

Reporte de caso: Torsión cecal en caballo criollo colombiano de 10 años.

Trabajo de grado para optar por el título de Médico Veterinario

Juan José Gómez Botero

Asesor

María Alejandra Flórez Palacio

Médica Veterinaria, MSc.

Unilasallista Corporación Universitaria

Facultad de Ciencias Agropecuarias

Medicina Veterinaria

Caldas, Antioquia

2025

Resumen

El síndrome abdominal agudo en equinos es una urgencia que puede evolucionar rápidamente y requiere, en muchos casos, resolución quirúrgica. Se presentó el caso de un caballo adulto que ingresó con signos de cólico severo, incluyendo dolor abdominal intenso, taquicardia e hipomotilidad intestinal. Ante la sospecha de una patología obstructiva, se decidió realizar laparotomía exploratoria de urgencia, en la cual se confirmó una torsión cecal y fue corregida mediante reducción manual y reposicionamiento anatómico del ciego, sin resección.

El manejo posoperatorio incluyó analgesia, antibióticos, fluidoterapia y reposo durante la hospitalización. Este caso evidencia la relevancia del diagnóstico oportuno y la cirugía inmediata.

Palabras clave: Urgencia, dolor abdominal, torsión cecal, cirugía.

Tabla de contenido

Introducción	5
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos específicos	7
Marco teórico	8
Anatomía del ciego y colón	8
Torsión cecal	9
Etiología.....	10
Fisiopatología.....	11
Signos Clínicos	11
Plan Diagnóstico	11
Tratamiento	13
Pronóstico	14
Reporte de caso clínico	15
Reseña.....	15
Anamnesis.....	15
Examen físico general.....	15
Diagnósticos Diferenciales	16
Plan diagnóstico y terapéutico	16
Discusión.....	18
Conclusión	20
Referencias.....	21

Índice de ilustraciones.

Ilustración 0-1.....	9
-----------------------------	----------

Introducción

La torsión cecal en equinos es una condición clínica grave que afecta al sistema gastrointestinal, comúnmente en caballos adultos. Este trastorno se caracteriza por la rotación anómala del ciego, una porción principal del intestino grueso, el cual puede rotar hasta 360 grados sobre su propio eje generando la interrupción del flujo sanguíneo de la víscera y la obstrucción del paso del contenido intestinal (Yannace, Gutiérrez, & Perkins, 2018).

La torsión cecal genera una distensión intestinal significativa y puede desencadenar un síndrome abdominal agudo, considerado urgencia médica debido a los severos fallos multiorgánicos que se desencadenan, como consecuencia del colapso vascular, además de la presentación de complicaciones y mortalidad. Estos fallos y complicaciones pueden obedecer tanto a la naturaleza de la causa como a errores en el abordaje médico inicial (Zuluaga Cabrera, Silveira Alves, & Martínez Aranzalez, 2017).

Concluir el diagnóstico temprano de esta condición es fundamental para aumentar las probabilidades de éxito en el tratamiento, que generalmente incluye una intervención quirúrgica urgente.

Planteamiento del problema

En la medicina veterinaria equina, el síndrome abdominal agudo representa una de las emergencias clínicas más comunes y graves, siendo una causa frecuente de colapso e incluso eutanasia. Aunque existen múltiples causas, las torsiones, como la torsión cecal, son particularmente peligrosas, ya que causan obstrucción vascular y deterioro tisular acelerado, y suelen requerir intervención quirúrgica urgente (Rakestraw, s.f.).

Desde el punto de vista médico, esta condición requiere un diagnóstico rápido y un tratamiento quirúrgico inmediato para evitar complicaciones como necrosis intestinal, endotoxemia y shock, que aumentan significativamente la tasa de mortalidad (Moore, 2021).

A nivel económico, el impacto también es considerable, especialmente en caballos de alto valor deportivo o reproductivo, donde los costos asociados a la atención de emergencias, cirugías, hospitalización y posibles secuelas comprometen la viabilidad productiva del animal (Latham , Ph. D, 2025).

En este contexto, surge la necesidad de documentar y analizar casos clínicos de torsión cecal en equinos para contribuir al avance del conocimiento sobre esta condición. Los informes de casos clínicos permiten comprender su fisiopatología, factores predisponentes y manifestaciones clínicas, lo que facilita a los profesionales veterinarios actuar con rapidez, un aspecto crucial para mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad (Betancur G, 2005).

