
REPORTE DE CASO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MAL ROTACIÓN INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

INTESTINAL MALROTATION SURGICAL TREATMENT, A CASE REPORT

Daniela García Obreque¹, María González Matamala¹, María Flores Alvarado¹, Valentina Gallyas Ortiz¹, Claudio Mora Pavez MD²

¹Interno de medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

²Médico-Cirujano, Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital El Pino, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: La mal rotación intestinal es una malformación congénita de la rotación y fijación intestinal. Su presentación en adultos es rara, incidencia de 0.2%. No se considera una emergencia quirúrgica pero sus complicaciones sí.

Caso Clínico: Hombre de 29 años, con historia de dolor abdominal a repetición, consulta en servicio de urgencias por dolor hipogástrico progresivo hasta intensidad 8/10 EVA. Al examen físico signos vitales dentro de rango normal, abdomen doloroso en hipogastrio con leve resistencia muscular voluntaria. Al laboratorio destaca leucocitosis. En la tomografía computada de abdomen se observa mal rotación intestinal sin signos de obstrucción intestinal, apéndice en situación hipogástrica con signos inflamación aguda, se realiza apendicectomía laparoscópica de urgencia sin incidentes.

Discusión: El tratamiento de la mal rotación a cualquier edad es quirúrgico con el procedimiento de Ladd. La vía laparoscópica está bien establecida en población pediátrica y en adultos la experiencia es limitada. Es controversial el tratamiento quirúrgico en adultos con diagnóstico incidental, como en este caso, sin embargo se recomienda para evitar las complicaciones, presentando además mejoría de síntomas intestinales crónicos. En este caso parece necesario hacer un seguimiento y proponer el procedimiento.

PALABRAS CLAVE: Mal rotación intestinal, obstrucción intestinal, abdomen agudo.

ABSTRACT

Introduction: Intestinal malrotation is a congenital malformation of the intestinal rotation and fixation. Its presentation in adults is rare, with an incidence of 0.2%. It is not considered a surgical emergency but its complications are.

Clinical Case: A 29 year old man with a history of recurrent abdominal pain, was admitted to the emergency department with progressive lower abdominal pain of 8/10 VAS intensity. Physical examination: vital signs within normal range, painful hypogastric region. Laboratory findings are marked by leukocytosis.

Computed tomography showed signs of intestinal malrotation without signs of intestinal obstruction, in addition, appendix positioned in the hypogastrium with inflammatory signs and increased diameter. It was decided to perform emergency laparoscopic appendectomy without incidents.

Discussion: Treatment of bad rotation at any age is surgical with Ladd's procedure. The laparoscopic approach is well established in pediatric population and adult experience is limited. Surgical treatment is controversial in adult with incidental diagnosis, as in this case, however it is recommended in order to prevent complications, presenting also improvements of chronic intestinal symptoms. In this case it seems necessary to propose the procedure and to follow-up the patient.

KEYWORDS: Intestinal malrotation, midgut malrotation Abdominal pain, Digestive System Abnormalities.

INTRODUCCIÓN

La Mal rotación intestinal es una malformación congénita de la rotación y fijación intestinal.

El 90% de los niños con esta condición serán sintomáticos antes del año de vida por lo anterior su presentación en adultos es rara con una incidencia 0.2% aproximadamente. (1,2)

Su presentación es variable desde asintomática, distensión abdominal, hasta debutar con sus complicaciones tales como obstrucción intestinal aguda debido a la existencia de las bandas fibróticas de Ladd; vólvulo del ciego producto de la falla en la elongación y fijación del ciego y colon; vólvulo del intestino delgado por un mesenterio corto. (3,4)

Esta malformación congénita no se considera una urgencia quirúrgica pero sus complicaciones si lo son. (3)

Dada su rara incidencia en adultos y posible desconocimiento del tratamiento ante su presentación sin complicación aguda, se decide mostrar un caso y discutir el procedimiento quirúrgico adecuado para la condición.

CASO CLÍNICO

Consulta al servicio de urgencias un paciente de sexo masculino, 29 años, con antecedentes de úlcera duodenal tratada hace 1 año, presentando cuadro de dolor abdominal en región hipogástrica de inicio brusco, carácter progresivo de 6 horas de evolución, alcanzando intensidad máxima 8/10 EVA que no cede con deposiciones ni vómito forzado, sin molestias urinarias. A la anamnesis dirigida refiere que ha presentado cuadros de dolor abdominal postprandial asociados a vómitos, a repetición desde la infancia que sin embargo no se asemejan a cuadro actual.

Al examen físico se encuentra con signos vitales dentro de rango normal, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes normales, blando, depresible, doloroso en hipogastrio con ligera resistencia muscular voluntaria, Blumberg negativo. Resto sin hallazgos.

Dentro de los exámenes de laboratorio destaca leucocitosis de 16000 / μ L sin desviación a izquierda. Sedimento de orina sin alteraciones.

Ante duda diagnóstica se solicita estudio con tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis con contraste que muestra malrotación intestinal tipo I, sin signos de

obstrucción intestinal (figura 1), con apéndice dilatado de 8mm de diámetro máximo y cambios inflamatorios de la grasa pericecal. Con diagnóstico tomográfico de malrotación intestinal no complicada y apendicitis aguda.

