

Casos de interés radiológico

Malrotación intestinal diagnosticada en la edad adulta. Reporte de un caso

[Intestinal malrotation diagnosed in adulthood. Case report]

Marissa Moreno¹, Rolando Reyna¹

¹Departamento de diagnóstico, Servicio de Imagenología, Hospital Santo Tomás. Panamá.

Palabras Claves

malrotación intestinal, obstrucción intermitente, bandas de Ladd, procedimiento de Ladd, tomografía de abdomen y pelvis.

Keywords:

keywords

Correspondencia

Rolando Reyna
dramarissamoreno@gmail.com

Recibido

10 de octubre de 2022

Aceptado

30 de noviembre de 2022

Publicado

17 de enero de 2023

Uso y reproducción

Publicación de libre uso individual, no comercial. Prohibida la distribución para otros usos sin el consentimiento el editorial.

Aspectos bioéticos

Los autores declaran no existir conflicto de interés asociado a este manuscrito y la obtención de consentimiento informado de los pacientes. Este trabajo fue avalado por el Comité institucional de ética institucional.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento externo para este trabajo.

Resumen

Paciente masculino de 19 años, sin antecedentes personales patológicos ni quirúrgicos previos conocidos, con historia de episodios intermitentes de dispepsia, dolor abdominal y vómitos incoercibles desde el periodo neonatal. Fue manejado hasta la actualidad, como un paciente con reflujo gastroesofágico severo. El paciente había sido previamente abordado con estudios sonográficos abdominales por sospecha de urolitiasis, en los cuales se evidencia ascitis. Se le realiza tomografía abdominopélvica contrastada por cuadro de dolor en flanco izquierdo de larga data, evidenciando múltiples rotaciones de intestino delgado y ascendente, comprometiendo además algunas estructuras vasculares. Es llevado al salón de operaciones, donde se le realiza procedimiento de Ladd.

Abstract

A 19-year-old male patient, with no previous known pathologic or surgical history, with a history of intermittent episodes of dyspepsia, abdominal pain and incoercible vomiting since the neonatal period. He was managed to date as a patient with severe gastroesophageal reflux. The patient had been previously approached with abdominal sonographic studies for suspected urolithiasis, in which ascites was evidenced. A contrasted abdominopelvic tomography was performed due to long-standing pain in the left flank, showing multiple rotations of the small and ascending intestine, also involving some vascular structures. He was taken to the operating room, where Ladd procedure was performed.