Además, su análisis contribuye al desarrollo de estrategias de prevención y manejo, especialmente en caballos de alto rendimiento o valor económico, donde las complicaciones derivadas de esta patología pueden tener consecuencias graves tanto en la salud del animal como en el aspecto financiero del propietario.

Objetivos

Objetivo General

Analizar el manejo integral de la torsión cecal en equinos a partir del estudio de un caso clínico en un caballo criollo colombiano de 10 años.

Objetivos específicos

- Describir las condiciones clínicas y los factores predisponentes asociados a la torsión cecal en equinos.
- Analizar los métodos diagnósticos y las pruebas complementarias utilizadas para confirmar la torsión cecal.
- Evaluar las opciones de tratamiento médico y quirúrgico reportadas en la literatura y en este caso particular.
- Proponer recomendaciones para el manejo y seguimiento posoperatorio de la torsión cecal en equinos, basadas en la revisión bibliográfica y la experiencia del caso clínico.

Marco teórico

Anatomía del ciego y colón

El ciego equino es un órgano en forma de saco, con una longitud aproximada de 1.2 a 1.5 m y una capacidad que puede llegar hasta 30 litros. Está ubicado en el flanco derecho del abdomen y se divide en base, cuerpo y ápice; presenta cuatro bandas musculares longitudinales llamadas tenias, que forman saculaciones conocidas como haustras (Hodgson & M. McGowan, 2014).

El ciego se conecta con el intestino delgado por el orificio ileocecal y con el colon ventral derecho a través del orificio cecocólico. Está fijado firmemente a la pared dorsal mediante un mesenterio, lo que limita su movilidad y reduce la posibilidad de torsión espontánea (Pollock, 2018).

El drenaje venoso sigue un patrón paralelo al arterial, y la inervación está dada por plexos autónomos que regulan la motilidad y secreción intestinal (Hinchcliff, J. Kaneps, & J. Geor, 2008).

El colon proximal (colon ventral derecho) continúa desde el orificio cecocólico y forma parte de la primera porción del colon ascendente. Esta región tiene un diámetro de aproximadamente 10-15 cm y está fuertemente plegada para aumentar la superficie, con saculaciones similares a las del ciego. El colon proximal se ubica ventral y medial al ciego, lo que facilita su función en la fermentación y absorción (R. M, W. A, D. F, & J. W, 1989).

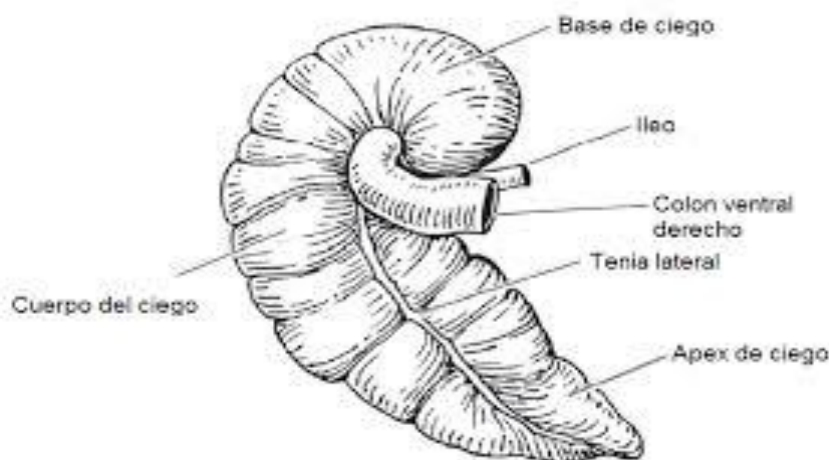
La irrigación arterial del ciego y colon proximal proviene principalmente de la arteria ileocólica que da origen a las arterias cecales medial y lateral, así como a ramas para el colon ventral derecho. Estas arterias forman un sistema vascular rico y en arcadas que aseguran la perfusión adecuada de estas regiones (Koterba, 1991).

La fijación del ciego y colon proximal está dada por un mesenterio corto que limita la movilidad, pero permite cierto grado de desplazamiento funcional durante la motilidad intestinal.

Esta fijación ayuda a prevenir torsiones. Sin embargo, en casos patológicos puede estar involucrada en síndromes de desplazamiento cecal o colónico (Blikslager, 2013).

Ilustración 0-1

Ciego



Fuente: (Pérez Fontana & Saralegui Gaspari, 2015).

