

**Sección: Caso radiológico**

**El caso radiológico**

**Carlos Chamorro-Mera, M.D.<sup>1</sup>**  
**Gonzalo Aristizábal, M.D.<sup>2</sup>**

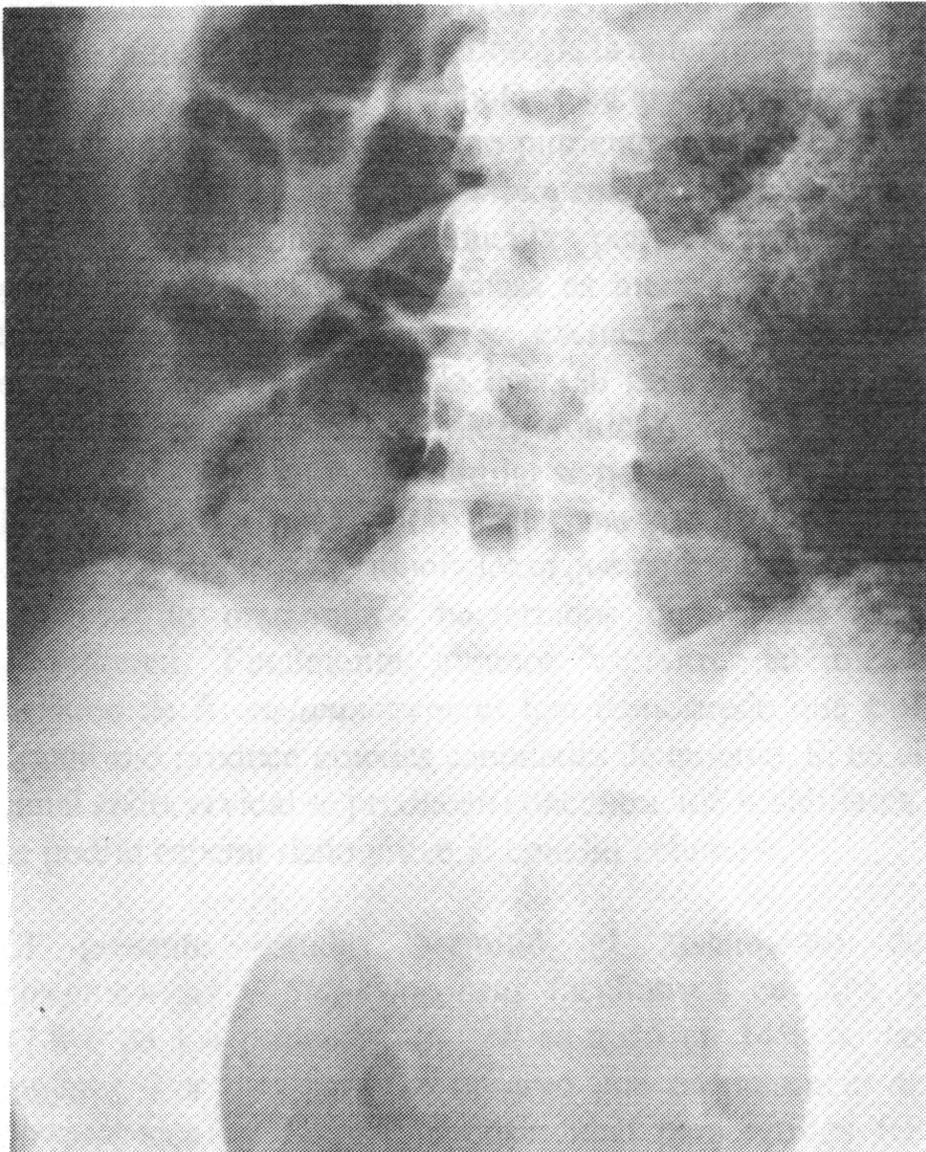


Figura 1

**HAGA SU DIAGNOSTICO**

Se trata de un hombre joven que acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, por dolor tipo cólico periumbilical y vómito

1. Profesor Titular, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.  
 2. Docente Adjunto, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

bilioso. No había hecho deposiciones ni expulsado flatos desde 24 horas antes del ingreso. La palpación profunda en el hemiabdomen izquierdo indicó dolor. Al principio se pensó en impactación fecal. Una nueva serie de radiografías 12 horas más tarde mostraba un cuadro radiológico similar al observado inicialmente. El leucograma era normal. Como el cuadro abdominal no mejoraba se decidió una laparotomía exploratoria. El paciente no tenía antecedentes quirúrgicos de ninguna clase.

**POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS**

1. Fecaloma (impactación fecal).
2. Vólvulus intestinal con necrosis.
3. Duplicación intestinal.

**DESCRIPCION RADIOLOGICA**

Hay dilatación de asas intestinales delgadas y muy escasa cantidad de gas en la parte inferior del abdomen. Se nota la presencia de imagen grumosa, mezcla de aire y de material sólido hacia el hipocondrio izquierdo y flanco del mismo lado. Este aspecto no varió en las dos series de radiografías tomadas con 12 horas de diferencia. Hay normalidad en los espacios interasales. Se nota escasa cantidad de gas en el recto. Las placas en posición erecta muestran niveles hidroaéreos que simulan bastones a diferentes alturas en las asas delgadas.

**DISCUSION**

1. Como la historia no indica antecedentes de estreñimiento ni dificultad para hacer deposiciones, esta posibilidad es remota. Por otra parte, la impactación fecal casi siempre sigue el trayecto del colon y del rectosigmoide, lo que no corresponde en este caso, donde la posible impactación se limitaría al colon transversal en

su mitad izquierda y al colon descendente. El cuadro radiológico no varió en la segunda serie de placas; esto es raro si se trata de contenido intestinal.

2. El vólvulus es la torsión del intestino sobre su eje. En los adultos es más común a nivel del sigmoide y del ciego, y tiene menos frecuencia en el intestino delgado. Cuando hay compromiso del aporte vascular se produce necrosis del colon, en cuyo caso aparecen imágenes en grumo o esponja, muy similares a las observadas en este caso. Los vólvulus se producen cuando los mesos de sostén son largos y entonces, tanto el ciego como el sigmoide se vuelven muy móviles. Es posible que a la palpación abdominal se perciban masas. El vólvulus del ciego se localiza arriba y a la izquierda del abdomen. El ciego adopta la forma de un riñón<sup>1</sup>. La dieta con alto contenido en granos y vegetales predispone a la formación de vólvulus.

La dilatación del colon puede ser muy severa y amenazar una o varias perforaciones. Se dice que cuando el diámetro transversal del colon dilatado pasa de 12 cm o más, es imperativa la cirugía por los peligros de la perforación. El colon por enema hecho en forma cuidadosa<sup>2,3</sup> puede ayudar al diagnóstico, pues demuestra el sitio de la obstrucción que semeja un pico de pájaro con los pliegues mucosos retorcidos.

3. La duplicación intestinal se puede comunicar con el intestino funcionando o estar completamente separada. En el primer caso las secreciones y las sustancias del bolo alimenticio pasan al asa duplicada que, por no poseer un sistema adecuado de vaciamiento y evacuación, se puede dilatar y dar la sensación de una masa. También se describe la perforación. Cuando el asa duplicada llega a distenderse tanto que comprime las asas normales, puede producir obstrucción intestinal.

Hay muchas clases y variedades de asas duplicadas. La duplicación del colon corresponde a 10% de todas las duplicaciones<sup>4</sup>. Hay una incidencia mayor de cáncer de colon en esta clase de anomalías<sup>5</sup>. Otros tipos de malformaciones aparecen en los casos de duplicación intestinal, especialmente en el sistema urogenital y en la columna vertebral<sup>6</sup>.

#### DIAGNOSTICO FINAL

Duplicación intestinal. Había una doble comunicación. Por la parte superior se comunicaba con la primera asa del yeyuno, se hacía retroperitoneal y desembocaba en la parte inferior del sigmoide. Estaba llena de materia fecal,

residuos alimenticios, etc. Se resecaron las partes comunicadas, se disecó en bloque, en forma fácil y se hizo una anastomosis terminoterminal entre el yeyuno y el sigmoide (Figura 2).

La descripción patológica concluía: compatible con duplicación intestinal.

