

ULCUS DUODENAL PERFORADO EN PACIENTE CON MALROTACIÓN INTESTINAL.

Francisca García-Moreno Nisa, José Martín-Fernández,
Inmaculada Lasa-Unzué, Adela López, Remedios Gómez,
Alberto Gutiérrez-Calvo

Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
Alcalá de Henares (Madrid)

RESUMEN

Las anomalías de la rotación intestinal normalmente se presentan en los primeros meses de vida, con una incidencia del 64% en el primer mes y hasta del 80% en el primer año. El diagnóstico en la edad adulta es más difícil por la escasa sospecha diagnóstica y puede suponer un reto para el médico. Se calcula que la tasa de malrotación intestinal en los estudios de autopsias supone el 3/10.000.

El ulcus duodenal perforado es una patología que normalmente necesita tratamiento quirúrgico urgente, pero se han documentado casos de tratamiento conservador con buenos resultados.

Presentamos el caso de un varón joven con situs inversus parcial y ulcus duodenal perforado que respondió al tratamiento conservador.

PALABRAS CLAVE

Situs inversus. Perforation. Intestinal malrotation.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías de la rotación intestinal normalmente se presentan en los primeros meses de vida, con una incidencia del 64% en el primer mes y hasta del 80% en el primer año⁽¹⁾. El diagnóstico en la edad adulta es más difícil por la escasa sospecha diagnóstica y puede suponer un reto para el médico. Se calcula que la tasa de malrotación intestinal en los estudios de autopsias supone el 3/10.000⁽²⁾.

El ulcus duodenal perforado es una patología que normalmente necesita tratamiento quirúrgico urgente, pero se han documentado casos de tratamiento conservador con buenos resultados⁽³⁾.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentamos un varón de 24 años procedente de Rumania que consultó al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por un dolor abdominal agudo epigástrico de tres días de evolución. Como antecedente de interés el paciente había sido intervenido en las primeras horas de vida por presentar una gastrosquisis y meses más tarde por una malformación cardíaca que desconocemos al no aportar ningún informe de su país de origen.

El paciente refería dolor epigástrico de comienzo agudo asociado a un vómito bilioso, febrícula y mal estado general. En la exploración física los únicos datos destacables eran dolor epigástrico y en hemiabdomen derecho sin signos de irritación peritoneal, así como una masa móvil de consistencia blanda de 10 cms en fosa iliaca derecha.

Los parámetros de la analítica sanguínea fueron normales incluyendo los niveles séricos de amilasa y leucocitos. En la radiografía simple de abdomen se observó la ausencia de luminograma en hemiabdomen derecho. En el TAC abdominal existía una malrotación intestinal, bazo de localización ectópica en fosa iliaca derecha y la cola pancreática se localizaba anterior a la cabeza. Como hallazgos de patología aguda, existía un engrosamiento del píloro con presencia de una burbuja de gas anterior al mismo y pequeña cantidad de líquido libre (**Figura 1**). Todos estos hallazgos sugerían la presencia de un ulcus duodenal perforado.

Dado el buen estado clínico del paciente se decidió realizar un tratamiento conservador. Fue tratado con antibioterapia de amplio espectro, analgesia e inhibidores de la secreción ácida. La evolución fue satisfactoria reiniciando la alimentación oral al tercer día y fue dado de alta del hospital 7 días después del ingreso.

DISCUSIÓN

La aparición clínica de malrotación intestinal en el adulto abarca un amplio espectro de síntomas crónicos como episodios de dolor cólico recurrente, diarrea por malabsorción debido a la congestión venosa y linfática, síntomas dispépticos y molestias epigástricas vagas. La presencia de situs inversus parcial con el corazón en posición normal y el hígado en el lado derecho asociado a bazo en lado derecho con malrotación del intestino delgado es una combinación mucho menos común que un situs inversus total⁽⁴⁾.

