

Diverticulis aguda en una paciente con malrotación intestinal

J.M. PERAZA CASAJÚS¹, I. BODEGA QUIROGA¹, M. GARCÍA-ORIA¹, NATALIA Z. ROSADO DAWID², P. VALLEJO DESVIAT³

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla, Madrid, España

²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla, Madrid, España

³Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla, Madrid, España

Estudio conducido en Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla, Madrid, España

Dirección para correspondencia: J.M. Peraza Casajús, Servicio de Cirugía General, Hospital Central de la Defensa "Gómez-Ulla", Glorieta del Ejército, s/n, 28047, Madrid, España – jesusmanuelper@msn.com

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

CASO CLÍNICO

Mujer de 61 años, afebril y hemodinámicamente estable, que acude a urgencias por presentar dolor abdominal de 5 días de evolución. Exploración abdominal: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda, sin defensa. Tomografía computadorizada abdominal: múltiples divertículos en colon descendente y sigma, engrosamiento de pared y discretos cambios inflamatorios de grasa pericólica (Figura 1); asas de intestino delgado en fosa iliaca derecha (FID) (Figura 2); en proyección de máxima intensidad (MIP), cruce de la arteria mesentérica superior por delante de la vena, colocándose a la derecha de ésta (Figura 3).



Figura 1 – Múltiples divertículos en colon descendente y sigma con un segmento de colon que presenta engrosamiento de la pared y discretos cambios inflamatorios de la grasa pericólica.

DISCUSIÓN

La malrotación intestinal en el adulto presenta una incidencia aproximada de un 0.19 %¹. Su presentación puede ser aguda (obstrucción intestinal, vólvulos e isquemia intestinal); o crónica, con molestias abdominales de tipo cólico y vómitos biliosos. En ocasiones, los pacientes permanecen asintomáticos siendo un hallazgo casual que se descubre al realizar exploraciones radiológicas por otros motivos, como ocurre en el caso que presentamos.

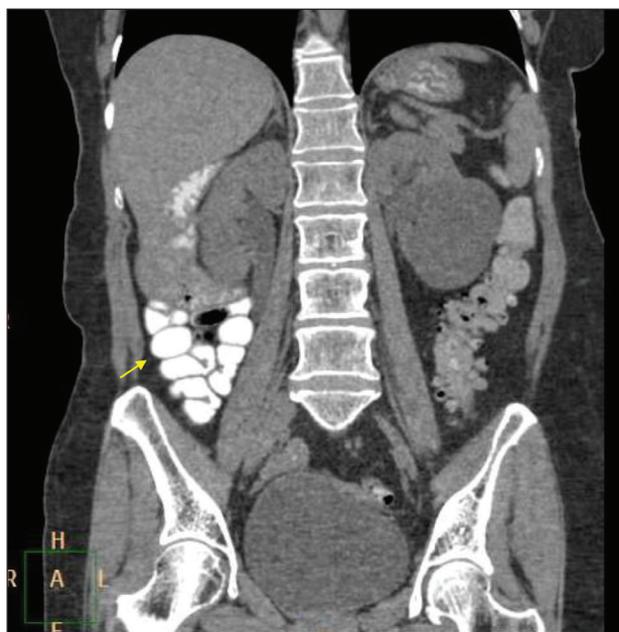


Figura 2 – Asas de intestino delgado en fosa ilíaca derecha.

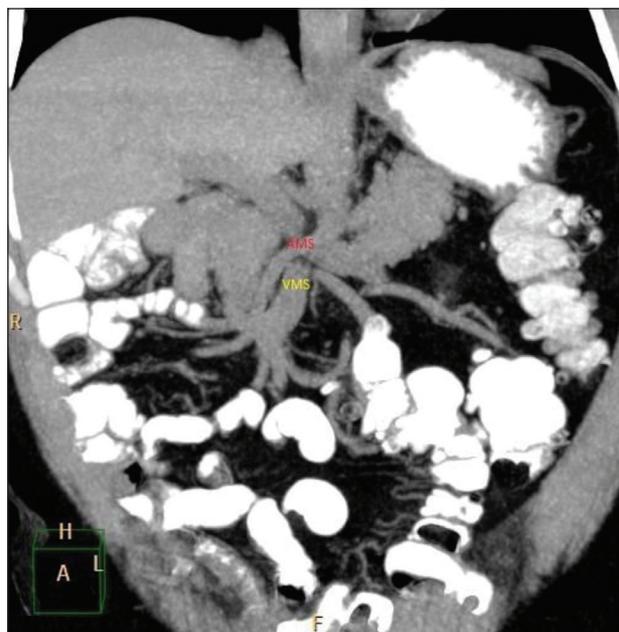


Figura 3 – Cruce de la arteria mesentérica superior por delante de la vena, colocándose a la derecha de ésta

Todos los pacientes sintomáticos deben tratarse quirúrgicamente, mediante el procedimiento profiláctico de Ladd. Nuestra paciente no presentaba sintomatología abdominal previa debida a su malrotación intestinal. En adultos asintomáticos la realización de este procedimiento está cuestionada, debido a la baja incidencia de vólvulos de intestino delgado en estos pacientes^{2,3}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lubinus Badillo FG, Rojas Rueda SP, Salcedo Hernández CJ. Intestinal malrotation as a cause for abdominal pain in adults. Case revision. *Med UNAB*. 2006;9:156-8.
2. Malek MM, Burd RS. Surgical treatment of malrotation after infancy: a population-based study. *J Pediatr Surg*. 2005;40:285-9.
3. Malek MM, Burd RS. The optimal management of malrotation diagnosed after infancy: a decision analysis. *Am J Surg*. 2006;191:45-51.