Torsión cecal

La torsión cecal en equinos es una causa poco frecuente pero grave de dolor abdominal agudo. En esta condición, el ciego gira sobre sí mismo, lo que provoca una obstrucción tanto del lumen como del flujo sanguíneo (Rakestraw, s.f.).

Aunque es rara, esta patología suele asociarse a malformaciones anatómicas en el pliegue cecocólico o a defectos mesentéricos. También puede estar predispuesta por episodios de vólvulo de colon mayor, en los que el mesenterio dorsal del ciego actúa como el eje de rotación (González Bravo & Calderón Villa, 2023).

La torsión puede ser completa, con una rotación de 180° a 360°, generando una obstrucción total y compromiso vascular severo, o parcial, donde la rotación es menor y puede provocar

obstrucción parcial con síntomas menos evidentes que pueden evolucionar hacia una torsión más completa. La dirección de la torsión puede ser en sentido horario (dextral) o antihorario (sinistral), lo que influye en la presentación clínica y en el abordaje quirúrgico. En algunos casos, el ciego puede desplazarse junto con la torsión, produciendo un desplazamiento del colon que complica aún más la condición. La torsión cecal completa representa una emergencia quirúrgica debido al riesgo de necrosis y peritonitis, y su diagnóstico temprano es crucial para mejorar el pronóstico (Reed, Bayly , & Sellon, 2017).

Etiología

La torsión cecal es una condición poco común, por lo que, en la mayoría de los casos, se desconoce su etiología. Hay torsión cecal en un animal con anomalías anatómicas del pliegue cecocólico y con múltiples defectos mesentéricos. El vólvulo de colon mayor puede predisponer al desplazamiento cecal o al vólvulo. Cuando esto ocurre, el eje de rotación implica al mesenterio dorsal del ciego (Rice, Twisted Gut (Intestinal Torsion) in Horses: Causes, Risk Factors & Prevention, 2021).

Esta condición se relaciona con anomalías en el mesenterio o torsión del intestino grueso. Los caballos con una inserción del ciego poco desarrollada o anormal tienen un mayor riesgo de padecer esta afección, aunque se sabe que los caballos con inserciones cecales normales también la desarrollan. En general, las torsiones intestinales en equinos son posibles debido a que estas estructuras son largas, flexibles y móviles, y se desplazan para adaptarse a los movimientos del cuerpo durante el ejercicio. Además, su posición puede verse influida por la motilidad intestinal (Rice, Twisted Gut (Intestinal Torsion) in Horses: Causes, Risk Factors & Prevention, 2021).

Fisiopatología

El ciego, debido a su movilidad en el abdomen y a su predisposición a girar, puede rotar sobre su propio eje. Esta rotación comprime los vasos sanguíneos que lo irrigan, como la arteria cecal, lo que reduce o interrumpe significativamente el flujo sanguíneo. La falta de irrigación daña el tejido del ciego, y si persiste, puede llevar a la necrosis tisular (Easley & DMV, 2019).

La acumulación de gas o líquido dentro del ciego puede aumentar su peso y provocarle distensión, favoreciendo su desplazamiento y torsión (González Hormiga & Beltrán Velandia, 2006).

Signos Clínicos

La torsión cecal se acompaña de dolor severo y desorden metabólico relacionado con la estrangulación de un órgano mayor. Se muestran signos característicos de síndrome abdominal agudo, que incluyen inquietud, sudoración, espasmos, revolcarse. Se observa también taquicardia y mucosas pálidas a rojas. Suele presentar reducción o ausencia de deposiciones, distensión abdominal y comportamiento depresivo e inapetencia (Calderon Villa & Gonzales Bravo, 2023).

Los caballos con torsión cecal tienden a presentar un dolor abdominal repentino e intenso. Sin embargo, si la torsión cecal es menor de 90 grados, se considera normal y generalmente no causa síntomas (Rice, Twisted Gut (Intestinal Torsion) in Horses: Causes, Risk Factors & Prevention, 2021).

Plan Diagnóstico

Cualquier forma de accidente intestinal estrangulador podría considerarse dentro de las posibilidades clínicas, en particular un vólvulo de colon mayor. Los resultados del examen físico

son compatibles con un cuadro de cólico, aunque no específicos para una torsión cecal. La distensión del ciego se presenta a medida que progresa la obstrucción en la salida de gas, observándose entonces distensión del flanco derecho. Esta acumulación gaseosa suele ser palpable por vía rectal. Si no hay distensión cecal, los hallazgos rectales no orientan con claridad, y no se han descrito alteraciones características en sangre ni en el líquido abdominal. Los resultados de los análisis hematológicos y de la abdominocentesis variarán según el grado de afectación del ciego. La confirmación del cuadro se realiza mediante laparotomía exploratoria (Calderon Villa & Gonzales Bravo, 2023).

La ecografía, ya sea por vía transcutánea o transrectal permite una evaluación más completa del tracto digestivo, identificado distensión, alteraciones en la motilidad, engrosamiento de paredes intestinales y la presencia de líquido libre. Especialmente, es útil cuando la palpación rectal es limitada o inconclusa (O. J Murillos, 2017).

Los exámenes de laboratorio, como el recuento completo de células sanguíneas, un panel bioquímico y análisis de gases sanguíneos, fecales y fluidos abdominales, deben considerarse durante la evaluación de caballos con SAA. Un análisis completo de hemograma, bioquímico y gases en sangre pueden proporcionar información y tratamiento directo con respecto a la salud sistémica, el estado cardiovascular, la función de órganos y los desequilibrios de líquidos y electrolitos (O. J Murillos, 2017).

Medición de hematocrito, proteínas plasmáticas, ácido láctico, glucosa plasmática, urea, creatinina, fibrinógeno y electrolitos podrían tener valor en el enfoque para el diagnóstico del cuadro cólico ya que evalúa el estado fisiológico, metabólico y sistémico del animal (Betancur G, Síndrome abdominal agudo., 2005).

Tratamiento

Las torsiones intestinales en equinos constituyen una urgencia médico-quirúrgica, y su pronóstico depende directamente de la rapidez en la intervención (Rice, 2024).

El manejo médico incluye la fluidoterapia para evitar la deshidratación y para mantener el aporte sanguíneo a los riñones y demás órganos vitales. Los fluidos se administran a través de la sonda nasogástrica o de un catéter intravenoso. Los fluidos intravenosos, comúnmente Ringer Lactato, pueden ser necesarios hasta recuperar la función intestinal, equilibrar los electrolitos y que el caballo pueda hidratarse por sí solo (Easley & DAVDC, 2019).

El control de dolor en caballos con síndrome abdominal agudo debe realizarse con precaución, ya que una analgesia excesiva puede enmascarar los signos clínicos y retrasar la decisión quirúrgica. Flunixin meglumine es el AINE más empleado en estos casos, dado que controla el dolor, la inflamación y la endotoxemia sin afectar de forma significativa la motilidad intestinal; su dosis terapéutica recomendada es de 1.1 mg/kg IV. (Betancur G, Cólico equino (Síndrome abdominal agudo), 2005). Se suelen emplear antibióticos de amplio espectro antes de la cirugía para reducir el riesgo de infecciones posoperatorias. (Easley & DAVDC, 2019).

La decisión de realizar cirugía se basa en la historia clínica, la exploración física y exámenes complementarios, siendo esencial integrar toda la información para reducir errores diagnósticos. Aunque en muchos casos la necesidad quirúrgica se determina con la evaluación clínica, también se desarrollan ciertos protocolos o modelos predictivos que combinan parámetros clínicos y de laboratorio para establecer el momento adecuado de la cirugía y mejorar el pronóstico (Zapata Cabrera, Martínez Aranzales, & Martínez Aranzales, 2017).

La laparotomía exploratoria es un procedimiento quirúrgico de gran valor diagnóstico y terapéutico que consiste en realizar una incisión en la línea media ventral de 30 a 40 cm con el animal en decúbito dorsal para acceder a la cavidad abdominal, donde se exploran de manera sistémica los órganos digestivos, permitiendo identificar y corregir lesiones como torsiones cecales. Previamente se debe canalizar al animal e inducir la anestesia general. Finalmente, la herida se cierra en tres capas, logrando en muchos casos la recuperación del animal, aunque con

un pronóstico reservado, pues las tasas de supervivencia reportadas rondan el 45% (Vázquez Rangel, 2002). Durante la cirugía, el ciego y estructuras cercanas se reubican manualmente y se examinan para detectar daños en los tejidos. Si la falta de sangre y oxígeno ha provocado la muerte irreversible del tejido en cualquier parte de la estructura afectada, se debe eliminar el tejido muerto (Rice, 2024).

Una tiflotomía y descompresión son valiosas para el periodo posoperatorio inmediato, en especial si disminuye la motilidad cecal. Si el ciego se desvitaliza en el momento de la cirugía, se recomienda realizar una tiflectomía parcial. La incapacidad para eliminar todo el ciego, y la posibilidad de anastomosis en el tejido desvitalizado causa morbilidad inaceptable y mortalidad posoperatoria en casos con daño isquémico significativo en el ciego. En estos casos, se elige la eutanasia intraoperatoria (Calderon Villa & Gonzales Bravo, 2023).

Pronóstico

El pronóstico de las torsiones cecales depende de la viabilidad de los tejidos en el momento de la cirugía. Con la corrección al principio del curso de la enfermedad, el pronóstico puede ser bueno. No se ha notificado la recurrencia de la torsión cecal y, por lo tanto, se espera que sea baja (Calderon Villa & Gonzales Bravo, 2023).

La probabilidad de recurrencia se reduce si se implementa gradualmente una dieta a base de forraje y una ingesta de agua adecuada. Estas prácticas ayudan a reducir la producción de gases y favorecen la motilidad intestinal (Rice, 2024).

Reporte de caso clínico

Reseña

Caballo criollo colombiano, color moro con 5 años proveniente del municipio de Copacabana, 376 kg aproximadamente (medido con cinta al ingreso).

Anamnesis

El propietario, indicó la disminución en el consumo de alimento y agua durante el último día, acompañado de ausencia de defecación en las últimas 24 horas. También, señaló que el caballo permanece estabulado en pesebrera individual, con alimentación habitual a base de heno suplementada con concentrado comercial (3 kg/día). Sin embargo, en la mañana recibió una cantidad mayor de concentrado debido a su marcada ansiedad por el alimento.

No se reportan antecedentes de patologías previas ni administración reciente de medicamentos. Como medida inicial instaurada por el propietario antes de la remisión, se administró Flunixin Meglumine para el manejo del dolor, sin reportar la dosis utilizada.

Debido a la persistencia de los signos y al aumento de la intensidad del dolor, el caballo fue remitido para un adecuado manejo en clínica.

Examen físico general

Al momento de la evaluación, el caballo presentó actitud inquieta, con movimientos constantes de decúbito y levantadas repetidas, así como golpes intermitentes con los miembros posteriores hacia el abdomen. La frecuencia cardíaca se encontró aumentada, registrando 92 LPM, la frecuencia respiratoria mostró un patrón restrictivo, con 28 RPM. Las mucosas orales se observaron ligeramente congestivas y con un tiempo de llenado capilar de 3 segundos. La temperatura rectal fue de 37,6 °C, dentro de los parámetros fisiológicos.

A la auscultación abdominal, se detectó disminución de la motilidad intestinal en los cuatro cuadrantes, con ruidos de tono bajo y frecuencia reducida. La palpación transrectal reveló moderada distensión de vísceras abdominales.

Lista de Problemas:

1. Dolor abdominal severo.
2. Taquicardia marcada.
3. Patrón respiratorio restrictivo.
4. Hipomotilidad intestinal generalizada.
5. Distensión abdominal.
6. Disminución del consumo de alimento.

Lista Maestra:

- I. Sistema digestivo (1, 4, 5, 6).
- II. Sistema cardiovascular (2).
- III. Sistema respiratorio (3).

Diagnósticos Diferenciales

1. Torsión del ciego.
2. Desplazamiento de colón mayor.
3. Impactación del ciego.
4. Torsión de intestino delgado.
5. Enteritis proximal.

Plan diagnóstico y terapéutico

Se le administró al paciente Flunixin meglumine a dosis de 1,1 mg/kg IV con el fin de controlar el dolor visceral severo. Simultáneamente, se instauró fluidoterapia con solución Hartmann. Además, se realizó sondaje nasogástrico para descartar y aliviar acumulación de reflujo, buscando prevenir una ruptura gástrica. Finalmente, dados los hallazgos clínicos del examen físico, se tomó la decisión de proceder de inmediato a cirugía de urgencia.

