

Malrotación intestinal como hallazgo en estudios del tracto digestivo en niños asintomáticos. Serie de casos

CRISTIAN DEMECO^a, FLORENCIA SPAGNUOLO^a, MARÍA FERNANDA MATEOS^a
y LUIS FERNANDO GENTILE^a

Resumen

La posición anormal del intestino dentro de la cavidad peritoneal se denomina malrotación e implica tanto al intestino delgado como al grueso. En el presente trabajo se presentan una serie de casos con el fin de resaltar la importancia de la evaluación sistemática de la primera porción del tracto intestinal y considerar la importancia, del hallazgo en pacientes asintomáticos.

Palabras clave: malrotación intestinal, evaluación sistemática, pacientes asintomáticos.

Abstract

The abnormal positioning of the intestine into the peritoneal cavity is called malrotation and involves both the small and large intestines. In the present study, a number of cases are presented in order to highlight the importance of the systematic evaluation of the first portion of the intestinal tract, and to consider the importance of the finding in asymptomatic patients.

Keywords: intestinal malrotation, systematic evaluation, asymptomatic patient

INTRODUCCIÓN

La malrotación intestinal es una posición anormal del intestino dentro de la cavidad peritoneal, de origen congénito, y generalmente implica tanto al intestino delgado como al grueso. Está acompañado por bandas mesentéricas, fijación anormal o ausencia de fijación de algunas porciones lo que lleva a un mayor riesgo de obstrucción, vólvulo y necrosis intestinal. Las manifestaciones clínicas pueden incluir una amplia variedad de signos y síntomas especialmente en pacientes mayores y puede ser un hallazgo incidental en estudios del tracto digestivo.

La evaluación de la posición normal del intestino forma parte de todo estudio por imágenes del tracto digestivo pediátrico.

Conocer las variantes normales ayuda a diferenciar aquellos pacientes asintomáticos sanos de aquellos con diagnóstico de malrotación.

OBJETIVOS

Comunicar la experiencia en malrotación intestinal en niños asintomáticos.

Resaltar la importancia de la evaluación sistemática de la primera porción del tracto intestinal como parte de un estudio digestivo seriado y completo.

Destacar la importancia, en pacientes asintomáticos, de la diferenciación con variantes normales de la fijación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el análisis de una serie de 805 casos tomando los registros de los estudios digestivos contrastados que fueron solicitados como Seriadadas Esófago-gastro-duodenales (SEG-D), realizados por el período de un año (Junio 2012/Junio 2013), en el servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Se incluyeron todos los estudios de los que fue posible obtener datos del paciente: edad, servicio de derivación, tipo de estudio y motivo del mismo. Se continuó con tránsito intestinal completo en aquellos con signos de mal rotación. La evaluación de todos los pacientes incluyó la normal localización del ligamento de Treitz, de manera indirecta, hacia la izquierda de la columna, a nivel del bulbo duodenal y en diferentes decúbitos, la disposición del yeyuno hacia la izquierda y la ubicación final del ciego. Se procuró administración de contraste en cantidades adecuadas para no interferir con la normal visualización de las estructuras por detrás del estómago. En la *Tabla 1* se indican las

a. Médicos del Área de imágenes, Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA.

características principales de los pacientes estudiados.

RESULTADOS

Durante el período de Junio 2012 a Junio 2013 se realizaron 805 SEGDs. Fueron diagnosticadas cinco malrotaciones intestinales; el caso 1 fue un paciente con diagnóstico neonatal de gastroquiasis al que le solicitan por trastornos de deglución. El caso 2 fue solicitado en el contexto de vómitos biliosos y cuadro de dolor abdominal en un adolescente de 14 años con probable inversión de vasos mesentéricos en la ecografía abdominal; a dos de los pacientes, casos 3 y 5, se les realizó como parte del estudio de su patología bronco-obstructiva. El último de ellos, el número 4, fué solicitado por sospecha de hernia diafragmática por imagen aérea en mediastino anterior en un par radiológico solicitado por una intercurencia respiratoria.

Se puede resumir que de los cinco casos registrados, cuatro no presentaban síntomas atribuibles a su malrotación intestinal,

si bien uno de ellos, presentaba tal trastorno en contexto de su patología de base (gastroquiasis). Es de resaltar que el único que presentaba síntomas francos fue el paciente con edad de presentación atípica.

Los hallazgos radiográficos fueron: implantación anómala del ángulo de Treitz hacia la derecha, dilatación de las primeras porciones del duodeno y signo de "Whirlpool"* (para el caso de oclusión intestinal), asas yeyunales desplazadas a la derecha, y posición anómala del ciego en cuatro de los cinco pacientes.

DISCUSIÓN

La malrotación intestinal ocurre en uno de cada 500 nacimientos. Es usualmente diagnosticada en recién nacidos o durante el primer año de vida.¹ Los síntomas clásicos comprenden vómitos biliosos, dolor abdominal con o sin distensión asociada a bandas obstructivas o a vólvulos. También se encuentra como parte de síndromes (Síndrome de Cornelia de Lange; Heteroataxia, Síndrome de Marfan, Prune

Tabla 1.

