

CARTAS AL DIRECTOR

Vólvulo de intestino delgado: un diagnóstico radiológico inusual en adultos

Small bowel volvulus: an unusual radiological diagnosis in adults

Sr. Director:

El vólvulo de intestino delgado constituye una rara causa de obstrucción intestinal en el paciente adulto. Presentamos el caso de una mujer de 90 años en la que la radiología simple de abdomen mostró una imagen patognomónica e infrecuente que permitió el abordaje terapéutico temprano de la paciente.

Mujer de 90 años, con antecedentes de histerectomía hace más de 30 años, que acudió a urgencias por un cuadro de vómitos biliosos, estreñimiento y dolor mesogástrico de 2 días de evolución. En la exploración el abdomen era distendido y timpánico, doloroso de forma difusa y con disminución de los ruidos hidroaéreos. La radiología simple de abdomen evidenció una imagen inusual y patognomónica «en espiral» de asas intestinales dilatadas, muy indicativa

del diagnóstico de un vólvulo de intestino delgado (fig. 1 a). Se realizó tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste que demostró la disposición «en remolino» de los vasos mesentéricos (fig. 1 b). El diagnóstico precoz permitió el abordaje quirúrgico temprano de la paciente, confirmando la existencia de vólvulo de intestino delgado secundario a una brida con yeyuno medio y distal isquémico, y procediéndose a su resección con anastomosis lateroterminal. Meses después la paciente permanece asintomática.

El vólvulo del intestino delgado es una entidad poco frecuente, que implica la torsión del intestino delgado y su pedículo vascular mesentérico¹. Mientras que en el periodo neonatal constituye una enfermedad muy reconocida, su prevalencia en la población adulta es baja, y la mayoría de los casos de volvulación intestinal en este grupo de edad afectan al colon². El vólvulo de intestino delgado puede producirse de forma espontánea (tipo primario), sin embargo, lo más frecuente es su asociación con alguna alteración anatómica predisponente (tipo secundario), ya sean adherencias, como en nuestra paciente, u otras como hernias internas, tumores o divertículos, malrotaciones intestinales congénitas o embarazo³⁻⁶. Dada su baja incidencia en el adulto y el carácter inespecífico de los síntomas,

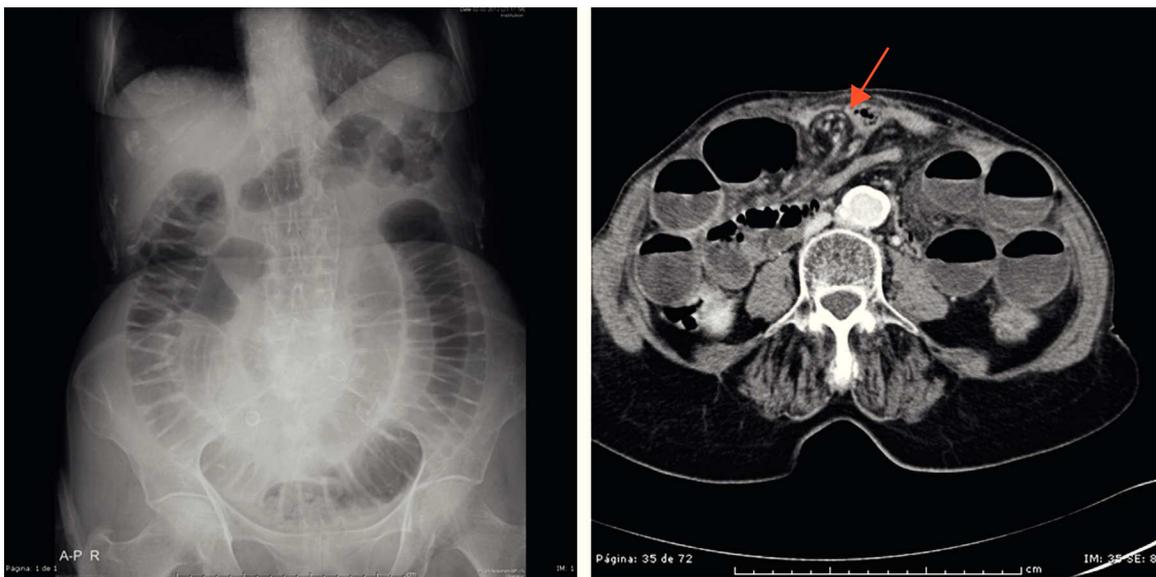


Figura 1 a) Radiología simple de abdomen: dilatación de las asas de intestino delgado con una llamativa disposición «en espiral». b) TC abdominal: imagen «en remolino» correspondiente a la torsión de los vasos mesentéricos (flecha roja).

similares a los de cualquier obstrucción intestinal, se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico⁷. Aunque la radiología simple de abdomen tradicionalmente ha constituido la primera prueba de imagen realizada ante un cuadro compatible con la sospecha de una obstrucción intestinal, generalmente esta solo muestra signos inespecíficos, como la aireación de las asas de intestino delgado proximales a un punto de transición colapsado, y aporta pocos datos sobre el diagnóstico etiológico^{8,9}. En el caso presentado, sin embargo, la imagen radiológica simple de las asas intestinales dilatadas con una disposición patognomónica «en espiral» era muy indicativa del diagnóstico de un vólvulo intestinal, posteriormente confirmado con la TC abdominal. La TC abdominal se considera en la actualidad la prueba diagnóstica de referencia, que es capaz de mostrar la torsión de los vasos mesentéricos⁹. El abordaje quirúrgico precoz de esta entidad es imprescindible para prevenir el desarrollo de complicaciones asociadas a la isquemia vascular que empeoran seriamente el pronóstico¹⁰.