El paciente fue trasladado de urgencia a quirófano, donde se realizó una laparotomía exploratoria por línea media ventral bajo anestesia general. Durante la exploración abdominal se evidenció una torsión del ciego. El ciego se encontraba distendido y con cambios en su posición anatómica, compatibles con una obstrucción mecánica estrangulante. Una vez confirmada la lesión, se procedió cuidadosamente a la corrección quirúrgica de la torsión mediante el reposicionamiento manual del ciego, logrando restablecer su disposición anatómica y la

permeabilidad intestinal. La cirugía permitió corroborar el diagnóstico definitivo de torsión de ciego, descartando otros posibles diferenciales considerados.

Para el posoperatorio, se instauró un tratamiento consistente en Flunixin meglumine (1,1 mg/kg IV cada 12h durante 5 días), fluidoterapia continua con solución Hartmann IV durante las primeras 72 horas, calculada inicialmente con base en 1 mantenimiento (40 ml/kg/día), ajustada de acuerdo a la valoración clínica y al estado de hidratación. Como terapia antibiótica, se instauró Penicilina G potásica, procaínica y benzatínica en combinación (20.000 UI/kg IM cada 48h durante 5 días), para prevenir el riesgo de infecciones posquirúrgicas.

De manera complementaria, se instauró un estricto monitoreo de constantes vitales, valoración periódica del dolor y observación de la motilidad intestinal, además de la vigilancia de la herida quirúrgica. En cuanto al manejo nutricional, el paciente permaneció en ayuno durante las primeras 24 horas, tras lo cual se inició la reintroducción de agua y heno en pequeñas cantidades, evitando la administración de concentrados en la fase inicial de recuperación.

Seguimiento y evolución

El paciente estaba previsto para permanecer en hospitalización durante 10 días posteriores a la cirugía, con el fin de garantizar una observación clínica estrecha. Sin embargo, tras finalizar el tratamiento inicial, el propietario optó por retirarlo de la clínica bajo su responsabilidad. Se le dieron recomendaciones precisas de manejo, incluyendo al caballo en reposo absoluto en pesebrera durante las primeras 4 semanas, con el fin de favorecer la cicatrización quirúrgica y evitar complicaciones abdominales. Posteriormente, se indicó iniciar con paseos controlados y caminatas cortas, incrementando progresivamente la actividad física y siempre de acuerdo con la evolución clínica del paciente.

Un mes posterior a la cirugía, el propietario se comunicó con la clínica reportando la aparición de una hernia posquirúrgica, la cual fue diagnosticada por un médico veterinario externo al que acudió. Según lo informado, esta complicación se presentó aparentemente como consecuencia del nulo reposo del paciente tras su salida de hospitalización, incumpliendo las recomendaciones previamente dadas. Finalmente, el propietario decidió trasladar al caballo a otra clínica veterinaria para continuar allí con el manejo y tratamiento correspondiente a la nueva condición.

Discusión

En este caso, si bien la palpación rectal y la auscultación abdominal orientaron el diagnóstico hacia una torsión cecal, existen otros planes diagnósticos que pueden emplearse, como la ecografía abdominal, el análisis de sangre (hemograma, bioquímica sérica), la medición de lactato plasmático y la gasometría, los cuales aportan información valiosa sobre el estado sistémico del paciente y la severidad del cuadro. En estos pacientes, la ecografía puede mostrar asas intestinales distendidas con disminución de la motilidad y líquido libre en la cavidad abdominal; en los análisis de laboratorio suelen encontrarse hemoconcentración, leucocitosis o leucopenia y alteraciones electrolíticas; mientras que la medición de lactato y la gasometría reflejan acidosis metabólica secundaria a hipoperfusión y endotoxemia. (Reed, Bayly , & Sellon, 2017).

Los diagnósticos diferenciales en un caballo con dolor abdominal agudo incluyen impactación de colon, desplazamientos intestinales y torsión de colon mayor (Reed, Bayly , & Sellon, 2017). En este caso, la distensión marcada en el flanco derecho, la hipomotilidad intestinal y el hallazgo en la palpación rectal no fueron concluyentes por sí solos, pero sí orientaron la sospecha clínica hacia una posible torsión de ciego, la cual solo puede confirmarse mediante la exploración quirúrgica o estudios complementarios

La taquicardia marcada y el tiempo de llenado capilar de 3 segundos sugieren un compromiso hemodinámico, lo que justificó la instauración de fluidoterapia. El aumento de lactato plasmático en estos pacientes se explica por la hipoperfusión tisular y el metabolismo anaerobio consecuente, que generan acidosis metabólica. Para su manejo se utilizó solución Hartmann (Ringer lactato), un fluido balanceado que ayuda a reponer electrolitos y corregir la acidosis; en contraste, la solución salina puede inducir acidosis hiperclorémica. Otras alternativas de cristaloides como Ringer simple o soluciones polielectrolíticas también pueden considerarse según el estado del paciente (Zapata Cabrera, Martinez Aranzales, & Martinez Aranzales, 2017).

