

Malrotación y Vólvulo. Reporte de un caso.

HOSPITAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE "JOSÉ R. LÓPEZ TABRANE"- HOSPITAL UNIVERSITARIO "GABRIELTOURÉ.DE BAMAKO". MALÍ
Malrotación y Vólvulo. Reporte de un caso.
Bad rotation and volvulus. Report of a case.

AUTORA:

Dra. Juliana M Tarajano Márquez
Especialista de 1er. Grado en Radiología. Profesora Asistente

RESUMEN

La malrotación intestinal con vólvulo es una de las emergencias quirúrgicas más graves en el menor de un año. El diagnóstico y la intervención quirúrgica temprana prevendrán la gangrena del intestino y la peritonitis. Se presenta el caso de una lactante de un mes que ingresa en el servicio de Pediatría del Hospital Universitario "Gabriel Touré de Bamako", República de Mali; con vómitos biliares y fiebre. Se realizan estudios imagenológicos para precisar diagnóstico: ultrasonido, rayos X de abdomen simple y rayos X de estómago y duodeno. Se plantean como hipótesis diagnósticas: oclusión a nivel del ángulo duodeno-yeyunal por posible malrotación con estenosis duodenal y vólvulo y páncreas anular como posibles hipótesis diagnósticas. Se aplicó tratamiento quirúrgico donde se corrobora malrotación intestinal con estenosis del duodeno por banda de Ladd y vólvulo de estómago.

DESCRIPTORES(DeCS):

VÓLVULO INTESTINAL/diagnóstico
VÓLVULO INTESTINAL/radiografía
VÓLVULO INTESTINAL/cirugía
VÓLVULO INTESTINAL/congénito
VÓLVULO INTESTINAL/etiología
HUMANO

INTRODUCCIÓN

La malrotación intestinal es un defecto congénito que ocurre durante la etapa fetal en la décima semana de la gestación aproximadamente. En la vida fetal comienza el tracto digestivo como un tubo recto que se extiende desde el estómago hasta el recto. Inicialmente éste se encuentra en el abdomen del feto; pero durante un tiempo parte del intestino se desplaza hacia dentro del cordón umbilical. A la décima semana el intestino sale del cordón umbilical y vuelve a ingresar en el abdomen fetal. Después de este regreso al abdomen el intestino da dos vueltas y deja de ser un tubo recto. En la malrotación el intestino no da dichas vueltas, haciendo que ciego y apéndice permanezcan en la parte superior del lado izquierdo. El mesenterio, incluida la arteria mesentérica superior, queda entonces fijada por un tallo muy estrecho que puede girar sobre sí misma, produciendo un vólvulo de la zona intermedia del intestino. (1, 2)

Se invoca que muchas de las atresias y/o estenosis atribuidas en épocas anteriores a una falta de recanalización son realmente debidas a un vólvulo y necrosis prenatal del intestino (2). Además de los síntomas y el examen físico al lactante, los procedimientos para el diagnóstico de la estenosis duodenal y el vólvulo por malrotación incluyen diversos estudios por imágenes: ultrasonido diagnóstico, rayos X de abdomen simple y rayos X de estómago y duodeno. (3- 7) Presentamos las técnicas por imágenes en una lactante de un mes, la cual presentó una estenosis duodenal por vólvulo debido a una malrotación intestinal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente D. L., raza negra, sexo femenino de un mes de edad, con antecedentes de vómitos biliosos desde la primera semana de su nacimiento, es admitida en servicio de Pediatría del Hospital Universitario Gabriel Touré de Bamako, República de Malí. Al examen físico se constata importante pérdida de peso, signos de deshidratación y estado clínico que empeora al comenzar a presentar fiebre, siendo trasladada al servicio de Terapia Intensiva Pediátrica. Se comienza rehidratación de la paciente y se decide realizar los siguientes exámenes por imágenes: ultrasonido abdominal y rayos X abdominal simple y posteriormente rayos X de estómago y duodeno. Al ultrasonido abdominal se constata distensión gástrica y duodenal con fluidos gastroduodenales abundantes. No se puede precisar adecuadamente asas yeyunales.

El Rx de abdomen simple :

- Acostado : Distensión gaseosa del estómago (gran burbuja de aire central). No se precisa resto de gas en abdomen (foto 1)
- De pie : Nivel hidroaéreo subdiafragmático que corresponde a fundus gástrico con niveles escasos de aire a nivel de región duodenal. Resto de abdomen sin niveles hidroaéreos o gas (foto 2).

