



P-692 - VÓLVULO DE CIEGO ASOCIADO A MALROTACIÓN INTESTINAL

Soto Dopazo, Macarena; Pérez Prudencio, Elena; Arango Bravo, Altea; Nuño Iglesias, Christian; Mateos Palacios, Carlos; Alonso Blanco, Rubén Alfredo; Fernández Fernández, José Carlos

Hospital de Cabueñes, Gijón.

Resumen

Objetivos: La malrotación intestinal es una anomalía congénita del tubo digestivo que se produce durante la etapa embriológica debido a anomalías en la rotación y fijación intestinal. El tipo “mesenterio común incompleto” corresponde a una rotación antihoraria a 180° del asa umbilical, con ángulo de Treitz a la derecha de la columna, región ileocecal preduodenal y raíz del meso muy corta, con elevado riesgo de vólvulo total de intestino delgado. El tipo “mesenterio común completo” se debe a una rotación antihoraria a 90°, ángulo de Treitz a la derecha, región ileocecal en la fosa ilíaca izquierda, localizándose la totalidad del intestino delgado en el hemiabdomen derecho y del colon en el hemiabdomen izquierdo, con una raíz del meso larga que impide un vólvulo total de intestino delgado. Sus complicaciones se presentan sobre todo en la edad pediátrica, siendo excepcionales en la edad adulta.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 35 años, previamente asintomático, que acude a urgencias por dolor y distensión abdominal de 2 días de evolución, asociando vómitos y ausencia de deposiciones. A la exploración física presenta mal estado general, distensión abdominal predominante en hemiabdomen inferior con sensación de ocupación, abdomen doloroso difuso a la palpación, sin defensa ni signos de irritación peritoneal y peristalsis disminuida. La radiografía de abdomen muestra una imagen hidroaérea en hipogastrio, dilatación de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos en bipedestación. Se realiza un TAC abdominal urgente objetivándose un vólvulo de ciego con una disposición atípica del ángulo duodenoyeyunal y asas de intestino delgado orientadas hacia la derecha y marco cólico a la izquierda compatible con malrotación intestinal no conocida. Se decide intervenir de forma urgente, realizándose una laparotomía exploradora, donde se confirma la existencia de una malrotación intestinal en posición de mesenterio común completo y un vólvulo de ciego, que conlleva una obstrucción intestinal retrógrada y una hipoperfusión y necrosis de las paredes del ciego con ausencia de peristalsis que persiste tras devolvulación. Se realiza una resección ileocecal con anastomosis latero-lateral mecánica y liberación del ángulo de Treitz con sección de bridas. El paciente presenta un posoperatorio sin complicaciones.

Discusión: La mayoría de las malrotaciones intestinales en el adulto se presentan de forma asintomática y se diagnostican tras un hallazgo casual. En ocasiones, se pueden presentar como dolor abdominal crónico o un cuadro de obstrucción intestinal aguda, producido principalmente por una torsión intestinal por hiperlaxitud de los tejidos o una obstrucción por las bridas de Ladd. Es importante un diagnóstico y tratamiento precoz para disminuir el riesgo de complicaciones como la isquemia, evitando así la resección intestinal. El *gold standard* es el procedimiento de Ladd que consiste en una laparotomía con desrotación del vólvulo intestinal si está presente, liberación del ciego y sección de las bridas peritoneales de Ladd, liberación del ángulo de Treitz, movilización del primer asa yeyunal hacia la derecha con ampliación del mesenterio para prevenir

nuevos vólvulos y apendicectomía profiláctica. La vía laparoscópica también está descrita para este procedimiento con resultados similares.