>7,9</sup>. Esta condição representa até 11% de todas as obstruções intestinais relacionadas a volvo, podendo ainda ser subdividido em três diferentes apresentações (Figura 4), sendo os tipos I e II responsáveis por 80% dos casos, e o tipo III por 20%<sup>9</sup>. Em uma pequena série de casos mexicana<sup>11</sup>, o volvo cecal correspondeu a 8,8% dos volvos de cólon.

A média das idades dos pacientes diagnosticados com esta condição foi em torno de 55 anos  $\pm$  19 anos, sem predomínio significativo entre homens-mulheres ou etnias. Os principais sintomas descritos foram: dor, distensão abdominal e vômito. Por fim, o tempo médio até o diagnóstico foi de 3,6  $\pm$  2,6 dias<sup>12</sup>. Em nosso caso, o paciente de 31 anos apresentava dor e distensão abdominal, sendo diagnosticado com aproximadamente 24h de admissão.

**Figura 4.** Desenho esquemático apresentando as formas de volvo de ceco. (A) Ceco em posicionamento normal; (B) Tipo I; (C) Tipo II; (D) Tipo III, báscula cecal.



Fonte: Desenho confeccionado pelos próprios autores.

Os volvos de ceco tipo I são formados por uma torção cecal em seu próprio eixo no sentido horário, apresentando-se no quadrante inferior direito, já os volvos de ceco tipo II ocorrem a partir da torção de parte do ceco e parte do leo terminal tipicamente e sentido anti-horário, deslocando o ceco para localização ectópica, em orientação invertida e tipicamente no quadrante superior esquerdo. Por outro lado, o volvo de ceco tipo III também é conhecido como basculao cecal e ocorre devido ao dobramento do ceco para cima, sem que haja torção axial<sup>2,9</sup>. Ainda acerca do tipo III, alguns autores sugerem que  necessária uma válvula ileocecal competente para prevenir o retorno do contudo cecal para as alças de intestino delgado<sup>12</sup>.

Diferente do volvo sigmoide, a colonoscopia não é recomendada no volvo cecal devido à baixa eficácia e alto risco de recorrência, com taxa de sucesso em apenas 30% dos casos. Portanto, o tratamento do volvo de ceco  cirúrgico e deve ser considerado um procedimento emergencial, independente da ausência de sinais clínicos ou radiológicos de gravidade, e podendo ser realizado a partir de uma laparotomia mediana, com anastomose lateral utilizando grampeador, devido à disparidade entre o calibre do leo distendido e o cólon afilado. Apesar disso, reforçamos que não há dados na literatura que apontem diferença significativa entre anastomose término-término ou latero-lateral. A indicação de procedimentos por videolaparoscopia 

controversa, alguns autores contraindicam sua realização devido à distensão intestinal ocasionada pelo volvo, o que tornaria a técnica impraticável, enquanto outros indicam que os procedimentos por videolaparoscopia vêm aumentando recentemente, apresentando recuperação mais rápida e menor taxa de morbidade no manejo do volvo de ceco<sup>6,8,13</sup>.

No que tange às opções cirúrgicas para o tratamento do volvo cecal, três técnicas principais são descritas na literatura: cecopexia, hemicolectomia direita e cecostomia. A cecopexia consiste na fixação do ceco à parede

abdominal, e pode ser alternativa em casos sem comprometimento vascular significativo, mas apresenta elevada taxa de recorrência. A hemicolectomia direita, por sua vez, é considerada a abordagem mais resolutive, tornando nula a possibilidade de recorrência, e é a opção preferencial quando há sinais de sofrimento isquêmico do ceco<sup>9</sup>. Em pacientes instáveis ou com grande contaminação peritoneal, a realização de cecostomia pode ser necessária para garantir uma adequada recuperação intestinal antes da reconstrução definitiva<sup>13</sup> (Quadro 1).

**Quadro 1.** Opções terapêuticas no volvo cecal.

	Sem sinais de comprometimento vascular das alças	Com sinais de comprometimento vascular das alças
Estabilidade Hemodinâmica	Colectomia direita seguido de anastomose ileotransverso	Colectomia direita seguido de anastomose ileotransverso
Instabilidade Hemodinâmica	Cecostomia <sup>1</sup> ou Cecopexia <sup>2</sup>	Colectomia direita + ileostomia terminal e sepultamento do cólon transverso ou fístula mucosa

(1) Cecostomia - Taxa de mortalidade varia entre 0-40% e recorrência gira em torno de 0-33%

(2) Cecopexia – Taxa de mortalidade varia entre 0-30% e recorrência entre 0-40%.

Fonte: Adaptado de Abbassi et al., 2022; Camacho-Aguilera, Calderón-Vieyra, 2022.; Dos Santos, et al., 2017; Ramírez-Ramírez; Villanueva-Sáenz; Ramírez-Wiella-Schwuchow, 2017.

No presente caso, optou-se pela hemicolectomia direita com anastomose íleo-transversa devido à viabilidade das alças intestinais e ao prognóstico hemodinâmico favorável à intervenção.