Se realiza apendicetomía por vía laparoscópica urgente en la cual se ratifican hallazgos anatómicos de TC, se identifica apéndice edematoso situado en hipogastrio y se reseca, procedimiento sin incidentes.

Dada buena evolución clínica del paciente es dado de alta a las 48 horas para control y seguimiento postquirúrgico ambulatorio.

DISCUSIÓN

Se presentó un caso de un paciente cursando apendicitis aguda con hallazgo incidental de malrotación intestinal no complicada, ante la urgencia y el desconocimiento del tratamiento quirúrgico completo de la condición del paciente se decide realizar solo apendicetomía laparoscópica. Sin embargo, ante la duda del manejo integral de este paciente, surge la discusión de cuál es el manejo adecuado en casos de hallazgo incidental de malrotación intestinal no complicada en un adulto.

El tratamiento a cualquier edad es quirúrgico con el procedimiento de Ladd que consiste en la liberación de bandas fibrosas peritoneales coloduodenales (Bandas de Ladd) subyacentes al duodeno, aliviando la causa de obstrucción intermitente, reducción del vólvulo de forma anti horaria si está presente, ampliación de la raíz del mesenterio movilizándolo el duodeno, división de las adhesiones de los vasos mesentéricos superiores y apendicetomía profiláctica. (4,5,6,7)

El tratamiento quirúrgico de adultos con diagnóstico incidental de mal rotación intestinal, como este caso, es controversial, se recomienda el procedimiento de Ladd para evitar el riesgo de complicaciones además de mostrar mejoría de síntomas intestinales crónicos (3,7,8). Sin embargo hay autores que señalan que el riesgo de complicación es bajo por lo que la cirugía electiva no es necesaria si hay un seguimiento adecuado. (10)

La vía laparoscópica está bien establecida en la población pediátrica y la experiencia en adultos es limitada. Reportes de casos muestran que es segura y efectiva en población pediátrica y adulta sin estudios prospectivos y/o randomizados que confirmen esto (1,3,5,8,9). Un metanálisis

reciente revela que la vía abierta sigue siendo la más comúnmente empleada para corregir la malformación en pediatría, probablemente por la menor edad que tienen en el momento de la intervención ⁽⁹⁾. Se reportan como ventajas en el abordaje laparoscópico menos dolor, rápido retorno de la función intestinal, menor estadía hospitalaria y disminución en la incidencia de adherencias postoperatorias. ^(9,10)

Bajo nuestro punto de vista en este paciente es necesario realizar un seguimiento cercano, proponer el procedimiento de Ladd laparoscópico y observar si con la cirugía existe una resolución de sus síntomas abdominales.



Figura 1. Corte coronal tomografía computada con contraste. Se muestra imagen de mal rotación intestinal tipo I (no rotación) con intestino delgado a derecha (flecha negra), colon a derecha (flecha blanca). Con apéndice dilatado situado en hipogastrio (punta de flecha).

Correspondencia

Daniela Paz García Obreque; danip.garciao@gmail.com

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

Información sobre el artículo

Recibido el 8 de noviembre de 2016.

Aceptado el 31 de marzo de 2017.

Publicado el 1 de noviembre de 2017.

Referencias

1. Panda N, Bansal NK, Narasimhan M, Ardhanari R. Laparoscopic correction of intestinal malrotation in adult. *J Min Access Surg.* 2014; 10 (2):90-92
2. Zissin R, Rathaus V, Oscadchy A, Kots E, Gayer G, Shapiro-Feinberg M, Intestinal malrotation as an incidental finding on CT in adults, *Abdominal Imaging*, 1999vol. 24, no. 6, pp. 550–555.
3. Seymour N, Andersen D. Laparoscopic Treatment of Intestinal Malrotation in Adults. *JLS* 2005. 9(3), 298–301.
4. Wanjari AK, Deshmukh AJ, Tayde PS, Lonkar Y. Midgut Malrotation with Chronic Abdominal Pain. *North American Journal of Medical Sciences.* 2012;4(4):196-198. doi:10.4103/1947-2714.94950.
5. Frasier LL, Levenson G, Gosain A, Greenberg J. Laparoscopic versus Open Ladd's Procedure for Intestinal Malrotation in Adults. *Surgical endoscopy.* 2015;29(6):1598-1604. doi:10.1007/s00464-014-3849-3.
6. Catania, V.D., Lauriti, G., Pierro, A. Zani Al. Open versus laparoscopic approach for intestinal malrotation in infants and children: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Surg Int.* Oct 2016. doi:10.1007/s00383-016-3974-2
7. Emanuwa OF, Ayantunde AA, Davies TW. Midgut malrotation first presenting as acute bowel obstruction in adulthood: a case report and literature review. *World Journal of Emergency Surgery : WJES.* 2011;6:22. doi:10.1186/1749-7922-6-22.
8. Matzke G. et al (2005) Surgical management of intestinal malrotation in adults: comparative results for open and laparoscopic Ladd procedures. *Surg Endosc;* 10: 1416-9.
9. Fraser JD, Aguayo P, Sharp SW, Ostlie DJ, St Peter SD. The role of laparoscopy in the management of malrotation. *J Surg Res.* 2009;156:80–2.
10. Birnbaum DJ, Geffroy Y, Goin G, Balandraud P. Left Side Appendicitis with Midgut Malrotation in an Adult. *Journal of Surgical Technique and Case Report.* 2013; 5(1):38-40. doi:10.4103/2006-8808.118627.