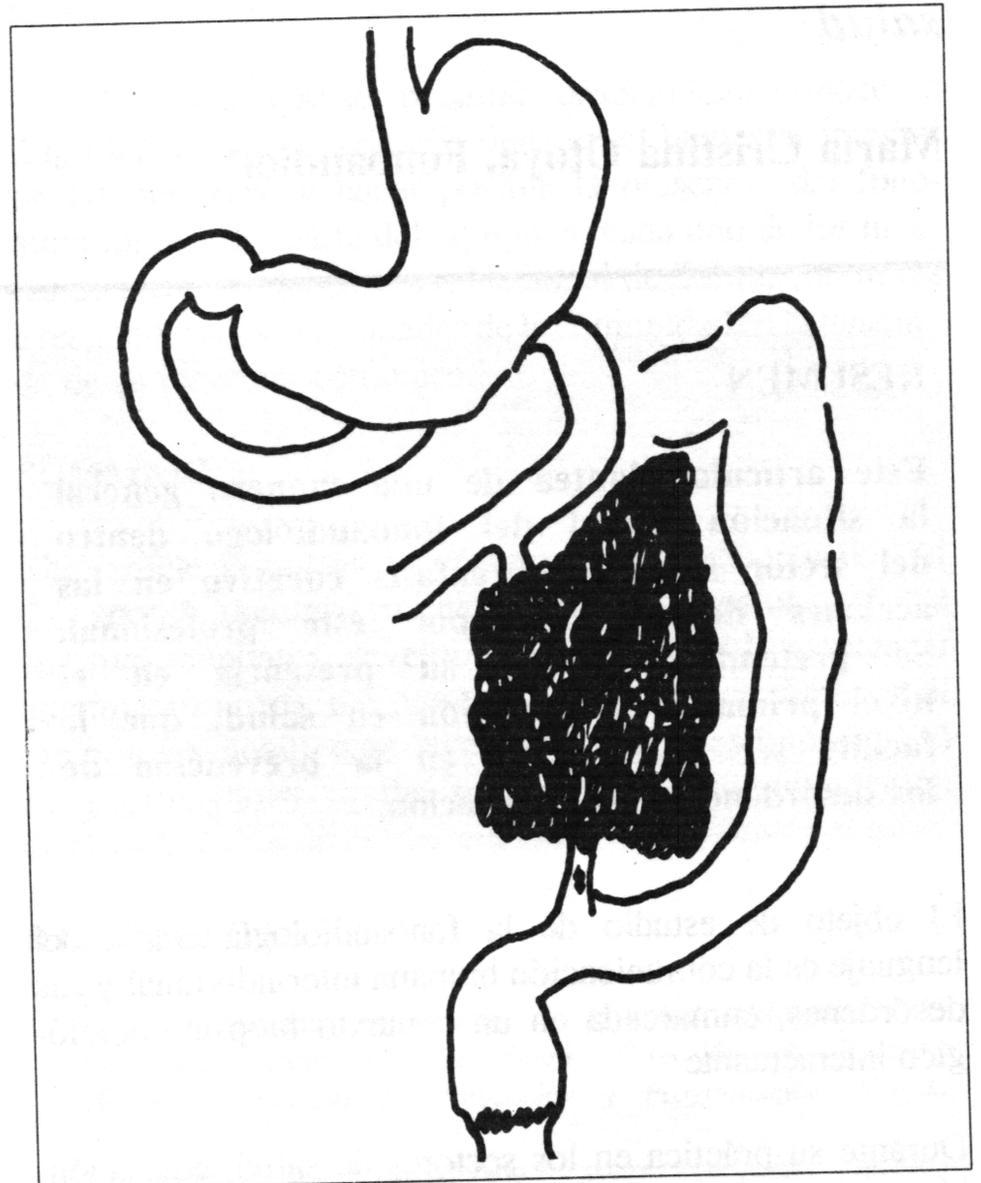


Figura 2. Esquema de los hallazgos quirúrgicos. La duplicación se observa de color negro.

#### REFERENCIAS

1. Kelvin, FM, Maglente, DDT & Stephens, BA. Colorectal carcinoma detected initially with barium enema examination: site, distribution and implications. *Radiology*, 1988, 169: 649-651.
2. Thuem, RF & Petras, A. Double contrast barium enema examination and endoscopy in the detection of polypoid lesions in the cecum and ascending colon. *Radiology*, 1982, 144: 257-260.
3. Markham, SM, Carpenter, SE & Rock, JA. Extrapelvic endometriosis. *Obst Gynecol Clin North Am*, 1989, 16: 193-218.
4. Jenninson, EL & Brown, WH. Endometriosis. A study of 117 cases with special reference to constricting lesions of the rectum and sigmoid colon. *JAMA*, 1943, 122: 349-357.
5. Weed, JC & Ray, JE. Endometriosis of the bowel. *Obst Gynecol*, 1987, 69: 727-732.