La presentación más frecuente en forma de abdomen agudo es la obstrucción intestinal debida a volvulaciones, bandas peritoneales de Ladd o hernias interna, aso-



FIGURA 1.- TAC abdominal: Malrotación intestinal.

ciadas o no a isquemia intestinal. Casi siempre suponen una urgencia quirúrgica^(5,6). Respecto al diagnóstico, la radiología convencional no es de gran ayuda ya que no

existen signos sensibles ni específicos. En los estudios baritados la sensibilidad alcanza el 80% aunque son de menor ayuda en las situaciones de urgencias. En el 25-30% de los casos la vena mesentérica se sitúa anterior a la arteria, pudiendo ser detectada por eco-doppler. Sin embargo, este signo puede aparecer en otros procesos y por lo tanto no es diagnóstico⁽⁷⁾.

Se considera que la prueba radiológica de elección en el estudio de estos pacientes, tanto en los procesos agudos como crónicos es el TAC abdominal. Permite mostrar imágenes de malrotación-malposición, así como otras anomalías que no pueden evidenciarse con otras pruebas diagnósticas: aplasia del proceso uncinado del páncreas, poliesplenía, anomalías de la vena cava inferior...^(1,7,8). El tratamiento de los procesos tanto agudos como crónicos tiene como objetivo tratar las causas de abdomen agudo y corregir si procede la malrotación^(5,9). Este último punto todavía permanece en discusión^(9,10). Estos procedimientos pueden realizarse en la actualidad por vía laparoscópica con buenos resultados^(5,9).

En conclusión, la presencia de complicaciones de las malrotaciones intestinales debe considerarse en aquellos pacientes con síntomas mal definidos de abdomen agudo. En estos casos la realización de un TAC abdominal puede ser muy útil para el diagnóstico. El tratamiento conservador del úlcus perforado sigue siendo un arma terapéutica a tener en cuenta en pacientes con poca afectación sistémica, sin signos de irritación peritoneal en la exploración física y/o un alto riesgo quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pickhardt PJ, Bhalla S. Intestinal malrotation in adolescents and adults: Spectrum of clinical and imaging features. *AJR* 2002; 179:1492-35.
2. Forrester MR, Merz RD. Epidemiology of intestinal malrotation. *Hawaii 1986-1999. Paediatric Peinat Epidemiol* 2003; 17:195-200.
3. Lambert L, Huic QV. Therapy of perforated gastroduodenal ulcers by continous aspiration: method of H. Taylor. *Rev MED Liege* 1951;6:820-3.
4. Right-sided spleen with partial situs inversus of the abdominal viscera: visualization of the spleen by dynamic and static ^{99m}Tc-sulfur colloid imaging and ⁵¹Cr-labeled red blood cell sequestration imaging. *Clinical Nuclear Medicine* 1979;4(10):425-6.
5. Dietz DW, Walsh RM, Grundfest-Broniatowski S, Lavery L, Fazio VW, et al. Intestinal malrotation a rare but important cause of bowel obstruction in adult. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(10):1381-6.
6. Von Flue M, Herzog V, Ackermann C, et al. Acute and chronic presentation of intestinal nonrotation in adults. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:192-8.
7. Glambin TC, Stephens RE, Johnson RK, Rothwell M. Adult malrotation, a case report and review of the literature. *Current Surgery* 2005; 60(5):517-20.



8. Zissin R, Rathaus V, Oscadchy A, Kots E, Gayer G, Saphiro-Feinberg M. Intestinal malrotation as an incidental finding on CT in adults. *Abdom Imaging* 1999;24:550-5.
9. Matzke GM, Dozois EJ, Larson DW, Moir CR. Surgical management of intestinal malrotation in adults: comparative results for open and laparoscopic Ladd procedures. *Surg Endos* 2005;19:1416-9.
10. Malek MM, Burd RS. The optimal management of malrotation diagnosed after infancy: a decision analysis. *The American Journal of Surgery* 2006;191:45-51.