Previo a la cirugía, la estabilización del paciente se realizó con medidas enfocadas en mantener la perfusión y reducir el riesgo de complicaciones. La analgesia prudente consistió en emplear un AINE con el fin de controlar el dolor sin enmascarar la evolución clínica, aspecto fundamental en la toma de decisiones quirúrgicas. La fluidoterapia se ajustó al estado

hemodinámico del paciente, considerando que, aun con presiones sistémicas aparentemente normales, la perfusión periférica puede encontrarse comprometida. La refractariedad a la analgesia constituyó un criterio determinante para proceder con la intervención quirúrgica. La sospecha de torsión cecal sobre otros diagnósticos diferenciales se sustentó en los hallazgos de palpación rectal, donde la presencia de una masa firme y distendida en el cuadrante derecho es altamente insinuante de esta entidad. Inicialmente también se valoró la posibilidad de una enteritis proximal, dado que puede cursar con dolor abdominal intenso y compromiso sistémico, pero los hallazgos clínicos y la falta de respuesta a la analgesia orientaron finalmente hacia la necesidad de laparotomía exploratoria (Easley & DAVDC, 2019).

Conclusión

El presente caso clínico evidencia que la torsión de ciego en equinos constituye una urgencia quirúrgica que requiere diagnóstico y resolución temprana para aumentar las probabilidades de supervivencia. Si bien la cirugía fue exitosa y se instauró un manejo médico adecuado, la falta de cumplimiento de las recomendaciones posoperatorias derivó en una complicación mayor, resaltando la importancia de la comunicación efectiva con el propietario y de la estricta adherencia al plan de recuperación como factores determinantes en el pronóstico final del paciente.

Referencias

- González Bravo, R., & Calderón Villa, R. (2023). Cólico en Equinos Segunda Parte (Enfermedades) Síndrome Abdominal Agudo. 185.
- Betancur G, J. J. (2005). Cólico equino (Síndrome abdominal agudo). *Fagropec*, 25-38.
- Betancur G, J. J. (2005). *Síndrome abdominal agudo*. Obtenido de <https://editorial.uniamazonia.edu.co/fagropec/article/view/105/104>
- Blikslager, A. (2013). *Veterinary Clinics of North America: Equine Practice Equine colic: pathophysiology and diagnosis*. 191-201.
- Calderon Villa, R., & Gonzales Bravo, R. (2023). *Cólico en Equinos Segunda Parte (Enfermedades)*. Obtenido de https://www.fmvz.unam.mx/fmvz/publicaciones/archivos/Colico_Equinos_2.pdf
- Easley, J., & DAVDC. (Mayo de 2019). Obtenido de <https://www.msdsvetmanual.com/es/propietarios-de-caballos/trastornos-digestivos-de-los-caballos/c%C3%B3lico-en-los-caballos>
- Easley, J., & DMV, M. D. (Mayo de 2019). *Cólico en los caballos*. Obtenido de MSD Manual de veterinaria: <https://www.msdsvetmanual.com/es/propietarios-de-caballos/trastornos-digestivos-de-los-caballos/c%C3%B3lico-en-los-caballos>
- Gibson, K. T., Curtis, C. R., Turner, A. S., McIlwraith, C. W., Aanes, W. A., & Stashak, T. S. (1989). Incisional hernias in the horse. Incidence and predisposing factors. *Veterinary Surgery (Vet Surg)*.

