



IMÁGENES Y CIRUGÍA

No rotación intestinal del adulto como causante de cuadro de dolor abdominal agudo



No intestinal rotation in adults to cause symptoms of acute abdominal pain

Ricardo Lucas García-Mayor Fernández^{a,*}, María Fernández-González^b,
Pablo Díaz-Cardamas^a, Javier Cumplido-Barreiro^a, Dolores Rodríguez-Romano^a
y Rafael Martínez-Almeida Fernández^a

^a Servicio de Cirugía General, Hospital do Salnés, Área Gestión integrada Pontevedra-Salnés, Vilagarcía de Arousa, Pontevedra, España

^b Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Orense, Orense, Galicia, España

Disponible en Internet el 8 de agosto de 2016

Mujer de 59 años sin antecedentes quirúrgicos que consulta por dolor agudo en hemiabdomen derecho. Refiere clínica de larga data de dispepsia y plenitud posprandial. Se realiza ecografía abdominal que se complementa con tomografía computarizada, obteniendo hallazgos sugestivos de *no rotación intestinal*: relación anómala arteria-vena mesentérica superior, asas de intestino delgado a la derecha del abdomen de calibre normal (fig. 1) y ciego en línea media. Se visualiza apéndice, de características normales (fig. 2). Se ingresa con tratamiento médico basado en reposo digestivo y analgesia, con evolución favorable, siendo egresada a los 4 días, asintomática y con tolerancia oral completa.

La no rotación intestinal es una anomalía congénita, consecuencia de una rotación intestinal incompleta durante la etapa de desarrollo fetal¹. La mayoría de casos se reportan en el primer mes de vida^{1,2}, presentándose como cuadros de obstrucción intestinal. También puede observarse en niños mayores y adultos con historia de dolor abdominal crónico recurrente exacerbado con la ingesta que son mal diagnosticados de otras patologías^{3,4}, o de forma aguda, siendo esta muy infrecuente⁵. También



Figura 1 Tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso con reconstrucción coronal donde se observan las asas del intestino delgado no dilatadas situadas a la derecha del abdomen (con diámetro de 23,8 mm).

puede presentarse como hallazgo incidental en estudios de imagen de pacientes asintomáticos⁶, por lo que la verdadera incidencia de la enfermedad es difícil de determinar.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lucascargiamayor@gmail.com (R.L. García-Mayor Fernández).



Figura 2 Tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso con reconstrucción coronal donde se aprecia marco cólico desplazado a la izquierda con ciego en línea media, y dependiente del mismo, se visualiza apéndice, de 6,8 mm, de características normales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Strouse PJ. Disorders of intestinal rotation and fixation ("malrotation"). *Pediatr Radiol.* 2004;34:837-51.
2. Torres AM, Ziegler MM. Malrotation of the intestine. *World J Surg.* 1993;17:326-31.
3. Kanazawa T, Kasugai K, Miyata M, Miyashita M, Mizuno M, Nagase E, et al. Midgut malrotation in adulthood. *Intern Med.* 2000;39:626-31.
4. Gamblin TC, Stephens RE, Johnson RK, Rothwell M. Adult malrotation: A case report and review of the literature. *Curr Surg.* 2003;60:517-20.
5. Kapfer SA, Rappold F. Intestinal malrotation — not just the pediatric surgeon's problem. *J Am Coll Surg.* 2004;199:628-35.
6. Choi M, Borenstein SH, Hornberger L, Langer JC. Heterotaxia syndrome: The role of screening for intestinal rotation abnormalities. *Arch Dis Child.* 2005;90:813-5.