Paciente	Edad	Sexo	Síntomas	Hallazgos radiológicos	Localización de ciego
1 (figura 1)	1 año y 9 meses	Masculino	Trastornos de la deglución Gastroquiasis	Implantación anómala del ángulo de Treitz	Anómala
2 (figura 2)	14 años	Masculino	Oclusión intestinal	Dilatación de la 1 ^{ra} , 2 ^{da} y 3 ^{ra} porción del duodeno Signo del Whirlpool o remolino Implantación anómala del ángulo de Treitz	¿
3 (figura 3a)	1 años y 6 meses	Masculino	BOR	Implantación anómala del ángulo de Treitz	Anómala
4 (figura 3b)	4 meses	Masculino	Sospecha de hernia diafragmática (por RX)	Implantación anómala del ángulo de Treitz	Anómala
5 (figura 3c)	7 años	Masculino	Asma no controlado	Implantación anómala del ángulo de Treitz	Anómala

*. Signo del Whirlpool o del remolino imagen duodenoyeyunal en forma concéntrica que semeja un remolino

Belly). Luego del año de edad y en adolescentes la forma de presentación puede ser más variada e incluso asintomática.

Es en esta población donde el diagnóstico se vuelve un desafío para el radiólogo pediatra. De ahí que debe tratar de diferenciar aquellas anomalías de la rotación normal y la fijación del intestino, cuando la edad de aparición o la sintomatología no son las habituales. La repercusión que tiene el diagnóstico en estos pacientes y la conducta posterior por parte de los cirujanos, son de suma importancia. Conductas que además, plantean aun discrepancias (Figuras 1, 2, 3).

CONCLUSIONES

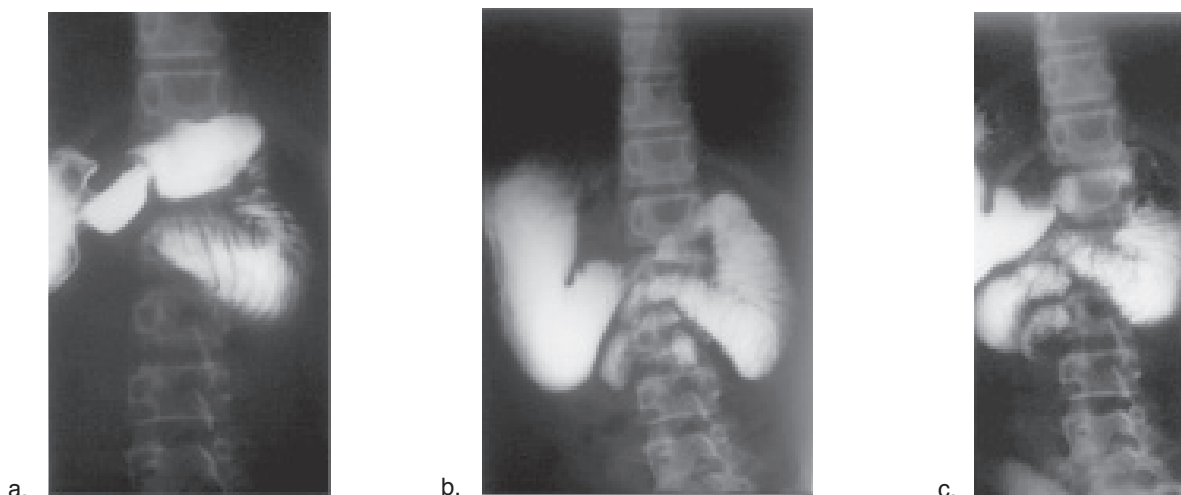
A través de esta serie se presenta la experiencia de un año de seguimiento en pacientes con malrotación intestinal que fueron diagnosticadas gracias a una sistemática de estudio del tracto digestivo que incluye las primeras porciones del intestino delgado. Con excepción del paciente con gastroquisis, en el cual es de esperar la anormal rotación y donde el diagnóstico fue incidental, por lo que fue necesario descartar todas las posibilidades de variantes de la normalidad. Esta experiencia fue interesante desde el punto de vista de lo excepcional en cuanto al número y calidad de

casos en relación a lo que se reporta en la bibliografía. Es una muestra pequeña que no representa la causística general de esta patología pero interesante desde el punto de vista formativo. Quedarán planteadas las dudas acerca del manejo por parte de los cirujanos en cuanto a cuales de estos pacientes se benefician con cirugías electivas y cuales no.