- Gibson, K., Curtis, C., & Turner, S. (Septiembre de 1989). *Hernias incisionales en el caballo: incidencia y factores predisponentes*. Obtenido de <https://doi.org/10.1111/j.1532-950X.1989.tb01100.x>
- González Hormiga, H., & Beltrán Velandia, I. M. (2006). *Impactación Cecal Primaria*. Obtenido de Revista redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/3214/321428096008.pdf>
- Hinchcliff, K., J. Kaneps, A., & J. Geor, R. (2008). *The Athletic Horse: Principles and Practice of Equine Sports Medicine* (2nd ed.).
- Hodgson, D., & M. McGowan, C. (2014). *The athletic Horse: Principles and practice of Equine Sports Medicine*. Elsevier - Saunders.
- Koterba, A. (1991). Anatomy and physiology of the equine gastrointestinal tract. *Veterinary Clinics of North America: Equine Practice*, 203-219.
- Latham, Ph. D, C. (2025). *Estudio de caso: Aumento de peso y mejora de la línea superior en caballos castrados de dos cuartos de milla*. Obtenido de <https://madbarn.com/twisted-gut-in-horses/>.
- Moore, J. (2021). *Descripción general del cólico en caballos*. Obtenido de <https://www.msdrvmanual.com/digestive-system/colic-in-horses/overview-of-colic-in-horses>
- O. J Murillos, G. .. (2017). *Síndrome Abdominal Agudo en Equinos* .
- Pérez Fontana, Á., & Saralegui Gaspari, A. N. (2015). *Intususcepción cecocecal y cecocólica en equinos*. Obtenido de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/10284/1/FV-31337.pdf>

Pollock, P. (2018). *Equine digestive system and pathophysiology of colic*.

R. M, A., W. A , L., D. F, S., & J. W, W. (1989). Vascular anatomy of the equine small colon. *American Journal of Veterinary Research*, 228-233.

Rakestraw, P. (s.f.). *Vetlexicon*. Obtenido de <https://www.vetlexicon.com/equis/gastrohepatology/articles/cecum-torsion>.

Reed, S., Bayly , W., & Sellon, D. (2017). *Equine Internal Medicine*. Elsevier - Saunders .

Rice, S. (2021). *Twisted Gut (Intestinal Torsion) in Horses: Causes, Risk Factors & Prevention*.

Retrieved from [https://madbarn.com/twisted-gut-in-horses/#:~:text=In%20general%2C%20twists%20in%20the,of%20the%20intestines%20\(peristalsis](https://madbarn.com/twisted-gut-in-horses/#:~:text=In%20general%2C%20twists%20in%20the,of%20the%20intestines%20(peristalsis)

Rice, S. (Agosto de 2024). *Torsión intestinal en caballos: causas, factores de riesgo y prevención*. Obtenido de [https://madbarn.com/twisted-gut-in-horses/#:~:text=In%20general%2C%20twists%20in%20the,of%20the%20intestines%20\(peristalsis](https://madbarn.com/twisted-gut-in-horses/#:~:text=In%20general%2C%20twists%20in%20the,of%20the%20intestines%20(peristalsis)

Rice, S. (9 de Noviembre de 2024). *Torsión intestinal en caballos: causas, factores de riesgo y prevención*. Obtenido de [https://madbarn.com/twisted-gut-in-horses/#:~:text=In%20general%2C%20twists%20in%20the,of%20the%20intestines%20\(peristalsis](https://madbarn.com/twisted-gut-in-horses/#:~:text=In%20general%2C%20twists%20in%20the,of%20the%20intestines%20(peristalsis)

Rice, S. (2024). *Twisted Gut (Intestinal Torsion) in Horses: Causes, Risk Factors & Prevention*. Obtenido de [https://madbarn.com/twisted-gut-in-horses/#:~:text=In%20general%2C%20twists%20in%20the,of%20the%20intestines%20\(peristalsis](https://madbarn.com/twisted-gut-in-horses/#:~:text=In%20general%2C%20twists%20in%20the,of%20the%20intestines%20(peristalsis)

Vázquez Rangel, F. J. (Enero de 2002). *Laparotomía en el caballo con síndrome abdominal agudo*.

Yannace, A., Gutiérrez, F., & Perkins, G. (Diciembre de 2018). *Vólculo torsión secundaria a rento mesentérica en Yegua Sangre pura de carrera* . Obtenido de <https://ridaa.unicen.edu.ar:8443/server/api/core/bitstreams/739e1b58-2488-40e2-9352-871a3c55fb5a/content>

Zapata Cabrera, Á. M., Martínez Aranzales, J. R., & Martínez Aranzales, G. E. (2017, Junio). *Considerações para a tomada de decisões oportunas em caso de cólica equino: manejo médico ou cirúrgico*. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-93542017000100125

Zuluaga Cabrera, A. M., Silveira Alves, G. E., & Martínez Aranzalez , J. R. (2017). *Revista de Medicina Veterianaria (Rev. Med. Vet) 2017*. Obtenido de Considerations for timely decision-making regarding equine colic: Medical or surgical management?: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-93542017000100125