Se decide realizar Rx estómago y duodeno :

- Oblicua y lateral acostado : Se observa estómago con sustancia baritada y distensión del duodeno sin paso del contraste a través del mismo al yeyuno (foto 3).
- Oblicua y lateral de pie : Se corrobora nivel aire-bario en la región del estómago y duodeno sin paso de contraste a asas yeyunales (foto 4).

Se dan como hipótesis diagnósticos: estenosis duodenal y vólvulo de intestino o páncreas anular.

Es intervenida quirúrgicamente la lactante, corroborándose estenosis duodenal por vólvulo, provocado por error de fijación del mesenterio y un intestino medio unido por una zona estrecha alrededor de la arteria mesentérica superior que provocaba la malrotación del mismo. (Figura 1)

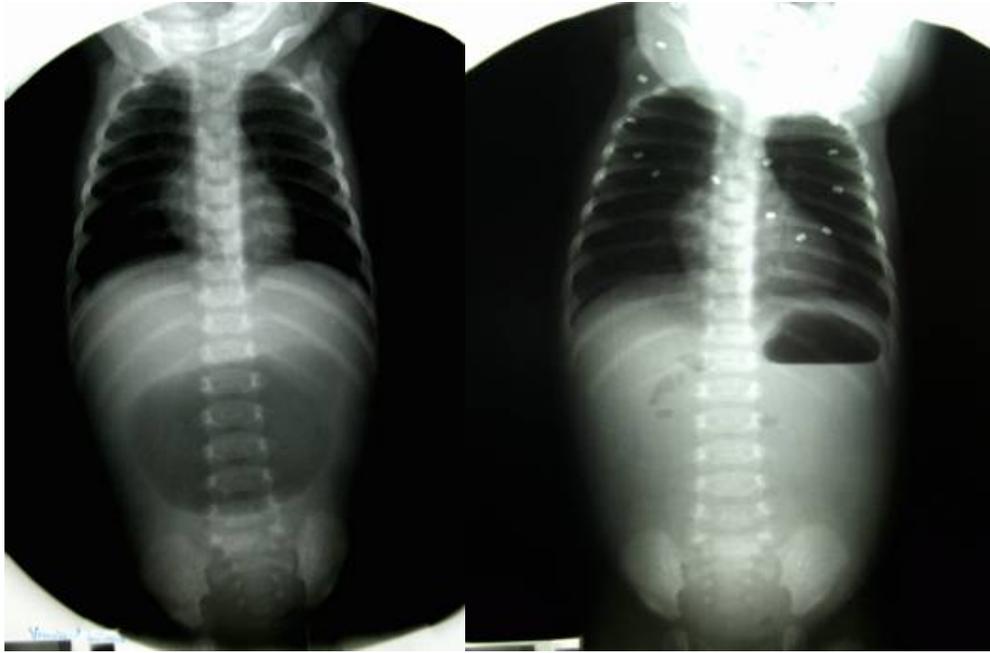


FOTO 1 FOTO 2

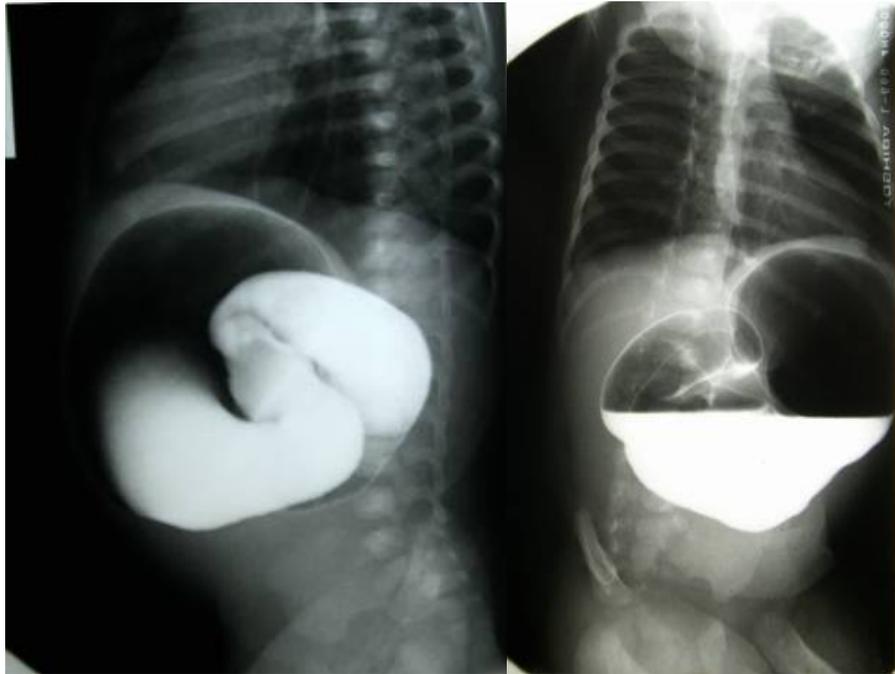


FOTO 3 FOTO 4

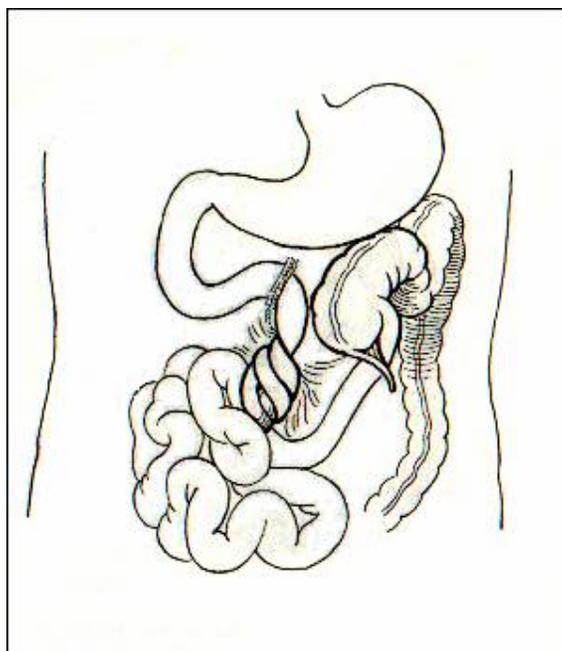


Figura No. 1

DISCUSIÓN

El vólvulo de estómago es la complicación más frecuente provocada por malrotación intestinal en las primeras semanas de vida (1,2,5). Cuando el diagnóstico de malrotación se sospecha, es necesario realizar los exámenes imagenológicos correspondientes: ultrasonido abdominal y Rx de abdomen simple. Si es demostrado el signo de doble burbuja, gas en duodeno sin corroborar asas yeyunales, los posibles diagnósticos de malrotación y vólvulo, así como atresia y/o estenosis duodenal serán de peso para conclusiones. Si lo permiten las condiciones del lactante, un estudio baritado del estómago y duodeno será necesario para corroborar el diagnóstico radiológico (1, 6, 5). La posibilidad del diagnóstico radiológico será necesaria para una intervención quirúrgica inmediata y una recuperación exitosa del paciente (2,5,7). En nuestro caso la actuación del diagnóstico por imágenes y la intervención quirúrgica posterior al mismo conllevó a un restablecimiento inmediato de la lactante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corría SC. Malrotación Intestinal. Presentación de un caso. Rev Portal de Salud; 2005.
