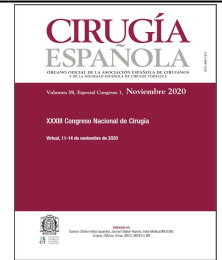




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-688 - VÓLVULO INTESTINAL COMO DEBUT DE MALROTACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Suarez, Miguel; Rial Justo, Xiana; Jiménez Cubedo, Elena; Lucena de la Poza, José Luis; León Gámez, Carmen Lucero; Román García de León, Laura; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: El vólvulo intestinal secundario a malrotación intestinal es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en el adulto. El debut de la malrotación intestinal en forma de vólvulo como causa de obstrucción intestinal en el adulto es infrecuente. Se presenta un caso de malrotación intestinal asociado a vólvulo intestinal en el adulto y se realiza una revisión bibliográfica.

Caso clínico: Varón de 41 años sin antecedentes de interés con cuadro de náuseas y vómitos de 3 días de evolución, ausencia de deposición de 2 semanas de evolución y pérdida de peso en el último mes. A la exploración presenta dolor abdominal difuso sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente destaca insuficiencia renal aguda, hipertransaminasemia, y leucocitosis con desviación a la izquierda. Se decide ingreso con diagnóstico de síndrome constitucional a estudio. Se realiza TC abdominal que describe una marcada dilatación de la cámara gástrica y duodeno, con imagen de torsión del mesenterio a nivel del ángulo de Treitz que asocia marcado giro “en remolino” de ramas arteriales y venosas yeyunales, medialización de la vena mesentérica superior con respecto a la arteria mesentérica superior, localización derecha de yeyuno en cavidad abdominal y localización muy posterior y baja del colon transversal con presencia de porción ileocecal en posición alta del abdomen, todo ello compatible con volvulación del intestino delgado asociada a malrotación intestinal. Con estos hallazgos, se decide laparoscopia exploradora en la que se objetiva una malrotación intestinal inversa, con duodeno y ángulo de Treitz en situación anterior y lado derecho así como colon transversal en hipogastrio y en situación posterior, con ciego medializado. Se convierte a laparotomía, realizando adhesiolisis peritoneal, detorsión del paquete intestinal y apendicectomía. El paciente presenta un posoperatorio favorable, siendo dado de alta con tránsito intestinal completo y ausencia de dolor abdominal al séptimo día posoperatorio. Al mes de la cirugía, tras revisión en consultas externas, el paciente permanece asintomático, siendo dado de alta.

Discusión: La malrotación intestinal es una anomalía congénita de la rotación y fijación intestinal que se manifiesta predominantemente como causa de obstrucción intestinal en el período neonatal, secundario a la presencia de bandas fibróticas o volvulación intestinal. La incidencia en adultos de esta anomalía se estima en torno al 0,2%, siendo habitualmente asintomática. La complicación más frecuente de la malrotación intestinal en el adulto es la volvulación intestinal. El diagnóstico clínico es complejo por la baja incidencia de esta anomalía como causa de obstrucción intestinal en el adulto, por lo que los hallazgos radiológicos en la TC abdominal urgente con signos considerados patognomónicos tales como el signo del “remolino”, como se describe en la TC de nuestro paciente, juegan un papel importante. El tratamiento de elección de este cuadro es quirúrgico mediante el procedimiento de Ladd, consistente en una laparotomía para la reducción del

vólvulo, sección de las bandas peritoneales de Ladd si las hubiera, localización del intestino delgado y grueso en posición de no rotación y remoción del apéndice malposicionado, como se realizó en nuestro caso.