



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-172 - A PROPÓSITO DE UN CASO: MALROTACIÓN INTESTINAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Martínez Moreno, José Luis; Filardi Fernández, Laura; del Pozo Gil de Pareja, Pablo; Castañer Ramón-Llin, Juan; Abellán López, María; Pérez Salar, Remedios; García García, Consuelo; Soria Aledo, Víctor

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: La malrotación intestinal ocurre durante el desarrollo embrionario, siendo rara su presentación en adultos. Puede presentarse como: aguda (abdomen agudo por vólvulo intestinal) o crónica (síntomas digestivos inespecíficos). Presentamos el caso de una paciente adolescente con obstrucción intestinal por malrotación intestinal.

Caso clínico: Mujer de 17 años que consultó en Urgencias por cuadro de dolor abdominal inespecífico e intolerancia oral de 5 días de evolución, asociando tos. Sin antecedentes de interés. A la exploración abdominal molestias a la palpación difusa sin signos de irritación. Analítica con leucocitos: $24,2 \times 10^3/\mu\text{L}$ y neutrófilos: 84,7%. Se realizó ecografía abdominal: sin datos de patología aguda y radiografía de tórax con aumento de radiodensidad basal izquierda mal definida. Se decidió ingreso a cargo de infecciosas por neumonía basal izquierda. Ante la persistencia del cuadro de intolerancia oral al 4.º día se realizó gastroscopia (normal) y al 6.º día nueva ecografía abdominal que informa de disminución del ángulo aortomesentérico, hallazgo compatible con pinza aortomesentérica. Al 8.º día se realizó TAC que informó distensión gástrica y duodenal con cambio de calibre en la cuarta porción duodenal que no atravesaba la línea media, compatible con malrotación intestinal. Tras comentar el caso en sesión clínica se decidió laparoscopia exploradora programada. Se evidenció malrotación intestinal en 3.ª-4.ª porción duodenal, a la derecha de la línea media, y todo el intestino delgado dentro de un saco herniario dependiente del epiplón mayor. Se realizó liberación retrógrada, desde el íleon terminal, del contenido a través del orificio herniario. Liberación de 3ª y 4ª porción duodenal, comprobando continuidad del tubo digestivo. Cierre del orificio. La paciente evolucionó favorablemente siendo alta al 5.º día posoperatorio. Tolerando dieta oral y con tránsito intestinal. En revisión en consultas externas al mes se encontraba asintomática, con leve ganancia ponderal.

Discusión: La malrotación intestinal es una anomalía que abarca el fallo embrionario de la rotación del intestino alrededor del eje de los vasos mesentéricos superiores, y su posterior fijación del mesenterio. El 80% se diagnostican en el primer mes de vida y el 90% antes del primer año. El cuadro clínico puede presentarse desde asintomático, como en la mayoría de los casos, o con síntomas inespecíficos (dispepsia, pérdida de peso, intolerancia oral o vómitos, como en nuestro caso) hasta un abdomen agudo por vólvulo/obstrucción intestinal. Para el diagnóstico definitivo es fundamental el TAC que demuestra la malposición intestinal y hallazgos extraintestinales que

ayudan al diagnóstico y a la planificación quirúrgica: signo del remolino, asas de intestino delgado en el cuadrante superior derecho del abdomen, falta de visualización del ciego en la fosa iliaca derecha, dilatación de asas duodenales y flexura duodeno-yeyunal hacia la derecha y alteraciones anatómicas de los vasos mesentéricos superiores. Muchos autores defienden la corrección quirúrgica mediante la “operación de Ladd” incluso en paciente asintomáticos. En conclusión, la malrotación intestinal en el adulto presenta síntomas inespecíficos por lo que se asocia a un retraso diagnóstico, en nuestro caso ocho días. Deberá ser considerado en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor abdominal, vómitos e intolerancia oral sin causa aparente.