Por tanto, el vólvulo de intestino delgado constituye una causa de obstrucción intestinal muy infrecuente en el adulto, siendo necesario una gran sospecha diagnóstica clínica y radiológica para su reconocimiento y abordaje precoz.

Bibliografía

- Garg RC, Sharma J, Kumar N, Puri AS, Sachdev AK, Lamba GS. Symptomatic volvulus due to mid gut malrotation in an adult. *Trop Gastroenterol.* 2001;22:93–4.
- Ott C, Scholmerich J, Zuber-Jerger I. Small bowel volvulus: a rare complication in adults. *Dig Liver Dis.* 2007;39:791–2.
- Grasso E, Sciolli L. Spontaneous small bowel volvulus in an adult. Case report and review of the literature. *Ann Ital Chir.* 2011;82:413–6.
- Chou CK, Mark CW, Wu RH, Chang JM. Large diverticulum and volvulus of the small bowel in adults. *World J Surg.* 2005;29:80–2.
- Connolly MM, Unti JA, Nora PF. Bowel obstruction in pregnancy. *Surg Clin North Am.* 1995;75:101–13.
- Fan HL, Chen TW, Hong ZJ, Hsieh CB, Chan DC, Chen CJ, et al. Volvulus of small intestine: rare complication of mesenteric pseudocyst. *Z Gastroenterol.* 2009;47:1208–10.
- Lepage-Saucier M, Tang A, Billiard JS, Murphy-Lavallee J, Lepanto L. Small and large bowel volvulus: clues to early recognition and complications. *Eur J Radiol.* 2010;74:60–6.
- Sandhu PS, Joe BN, Coakley FV, Qayyum A, Webb EM, Yeh BM. Bowel transition points: multiplicity and posterior location at CT are associated with small-bowel volvulus. *Radiology.* 2007;245:160–7.
- Feng ST, Chan T, Sun CH, Li ZP, Guo HY, Yang GQ, et al. Multiphase MDCT in small bowel volvulus. *Eur J Radiol.* 2010;76:13–8.
- Ruiz-Tovar J, Morales V, Sanjuanbenito A, Lobo E, Martinez-Molina E. Volvulus of the small bowel in adults. *Am Surg.* 2009;75:1179–82.

Alicia Martín-Lagos Maldonado^{a,*}, Jose Maximiliano Garofano Jerez^b, Isabel Saucedo Villanova^{a,b}, Ángel Palacios Pérez^a y Javier Salmerón Escobar^a

^a Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aliciamartin-lagos@hotmail.com (A. Martín-Lagos Maldonado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.04.004>

Tricobezoar como causa de obstrucción intestinal en mujer adolescente



A trichobezoar causing intestinal obstruction in an adolescent girl

Sr. Director:

Existen múltiples causas de obstrucción intestinal de origen mecánico, siendo una entidad poco frecuente en pacientes jóvenes sin patología orgánica de base ni intervenciones quirúrgicas previas.

La presencia de bezoar de gran tamaño en cavidad gástrica como origen del cuadro obstructivo es inusual, en particular el de los tricobezoares, por lo que describimos el caso siguiente^{1,2}.

Mujer de 13 años, sin antecedentes de interés que consulta en urgencias por dolor abdominal y masa abdominal palpable de un año de evolución. Refería estreñimiento progresivo y disminución del apetito. No presentaba náuseas ni vómitos. En la exploración llamaba la atención a nivel de

epigastrio una masa de consistencia dura con crepitación a la palpación.

Se realizó TC de urgencia, objetivando ocupación de todo el hemiabdomen superior de gran cantidad de restos fecales y burbujas aéreas visualizando imagen ovalada y lobulada, sólida, con gas en su interior sugestivo de bezoar³ (fig. 1a).

Se solicitó endoscopia digestiva alta en quirófano para valorar extracción, objetivando gran molde de pelo compacto que se extiende en longitud desde fundus hasta región antral, siendo imposible su extracción dado su gran tamaño y consistencia del mismo.

Finalmente se decide intervención quirúrgica urgente, en primera instancia se intenta abordaje laparoscópico realizando gastrotomía sobre cara anterior sin poder extraer el bezoar por lo que se tiene que reconvertir a cirugía abierta, consiguiendo extracción del bezoar de 25 cm cuyo contenido era acúmulos de cabellos en relación con tricofagia, como causa del cuadro obstructivo (fig. 1b).

La tricofagia es un trastorno de conducta que lleva a la ingesta de cabellos propios o de otras personas, animales u objetos⁴. Si esta conducta se mantiene en el tiempo puede dar lugar a verdaderos cuadros de obstrucción intestinal