2. Caffey J. Diagnóstico Radiológico en Pediatría. Rev cuba pediatr 1985; 2: 733-5
3. Peitz H G. Volvulus in Childhood. Radiologe 1997; 37 (6): 439-45.
4. Leonidas J C, Magid N, Soberman N, Glass T S. Midgut volvulus in infants: Diagnosis with US. Work in progress. Radiology 1991; 179 (2): 491-3.
5. Rasmussen L, Andersen O P, Pedersen A S. Intestinal Malrotation and volvulus in infancy. Pediatric surgery internacional 1990; 5 (1): 27-9.
6. Long F R, Kramer S S, Markowitz R I, Taylor G E. Radiographic patterns of intestinal malrotation in children. Radiographics 1996; 16: 547-56.

7. Strouse P J. Disorders of intestinal rotation and fixation ('malrotation").
Pediatric Radiology 2004; 34 (11): 837-51.

SUMMARY

Intestinal bad rotation with volvulus is one of the most serious emergencies in infants under one year old. Early diagnosis and surgery would prevent intestinal gangrene and peritonitis. We present the case of a one-month old child treated in the Pediatrics Ward of the University Hospital "Gabriel Toure" of Bamako , Republic of Mali , with bile vomits and fever. Some image studies were made to state the diagnosis: a simple X-ray of abdomen, and X-rays of stomach and duodenum. Two possible diagnostic hypotheses were stated: occlusion at the level of duodenum-jejunal angle as a result of a possible bad rotation with duodenal stenosis and volvulus, and annular pancreas. Surgical treatment was applied, as a result of which an intestinal bad rotation with duodenal stenosis for Ladd's band and stomach volvulus were corroborated.