Figura 1. SEGD en paciente de 1a y 9m con diagnóstico de gastroquisis. Se observa ángulo de Treitz descendido

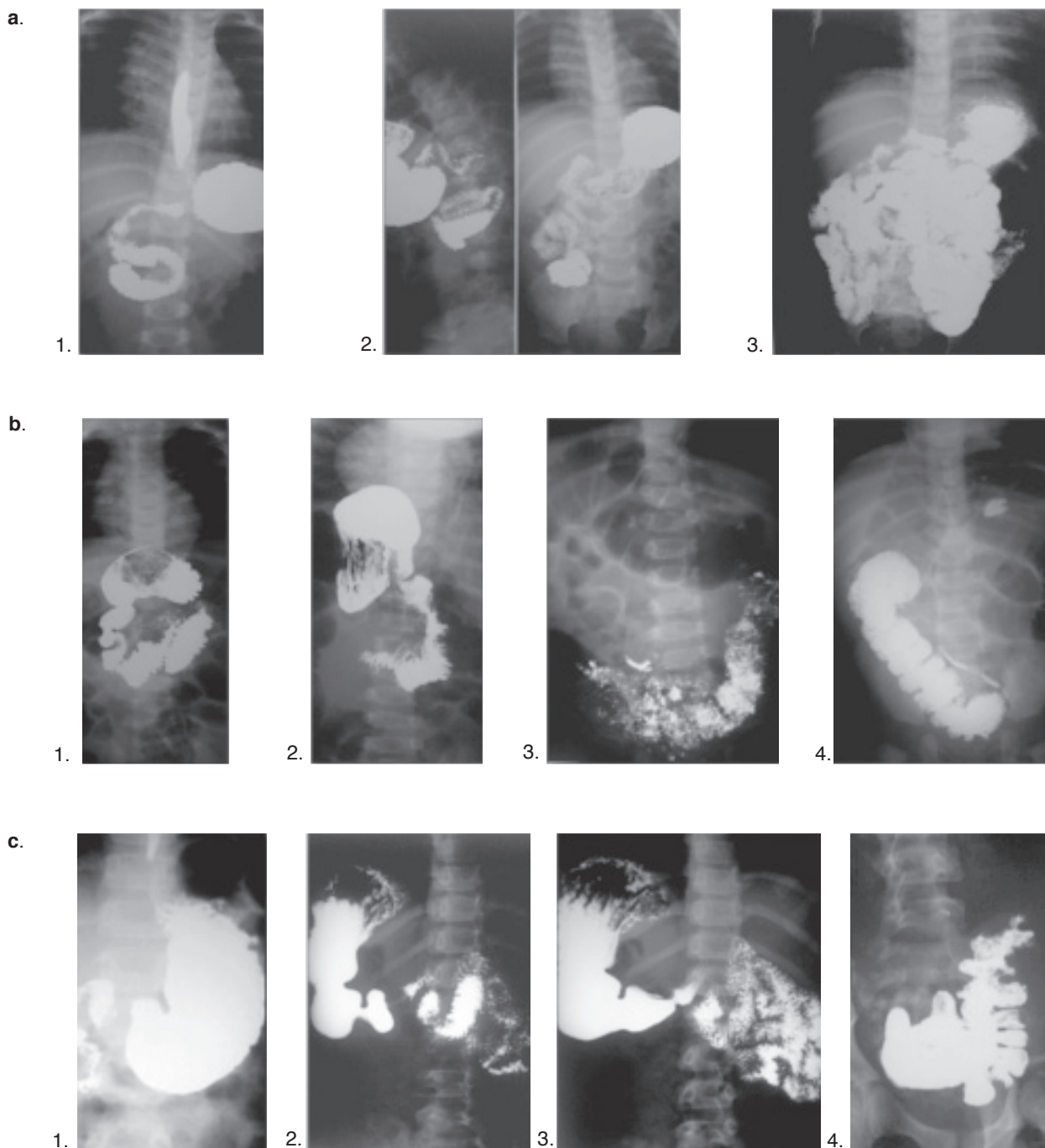


Figura 2. SEGD en paciente de 14 años con síntomas de oclusión intestinal



Se observa 1^{ra}, 2^{da} y 3^{ra} porción duodenal con importante dilatación y signo del Whirlpool o remolino

Figura 3. Tres estudios de tránsito intestinal. (a) Paciente de 1a y 6m con episodios de broncoobstrucción a repetición, (b) paciente de 4 m con sospecha de hernia diafragmática y (c) paciente de 7 a con diagnóstico de asma; nótese en los tres casos la implantación baja del ángulo de Treitz, yeyuno hacia la derecha e implantación anómala del ciego



BIBLIOGRAFÍA

1. Kimberly E. Applegate, James M. Anderson, Eugene C. Klatte. Intestinal malrotation in children: a problem-solving approach to the upper gastrointestinal series. *Radio graphics* 2006;26:1485-1500.
2. Maxson RT, Franklin PA, Wagner CW. Malrotation in the older child: surgical management, treatment, and outcome. *Am Surg* 1995;61(2):135-8.
3. Cohen, Zahavi, Kleiner, Oleg, Finaly, Robert et al. How Much of a misnomer is “asymptomatic” intestinal malrotation. *IMAJ*2003;5:172-4.
4. Aidlen, Jeremy. Anupindi, sudha et malrotation with midgut volvulus: CT findings of bowel infarction. *Pediatric radiology*2005;35:529-531.