### Considerações Finais

O volvo cecal é uma causa rara de obstrução intestinal e representa um desafio diagnóstico, sobretudo em pacientes sem fatores de risco clássicos. A correlação entre clínica, exames laboratoriais e de imagem é essencial para a condução adequada desses casos. O tratamento cirúrgico é a abordagem definitiva para o volvo cecal, sendo a hemicolectomia direita considerada a técnica mais eficaz para prevenir recorrências. Neste caso, a rápida identificação e o manejo oportuno evitaram complicações

graves, como isquemia intestinal e perfuração. A reversão da disfunção renal no pós-operatório reforça a relação entre a obstrução e a hipoperfusão renal transitória.

Além disso, a escolha do método cirúrgico deve ser individualizada, levando em consideração a condição clínica do paciente e a extensão do comprometimento intestinal. Embora a cecopexia possa ser considerada em casos selecionados sem comprometimento vascular significativo, sua alta taxa de recorrência limita sua indicação. A hemicolectomia direita com anastomose primária, como realizada neste caso, tem demonstrado bons resultados, reduzindo as chances de recidiva e garantindo a restauração adequada do trânsito intestinal. Em situações de maior gravidade, como necrose intestinal extensa ou perfuração, a criação de ostomia

pode ser necessária, o que implica desafios adicionais no manejo pós-operatório

Assim, o reconhecimento precoce do vólculo cecal e a decisão terapêutica individualizada, fundamentada na avaliação clínica do paciente, são essenciais para prevenir desfechos adversos. O presente caso destaca a importância de um diagnóstico preciso, uma abordagem terapêutica adequada e um acompanhamento rigoroso para garantir a melhor recuperação possível. Estudos futuros e revisões mais amplas da literatura são necessários para aprimorar as estratégias terapêuticas e aprofundar o entendimento dessa condição rara.

---

**Financiamento:** Essa pesquisa não recebeu nenhum tipo de apoio financeiro.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.

**Contribuição dos autores:** **HKSSL:** Conceituação, Curadoria dos dados, Análise formal e Metodologia. **ESC:** Escrita- rascunho original. **SSF:** Escrita- revisão e edição. **GLBM:** Supervisão. **MNS:** Supervisão.

---

## Referências

1. Santos LV, Massarente VL, Leber LBPA, Tormin SC, Britto KF, Candelária PAP. Abdome agudo obstrutivo por volvo cecal: relato de caso. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2017;62(3):164-71. doi: 10.26432/1809-3019.2017.62.3.168
2. Le CK, Nahirniak P, Qaja E. Cecal Volvulus. 2022 Sep 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Bookshelf ID: NBK470305
3. Hasbahceci M, Basak F, Alimoglu O. Cecal volvulus. *Indian J Surg*. 2012;74(6):476-9. doi: 10.1007/s12262-012-0432-9.
4. Ramírez-Ramírez MM, Villanueva-Sáenz E, Ramírez-Wiella-Schwuchow G. Colectomía derecha laparoscópica electiva por vólculo cecal: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cir Cir*. 2017;85(1):87-92. doi: 10.1016/j.circir.2016.03.003.
5. Abbassi I, Triki W, Trigui R, et al. Case Report: Caecal volvulus management from diagnosis to treatment in a young patient. *F1000Res*. 2022;12(11):781. doi: 10.12688/f1000research.121789.2.
6. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg*. 2016;153(3):183-192. doi:10.1016/j.jvisc Surg.2016.03.006
7. Abdulmuttaleb AT, Al-Habbal Z, Ahmed F. Caecal volvulus in a 35-year-old man: a case report. *Pan Afr Med J*. 2023;44:37. doi:10.11604/pamj.2023.44.37.37403
8. Zabeirou AA, Belghali H, Souiki T, Ibn Majdoub K, Toughrai I, Mazaz K. Acute cecal volvulus: A diagnostic and therapeutic challenge in emergency: A case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2019;48:69-72. doi:10.1016/j.amsu.2019.10.021
9. Camacho-Aguilera JF, Calderón-Vieyra A. Vólculo cecal: un caso y revisión de la literatura. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(5):591-598
10. Dane B, Hindman N, Johnson E, Rosenkrantz AB. Utility of CT Findings in the Diagnosis of Cecal Volvulus. *AJR Am J Roentgenol*. 2017;209(4):762-766. doi: 10.2214/AJR.16.17715.
11. Gonzalez-Urquijo M, Rodarte-Shade M, Gil-Galindo G. Acute Colonic Volvulus in a Mexican Population: A Case Series. *Ann Coloproctol*. 2020;36(1):48-53. doi: 10.3393/ac.2019.01.02
12. Lung BE, Yelika SB, Murthy AS, Gachabayov M, Denoya P. Cecal bascule: a systematic review of the literature. *Tech Coloproctol*. 2018;22(2):75-80. doi: 10.1007/s10151-017-1725-6.
13. Cameron JL, Sandone C. Atlas of Gastrointestinal Surgery. 2nd ed. Vol. 1. New York: People's Medical Publishing House; 2007.

---

Trabalho recebido: 16/06/2025

Trabalho aprovado: 31/07/2025

Trabalho publicado: 28/08/2025

**Editor Responsável:** Prof. Dr. Eitan Naaman Berezin (Editor Chefe)