

Nombre:	Marta
Apellido:	Tovar Pérez
Otros Autores:	Irene Vicente Zapata, Ana Moreno, Patricia Solano, Juana M ^a Plasencia Martínez, Amalia García Chiclano.
E-mail:	martatovarperez@hotmail.com
Hospital:	Hospital Morales Meseguer
Ciudad:	Murcia
Título:	Más allá de la apendicitis en la FID: bridas congénitas.
Presentación:	Mujer de 19 años que consulta por dolor en FID. En la ecografía abdominal se observan cambios inflamatorios en FID, sin visualizar el apéndice cecal, recomendándose la correlación clínica. Ante la sospecha alta de apendicitis aguda, se interviene hallando apéndice blanco, sin otras anomalías. A los 3 días, nuevo dolor en FID, náuseas y vómitos. La ecografía abdominal muestra asas de delgado dilatadas y líquido interasas. Con la sospecha de obstrucción intestinal, se realiza TC abdómino-pélvico con contraste iv confirmándose obstrucción intestinal baja por volvulación del íleon terminal a 3 cm de la valvula ileocecal, probablemente por brida. Ascitis leve. Además, se objetiva situs inversus abdominal parcial, no conocido, con marco cólico en localización normal.
Discusión :	<p>Diagnóstico final: Obstrucción de intestino delgado por volvulación del íleon terminal, probablemente por brida. Situs inversus abdominal parcial. La cirugía confirma brida congénita desde la raíz del mesenterio al íleon terminal. Se liberan las asas intestinales, con evolución favorable. Retrospectivamente, en la TC se visualiza imagen lineal grasa en esa localización, correspondiente a la brida.</p> <p>Los vólvulos de intestino delgado se consideran una enfermedad grave, con mortalidad de hasta el 9%. Suelen ocurrir por malrotaciones embriológicas debidas a la existencia de bridas congénitas. La localización más frecuente es el íleon terminal.</p> <p>Las malrotaciones embriológicas, habitualmente, se objetivan durante el primer mes de vida, y por tanto el índice de sospecha disminuye con la edad, debido a la inespecificidad del cuadro clínico.</p> <p>El signo del remolino caracterizado por el giro del mesenterio y del intestino en torno al eje aortomesentérico es un hallazgo descrito en TC que puede ser útil en el diagnóstico de estos pacientes.</p>
Conclusión:	Es importante considerar la malrotación en pacientes adultos debido al mayor riesgo de obstrucción intestinal y a que una cirugía precoz supone un aumento en la supervivencia.
Bibliografía:	<p>1.Pickhardt PJ, Bhalla S. Intestinal Malrotation in Adolescents and Adults: Spectrum of Clinical and Imaging Features. American Journal of Roentgenology. 2002;179(6):1429-1435.</p> <p>2.Ibáñez Sanz L, Borrueal Nacenta S, Cano Alonso R, Díez Martínez P, Navallas Irujo M. Vólvulos del tracto gastrointestinal. Diagnóstico y correlación entre radiología simple y tomografía computarizada multidetector. Radiología. 2015; 57(1):35-43.</p> <p>3.Yang K, Lee TB, Lee SH, Kim SH, Cho YH, Kim HY. Congenital adhesion band causing small bowel obstruction: What's the difference in various age groups, pediatric and adult patients?. BMC Surgery. 2016;16:79.</p>

Pie de foto:

TC abdominopélvico con contraste iv: A. Corte axial: Situs inversus con localización anómala de los órganos intraabdominales: lóbulo hepático izquierdo (H) en hipocondrio izquierdo, bazo (B) en hipocondrio derecho, con presencia además de esplenosis (cabezas de flecha), estómago (asterisco blanco) en el lado derecho y ascitis perihepática (asterisco negro). Agenesia de la vena cava inferior con hipertrofia de las venas hemiacígos (flecha roja). B. Corte axial: Giro brusco de la raíz del mesenterio formando el signo del remolino (flecha negra). Imagen grasa lineal en la raíz del mesenterio sugestiva de brida (flecha roja) C y D. Reconstrucciones coronales: Obstrucción a 3 cm de la salida del ileon terminal (IT) por brida (flechas rojas) que se visualiza como imagen grasa lineal desde la raíz del mesenterio hasta íleon terminal. Dilatación de asas de intestino delgado proximales (asterisco blanco). Ciego (C) localizado a la derecha.