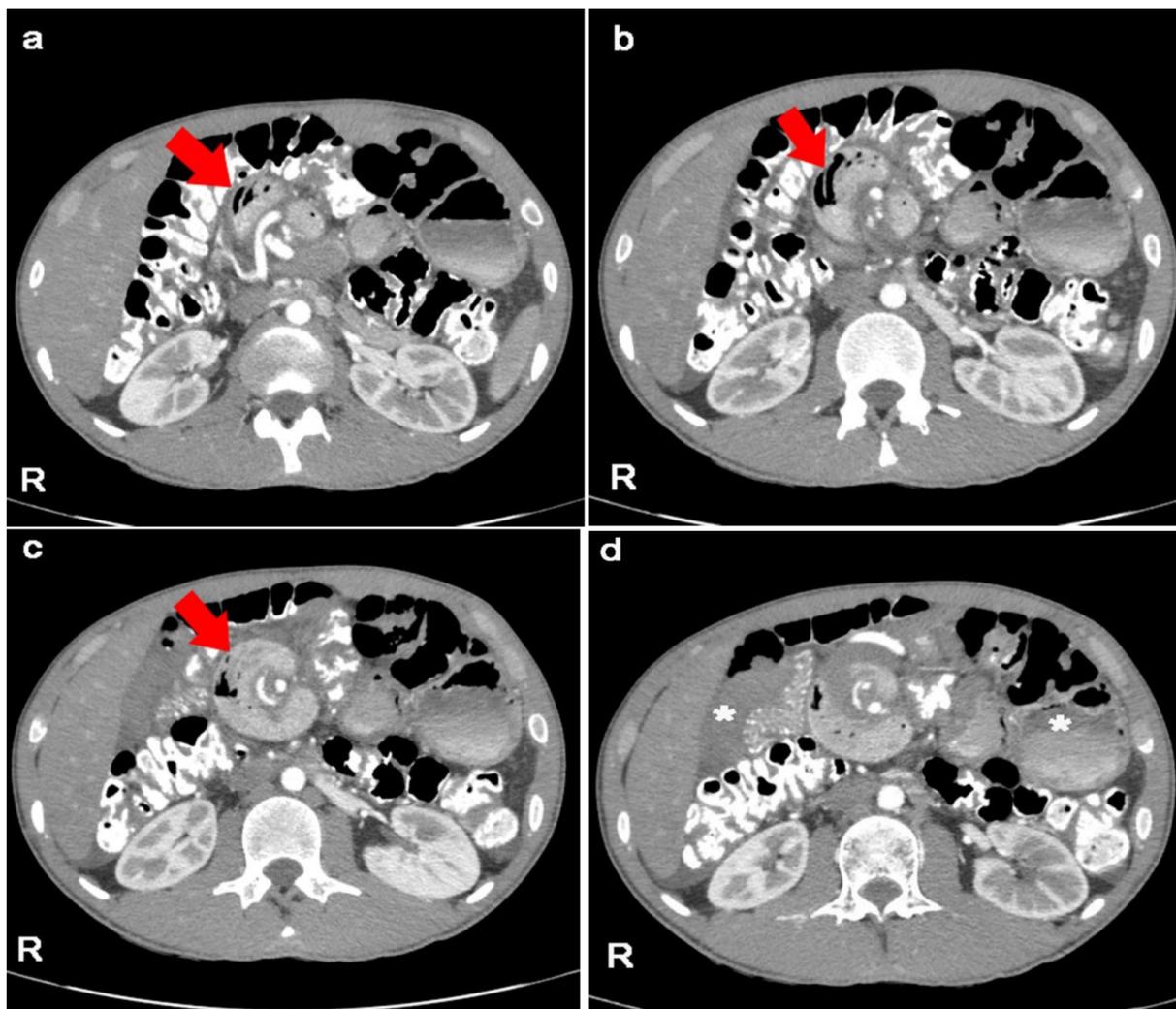
INTRODUCCIÓN

Paciente masculino de 19 años, quien no presenta antecedentes personales patológicos ni historia de cirugías previas, acude al servicio de radiología para realizarse una tomografía contrastada de abdomen y pelvis, indicada por su urólogo quien lo evaluó por dolor en flanco izquierdo de larga data. Previamente se le había realizado una ecografía abdominal al paciente, sin evidencia de urolitiasis, observándose la existencia de ascitis. Al

indagar la historia clínica, el paciente había presentado historia de vómitos incoercibles desde su edad neonatal, los cuales cursaban con periodos intermitentes asintomáticos.

El estudio demuestra en la proyección axial, que el intestino delgado, a partir de la tercera porción del duodeno, acompañado del ciego y colon ascendente

Figura 1. Secuencia de cortes axiales de TC en fase arterial.



Se muestra secuencia de cortes axiales de TC en fase arterial en donde se evidencia aumento del calibre de la vena mesentérica superior, la cual gira alrededor de la arteria mesentérica superior, rodeándola en su totalidad, (flecha roja). Se observa además giro concéntrico de la tercera porción de duodeno (flecha roja) y escasa cantidad de líquido periaza, asterisco blanco en d.

presentan dos giros y medio alrededor del eje de la arteria mesentérica superior; ubicándose estos dos últimos en el hemi abdomen derecho figuras 1a, 1b, 1c, 1d y escasa cantidad de líquido periaza. Además, se identifica ingurgitación de las venas mesentéricas las cuales presentan trayecto varicoso, rotando sobre el eje mesentérico en la misma dirección de las asas de intestino delgado, para confluir distalmente alrededor de la cabeza del páncreas. (Ver figura 2). El ciego se observa en posición central. (figura 3).

DISCUSIÓN

La malrotación intestinal es un padecimiento congénito con una incidencia de 0.2%. Se da por un giro inadecuado de las asas intestinales durante su retorno a la

cavidad abdominal en la embriogénesis entre la quinta octava semana de gestación [1].

A pesar de que muchos individuos con malrotación intestinal viven asintomáticos, esta condición predispone a vólvulos y hernias internas, con un potencial letal.

El cuadro clínico varía según la edad, siendo en la infancia mediante un vólvulo de intestino medio; mientras que en la edad adulta se da con cuadros de hernias internas u obstrucción duodenal, que resuelve de manera espontánea. Esta última se relaciona a torceduras del duodeno por las bandas de Ladd [2]. También se reportan cuadros inespecíficos de dolor abdominal, pérdida de peso, melena e incluso pancreatitis crónica [3].

En cuanto a los hallazgos por tomografía podemos encontrar ausencia del segmento retro mesentérico del duo-

Figura 2: TC corte axial en fase venosa.



Se observa aumento de calibre de la vena mesentérica superior (flecha blanca) y múltiples ramas colaterales intraperitoneales (punta de flecha blanca).

Figura 3: TC reconstrucción coronal de la fase venosa.



Se observa el ciego de ubicación en la línea media del abdomen (punta de flecha blanca).

deno, arteria mesentérica superior delgada y redondeada en comparación con su vena acompañante, presencia del colon predominantemente en el hemi abdomen izquierdo e intestino delgado en el derecho. Sin embargo, también podemos evidenciar la no rotación del intestino, visualizando la presencia del intestino delgado hacia el hemi abdomen derecho, íleon distal que decusa la línea media y ciego de ubicación central [2].

El pilar del tratamiento es el procedimiento de Ladd en el cual se liberan las bandas que fijan el duodeno, se amplía la raíz del mesenterio que recubre el intestino delgado, se liberan las adherencias en el eje de la arteria mesentérica superior y, de estar presente, se procede a la detorsión del vólvulo de intestino delgado [1].

CONCLUSIONES

La malrotación intestinal es frecuentemente subdiagnosticada debido a su cuadro clínico variable e inespecífico. La tomografía computarizada es el método más frecuente para su diagnóstico en un paciente en edad adulta y por lo general demuestra un ciego en posición medial y asas de intestino delgado lateralizadas, acompañados de inversión de los vasos mesentéricos. Su tratamiento quirúrgico es importante para prevenir complicaciones como vólvulos e isquemia intestinal.

REFERENCIAS

- [1] Roldan, J., Serrano, I., Merlo, S., Herrera, L., Muñoz, F. "Malrotación intestinal en el adulto: diagnóstico incidental". Revista Andaluza de Patología Digestiva. Vol. 44 No. 4. 2021.
- [2] Hernando, E., Cerdán, R., Vallejo, C., Martín, J., Sánchez, M., Casamayor, C. "Malrotación intestinal en adulto asociada a vólvulo intestinal". ELSEVIER. Vol. 85 No. 5. 2017.
- [3] Gallarin, I., Espino, M., Moreno, A., Salas, J. "Malrotación intestinal inusual en paciente adulto". ELSEVIER. Vol. 94 No. 1. 2016.