CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):46

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-176 - DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO POR MALROTACIÓN INTESTINAL. ¿SE DEBE OPERAR?

Acín Gándara, Débora; Pereira, Fernando; Rihuete, Cristina; Carrión, Lucía; Medina, Manuel; Iturbe, Mar; Naranjo, Carolina; Cruzado, Diego

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Resumen

Introducción: La malrotación intestinal es una patología poco frecuente que ocurre por una alteración embriológica durante la rotación del intestino medio alrededor del eje de la arteria mesentérica superior. En el adulto es difícil de diagnosticar debido a la baja incidencia y a su sintomatología inespecífica. El TC abdominal o tránsito intestinal confirma el diagnóstico de malrotación intestinal y sus posibles complicaciones asociadas. Cuando es sintomática requiere una intervención quirúrgica. Ésta fue descrita por William Ladd en 1936 y consta de varios pasos: la sección de las bandas de Ladd, la ampliación de la raíz del mesenterio del intestino delgado mediante la movilización del duodeno, la división de las adherencias en todo el eje de la arteria mesentérica superior para evitar vólvulo, la detorsión del vólvulo del intestino medio si está presente y apendicectomía.

Caso clínico: Paciente mujer de 54 años, con antecedentes personales de HTA, VIH en tratamiento con Kivexa y apendicectomía 20 años antes en otro Centro, siendo diagnosticada también de malrotación intestinal, sin corrección de la misma durante esa intervención. Es remitida por Medicina Digestivo por dolor crónico en hipocondrio derecho, sin náuseas ni vómitos, con tránsito intestinal conservado. Se realiza ecografía abdominal sin hallazgos patológicos, endoscopia digestiva alta con hernia de hiato pequeña no complicada y TC abdominopélvico donde se objetiva una malrotación intestinal con localización de la cuarta porción duodenal y el ángulo de Treitz hacia el hipocondrio derecho, asas de yeyuno e íleon en el lado derecho del abdomen y giro acompañante de los vasos mesentéricos. Recto, sigma y colon izquierdo en su posición anatómica habitual, visualizándose el colon transverso y colon derecho en hemiabdomen izquierdo, con el polo cecal y salida del íleon terminal en FII. Es intervenida de forma programada, realizando la intervención quirúrgica de Ladd. Se objetivan adherencias de epiplón a cicatriz de laparotomía media infraumbilical, malrotación intestinal completa, muñón apendicular de apendicectomía previa, colon derecho en línea media y banda de Ladd entre colon derecho ascendente y parietocólico, condicionando angulación y compresión entre 3ª y 4ª porción duodenal. Se realiza adhesiolisis, sección de banda de Ladd, dejando duodeno liberado y colocación del intestino delgado en hemiabdomen derecho, comprobándose su liberación completa desde duodeno a íleon terminal. Colon derecho, transverso e izquierdo en hemiabdomen izquierdo. La paciente fue dada de alta el quinto día postoperatorio sin complicaciones. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática con analítica y TC abdominal sin hallazgos patológicos.

Discusión: La malrotación intestinal requiere un alto índice de sospecha para diagnosticarla por su baja incidencia y su sintomatología inespecífica. El tratamiento es quirúrgico, siendo lo ideal hacerlo de forma programada mediante el procedimiento de Ladd. En los casos asintomáticos, aunque es más controvertido también estaría indicado ya que existe el riesgo de vólvulo o hernia interna que implicaría una intervención quirúrgica urgente con resección intestinal.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados