

37 Congreso
Nacional
CENTRO DE
CONVENCIONES
INTERNACIONALES

Barcelona
22/25
MAYO 2024

seram
Sociedad Española de Radiología Médica

FERM
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA MÉDICA

RC | RADIOLEGS
DE CATALUNYA

DAR EN LA DIANA CON LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL PRODUCIDA POR VOLVULACIONES GASTROINTESTINALES

María Morena López¹, Eduardo Mira Figueroa Sánchez¹,
Emilio José Valbuena Durán¹, David Morena López²,
Sonia Rebeca Vallejo Rivera¹, Lucía López Ruiz¹, Cecilio Jimenez
Relimpio¹, Eduardo Casado Lorente¹, Marta Gorjón Gómez¹

¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara;

²Hospital Fundación Jimenez Díaz, Madrid.



Hospital Universitario
Guadalajara

OBJETIVO DOCENTE

- Explicar principales manifestaciones de los vólvulos gastrointestinales y el papel del radiólogo en su evaluación.
- Las manifestaciones clínicas de los vólvulos gástricos son inespecíficas por lo que uno de los objetivos es revisar los principales hallazgos radiológicos que debemos conocer para identificar precozmente los signos de torsión en los diferentes tipos de vólvulos gastrointestinales para realizar un adecuado diagnóstico diferencial.
- Valorar las principales técnicas de imagen para el diagnóstico de los diferentes vólvulos gastrointestinales.
- Conocer la importancia de un diagnóstico precoz para un adecuado manejo, evitando otras complicaciones derivadas del mismo

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN: Tipos y clasificación.

2. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

Principales hallazgos en radiografía simple, tránsito gastroduodenales y tomografía computarizada.

1. VÓLVULOS GÁSTRICOS:

I. Organoaxiales

II. Mesenteroaxiales

2. VÓLVULOS DE INTESTINO DELGADO

3. VÓLVULOS CECALES

4. VÓLVULOS DE SIGMA

5. CONCLUSIONES

6. BIBLIOGRAFÍA

1- INTRODUCCIÓN

Los vólvulos del aparato gastrointestinal pueden aparecer en cualquier parte del tubo digestivo, afectando a diferentes segmentos del sistema digestivo, como el colon sigmoide, el ciego, el intestino delgado o incluso el estómago, siendo el colon sigmoide y el intestino delgado son las ubicaciones más comunes [1,2].

- **SÍNTOMAS:** Dolor abdominal intenso, distensión abdominal, vómitos y estreñimiento.
- **DIAGNÓSTICO:** Se realiza mediante estudios de imagen que pueden mostrar una acumulación de gas y líquido en la porción distal al sitio de torsión.
- **FORMA DE ABORDAJE:** Depende del tipo de volvulación.

Es importante instaurar un tratamiento precoz para reducir la torsión, corregirla la causa y restaurar el flujo sanguíneo, evitando la isquemia gastrointestinal que puede conducir a la necrosis, perforación, mediastinitis y peritonitis.

2- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN: puede mostrar una gran distensión gastrointestinal, presencia de niveles hidroaéreos o elevación del diafragma. La burbuja gástrica en el tórax es indicativo de hernia de hiato.

TRÁNSITO ESÓFAGO-GASTRODUODENALES (EGD): se administra Gastrografín y se observa un paso de contraste a través de aparato digestivo.

Si el colapso es completo, el contraste no pasa a partir del nivel de la obstrucción. Si el colapso es incompleto, se evidenciará una disposición anómala del contraste.

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC): herramienta diagnóstica más precisa realizada de forma habitual de modo urgente, para determinar la ubicación, existencia de áreas isquémicas, la extensión de la torsión, el punto de torsión del vólvulo, y su eje de rotación.

Dependiendo de la afectación, se clasifican en:

- **GÁSTRICOS**
- **DE INTESTINO DELGADO**
- **CECAL**
- **SIGMA**

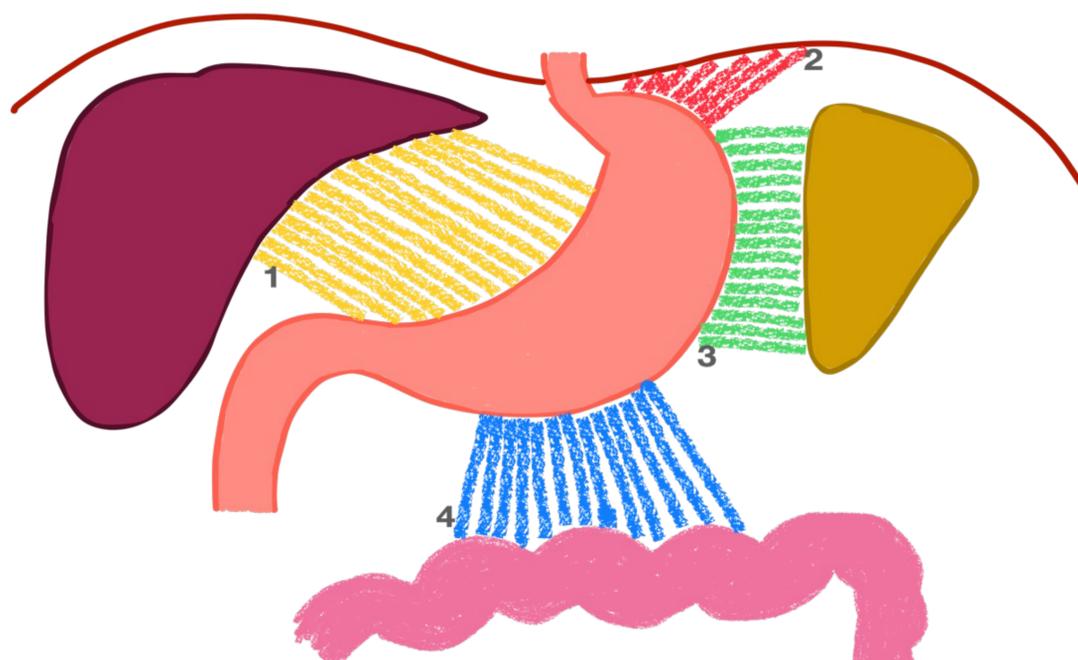
3- VÓLVULOS GÁSTRICOS

Consiste en la torsión anómala de una de las porciones del estómago sobre sí mismo, siendo una causa infrecuente de dolor abdominal.

Dependiendo del grado de torsión conllevará una obstrucción parcial o completa. Una de las formas de presentarse clínicamente es con la tríada de Borchardt, que consiste en dolor y distensión gástrica, náuseas sin vómitos e incapacidad para introducir correctamente la sonda nasogástrica.

Esta situación puede ser dolorosa y potencialmente peligrosa debido al **alto riesgo de isquemia y perforación**, por lo que requiere de un diagnóstico precoz y tratamiento urgente ^[1,2]. El estómago se encuentra unido a la cavidad peritoneal por **cuatro ligamentos**:

1. **Ligamento gastrohepático** (sostiene la curvatura menor).
2. **Ligamento gastrofrénico** (sujeta la porción superior del estómago al diafragma).
3. **Ligamento gastroesplénico** (sujeta la curvatura mayor al bazo).
4. **Ligamento gastrocólico** (forma parte del omento mayor y une la porción inferior del estómago al colon transverso).



ESQUEMA 1: El estómago está sujetado por el ligamento gastrohepático (1), el ligamento gastrofrénico (2), el ligamento gastroesplénico (3), y el ligamento gastrocólico (4).

PRINCIPALES CAUSAS

Para que se produzca un vólvulo, alguno de estos ligamentos debe estar ausente o ser laxo.

Otras causas que debemos tener en cuenta son: Defectos diafragmáticos, distensión gástrica, bazo errante, mal rotación intestinal o la adhesión peritoneal posquirúrgica, facilitan la volvulación ^[1].

Distinguimos dos tipos principales de vólvulos gástricos; **organoaxial y mesenteroaxial**, que se diferencian en función del tipo de torsiones del estómago, aunque comparten algunas características clínicas y radiológicas, existen diferencias importantes entre ambos.

Los hallazgos que podemos encontrar en la radiografía simple de abdomen son:

- 1. Signo de "doble burbuja":** Este es un hallazgo característico, se observan dos áreas ocupadas de aire debido a la obstrucción: una en el estómago y otra en el intestino delgado proximal (duodeno).
- 2. Distensión gástrica:** El estómago puede aparecer significativamente distendido debido a la acumulación de contenido gástrico por la obstrucción.
- 3. Nivel hidroaéreo:** En algunos casos, se puede observar un nivel horizontal de aire y líquido en el estómago distendido.

La TC es la herramienta diagnóstica de elección, puede detectar las malrotaciones, identificar la posición del píloro y cardias (útil para conocer el eje de torsión) y determinar la relación entre las curvaturas.

A veces se identifica un pliegue central en la luz gástrica que corresponde al área de torsión.

3.1- VÓLVULOS ORGANOAXIAL

- ✓ Es el más frecuente en adultos.
- ✓ El estómago gira en torno a su eje longitudinal (que une la unión gastroesofágica y el píloro).
- ✓ El antro se sitúa anterosuperior y el fundus posteroinferior, situándose la curvatura mayor hacia cefálico y la menor hacia caudal.

Suele estar asociado habitualmente a hernia paraesofágica. Puede subdividirse en:

- **Completo, giro > 180º:** Suele manifestarse con la triada de Borchardt y tiene alto índice de estrangulación.
- **Incompleto, giro < 180º:** Presenta escasos síntomas, y se produce más frecuentemente en personas que tienen una hernia de hiato con torsión incompleta e incluso siendo asintomáticas.

CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS:

1. **Torsión en torno al eje longitudinal.**
2. **Distensión gástrica:** La TC puede mostrar una amplia distensión del estómago debido a la obstrucción y acumulación de contenido gástrico.
3. **Patrón de distribución del contraste:** En los estudios contrastados, se puede observar la obstrucción en la región del cardias y el píloro, con el contraste acumulándose en el estómago distendido.

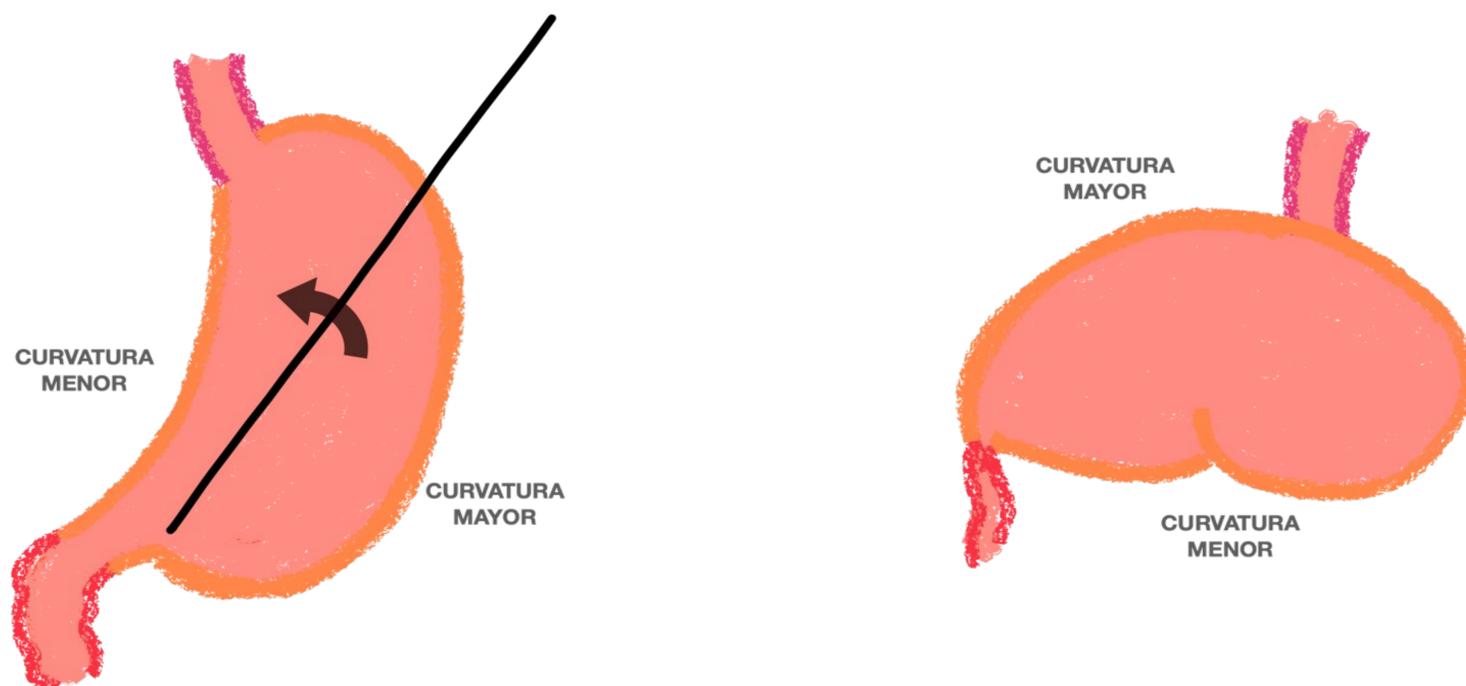


FIGURA 2: Mecanismos de giro del vólvulo gástrico organoaxial.

El estómago rota sobre un eje longitudinal.

La curvatura mayor se sitúa por encima y la menor por debajo, de tal modo que el antro puede estar a una altura mayor que el fundus.

3.2- VÓLVULOS MESENTEROAXIAL

- ✓ El estómago rota sobre su eje transversal, el ligamento gastrohepático.
- ✓ El antro asciende hacia el lado izquierdo por encima del fundus pasando a ocupar una posición inferior derecha.
- ✓ Es más frecuente en niños.
- ✓ Cuando el fundus presenta una localización anómala en el lado derecho y del antro en el lado izquierdo nos hace pensar en un giro sobre el eje mesentérico del estómago.

CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS:

1. **Torsión en torno al eje anteroposterior** del mesenterio gástrico.
2. **Compresión de los vasos sanguíneos:** puede revelar la compresión o torsión de los vasos sanguíneos que irrigan el estómago debido a la torsión mesenteroaxial.
3. **Isquemia o necrosis:** En casos más graves, puede mostrar signos de isquemia o necrosis en el tejido gástrico debido a la falta de flujo sanguíneo adecuado.

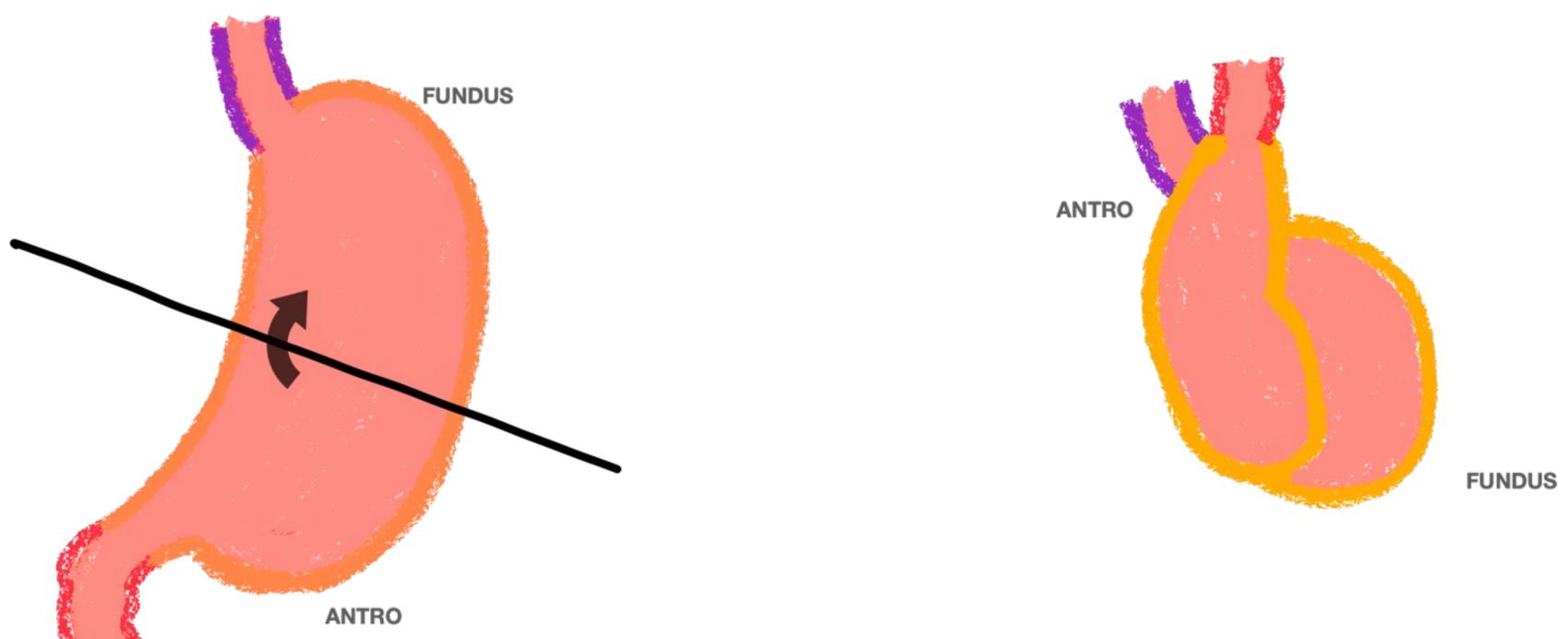


FIGURA 2: Mecanismos de giro del vólvulo gástrico mesenteroaxial.

El estómago gira sobre un eje transversal.

El antro asciende por encima del fundus y se localiza a su izquierda.

El fundus pasa a situarse por debajo y a la derecha del antro.

MANEJO URGENTE

Ambos tipos de vólvulo gástrico requieren **intervención quirúrgica precoz** para reducir la torsión y corregir la causa subyacente.

Si se hubiera producido por defectos diafragmáticos, el tratamiento consiste fundamentalmente en colocar mallas, con o sin gastropexia.

IMPORTANTE:

Restaurar el flujo sanguíneo para evitar la isquemia gástrica que puede conducir a la necrosis, perforación, mediastinitis y peritonitis.

Sin embargo, las técnicas quirúrgicas pueden variar según el tipo de vólvulo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para realizar un buen diagnóstico diferencial, debemos incluir el estómago de retención, que consiste en una distensión patológica del estómago por un trastorno de la motilidad, y la **hernia de hiato paraesofágica**, donde la unión gastroesofágica permanece en el abdomen mientras que el estómago asciende hacia el tórax adyacente al esófago ^[1].

Tanto en la hernia de hiato como en el estómago de retención **no existen puntos de torsión.**

Hay tres tipos principales de hernias hiatales:

- La **hernia por deslizamiento** es la más común. La unión gastroesofágica se mueve por encima del diafragma conjuntamente con una porción del estómago.
- En la **hernia paraesofágica**, parte del estómago se va herniando a través del hiato diafragmático sin que se presente movimiento de la unión gastroesofágica.
- Un tercer tipo de hernia hiatal se describe como una **combinación de ambas.**

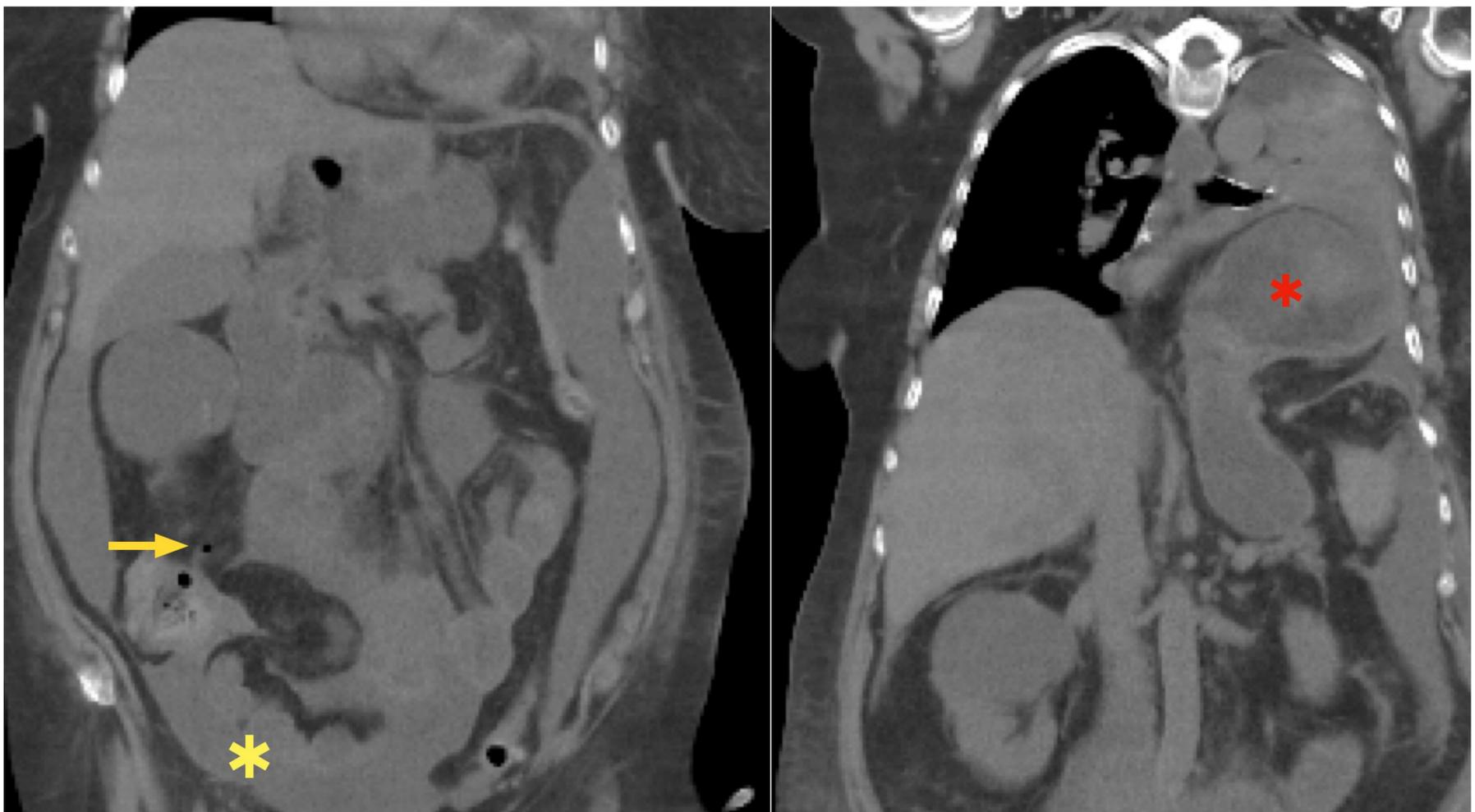
CASOS CLÍNICOS

VÓLVULO GÁSTRICO ORGANOAXIAL.

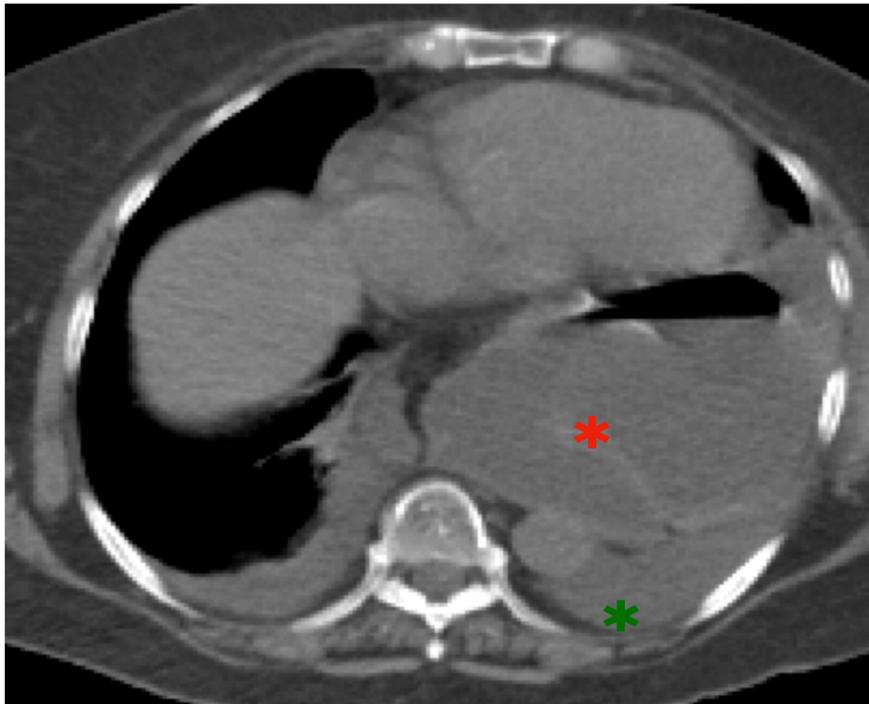
Mujer de 68 años que ingresa en urgencias por un cuadro de vómitos alimenticios y dolor abdominal epigástrico.

Dos días después se coloca sonda nasogástrica al no conseguir tolerancia, obteniendo débito bilioalimentario.

Ante la mala evolución de la paciente se realiza un TC toraco-abdominopélvico sin contraste intravenoso debido a que la paciente tenía un filtrado glomerular menor de 20 ml/min.



En las imágenes de TC en plano coronal se identifica una volvulación gástrica organoaxial (asterisco rojo), en relación con cuadro de obstrucción intestinal con signos sufrimiento intestinal, destacando trabeculación grasa mesentérica, importante ascitis (asterisco amarillo), e incluso alguna pequeña burbuja de gas extraluminal a nivel abdominal (flecha amarilla).



En la imagen de TC en plano axial, se identifica la volvulación gástrica organoaxial (asterisco rojo) a través de una hernia paraesofágica izquierda que condiciona por su efecto masa un importante derrame (asterisco verde) y atelectasia a nivel de campo pulmonar izquierdo.

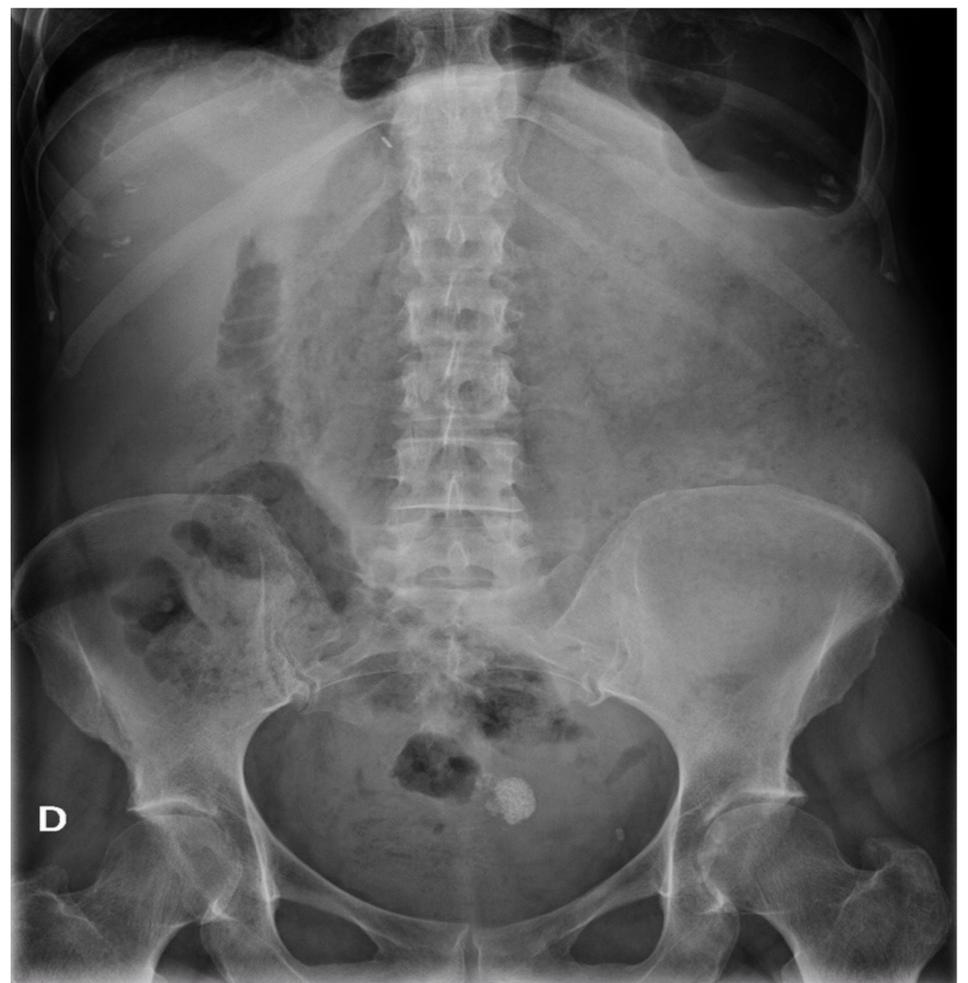
Estos hallazgos son concordantes con cuadro de obstrucción con sufrimiento intestinal que condiciona una gran distensión del sistema gastrointestinal proximal a obstrucción.

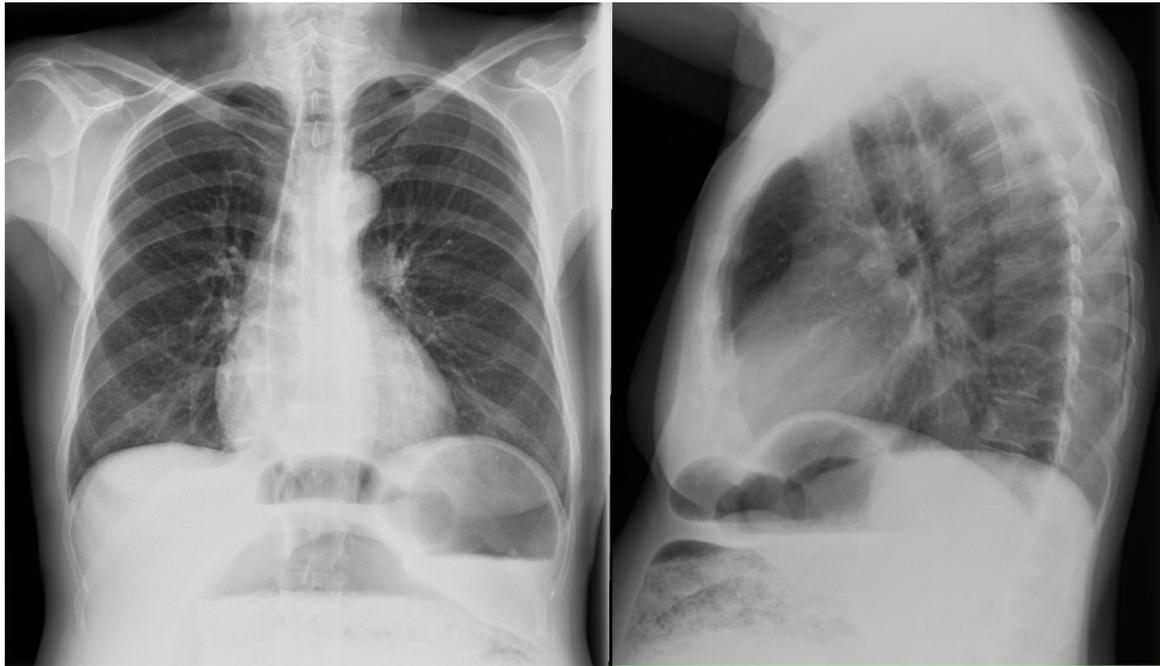
Tras intervención quirúrgica urgente se corrobora hernia **de hiato tipo II con estómago volvulado axialmente y perforado en la cara posterior** de cuerpo gástrico.

VÓLVULO MESENTEROAXIAL.

Paciente mujer 64 años antecedente de funduplicatura de Nissen hace 16 meses, acude a urgencias por dolor en epigastrio. En analítica presenta elevación de reactantes de fase aguda.

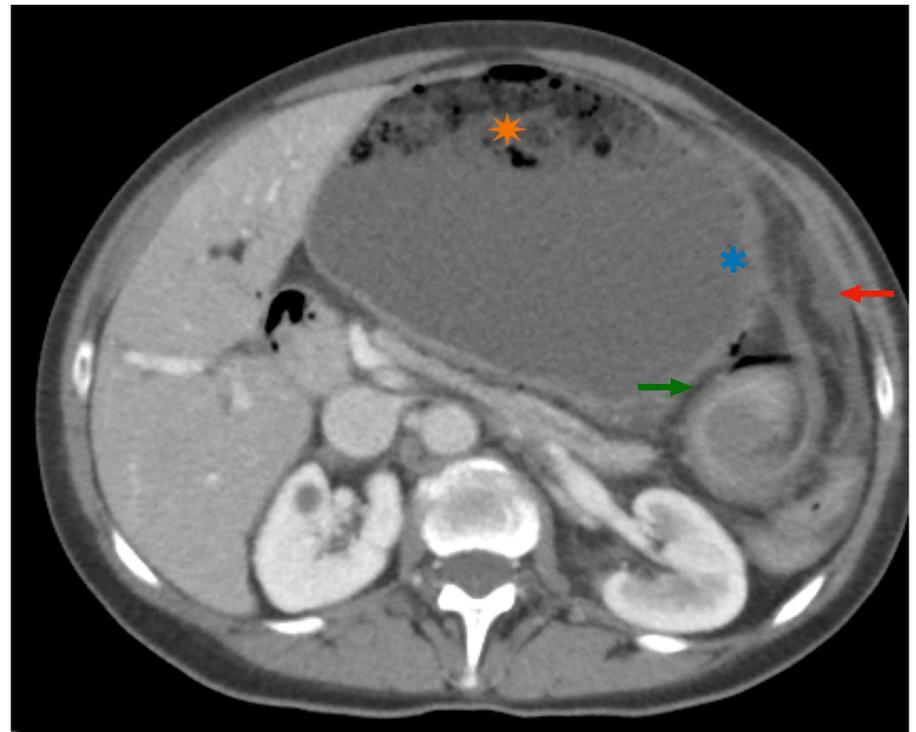
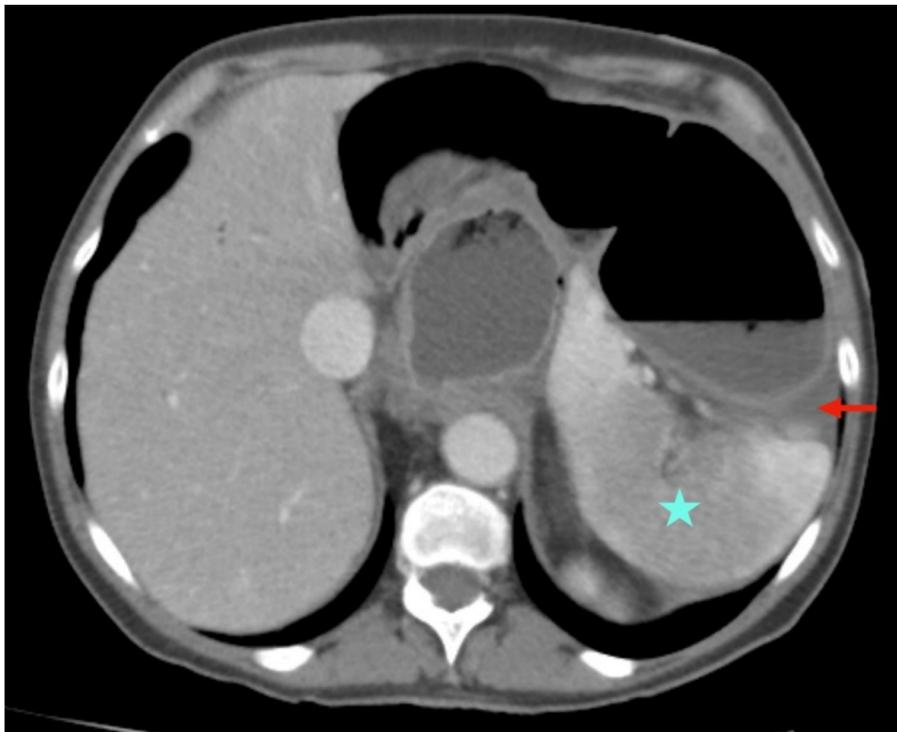
Radiografía de abdomen con marcada distensión gástrica y patrón en miga de pan.





Radiografía de tórax posteroanterior y lateral, encontramos distensión gástrica y niveles hidroaéreos.

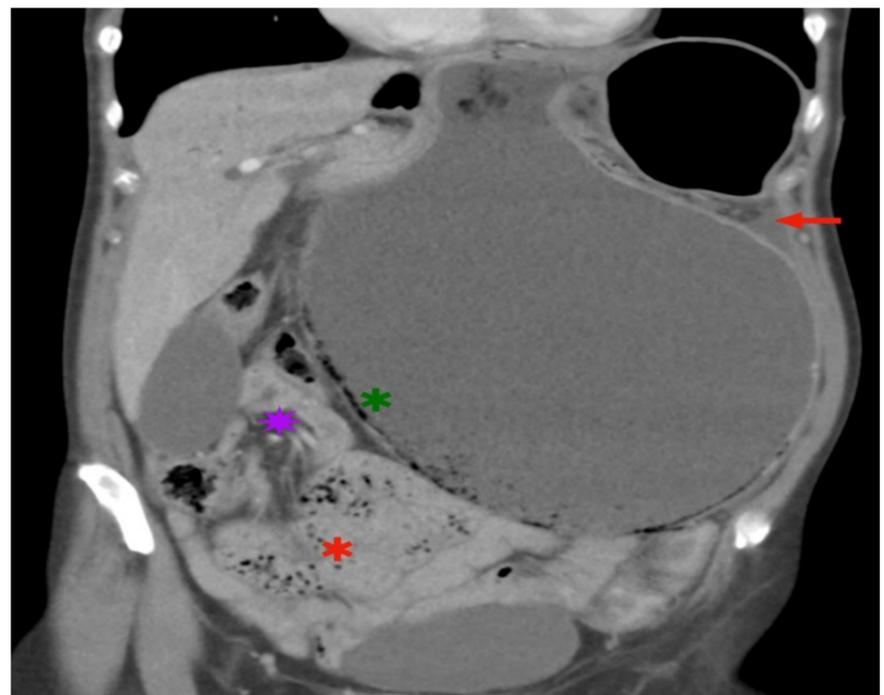
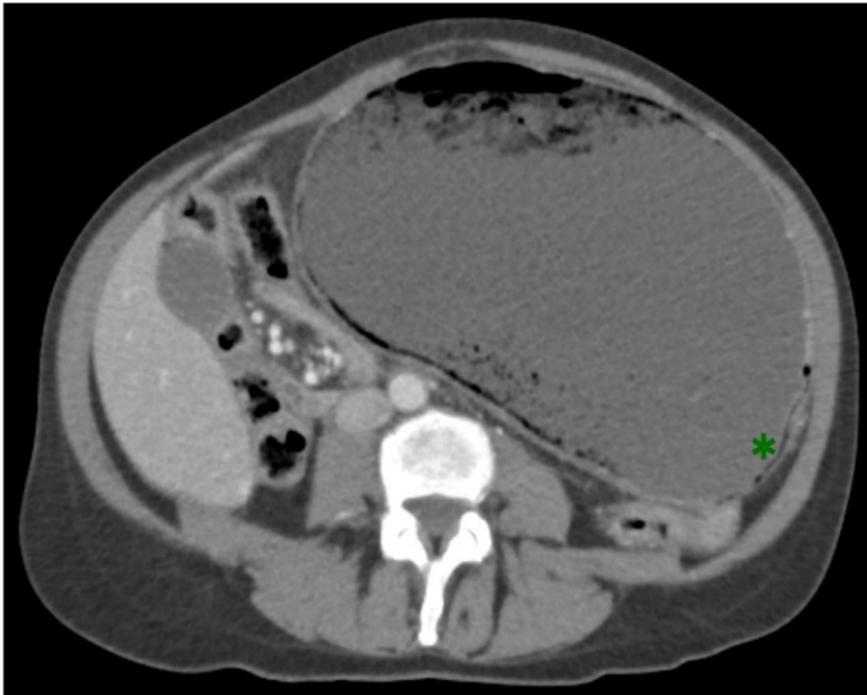
Se realiza TC abdominopéptico con contraste iodado intravenoso:



En las imágenes de TC en plano axial y coronal, el estómago se encuentra rotado sobre su eje transversal (flecha verde), en relación con vólvulo gástrico mesenteroaxial. Condiciona marcada distensión gástrica con contenido líquido y en patrón en miga de pan (estrella naranja).

A nivel del antro identificamos engrosamiento e hiporrealce mural (asterisco azul) y a nivel del fundus se objetivan algunas burbujas de neumatosis intestinal (asterisco verde).

Ingurgitación de vasos tributarios (estrella morada), trabeculación de la grasa y leve cantidad de líquido libre (flecha roja) en la región hiatal, perihepático, periesplénico y en pelvis, sin apreciar formación de colecciones. Todo ello como signos radiológicos de sufrimiento de asas.



Produce efecto de masa comprimiendo estructuras viscerales (asterisco rojo) y vasculares adyacentes (vena esplénica) identificando alteración de la perfusión esplénica (estrella azul claro).

Estos hallazgos son concordantes con vólvulo gástrico mesenteroaxial con signos de sufrimiento de asa (líquido libre, gas venoso en vasos tributarios y portal, hiporrealce mural en antro y burbujas aisladas de neumatosis).

VÓLVULO GÁSTRICO NO COMPLICADO.

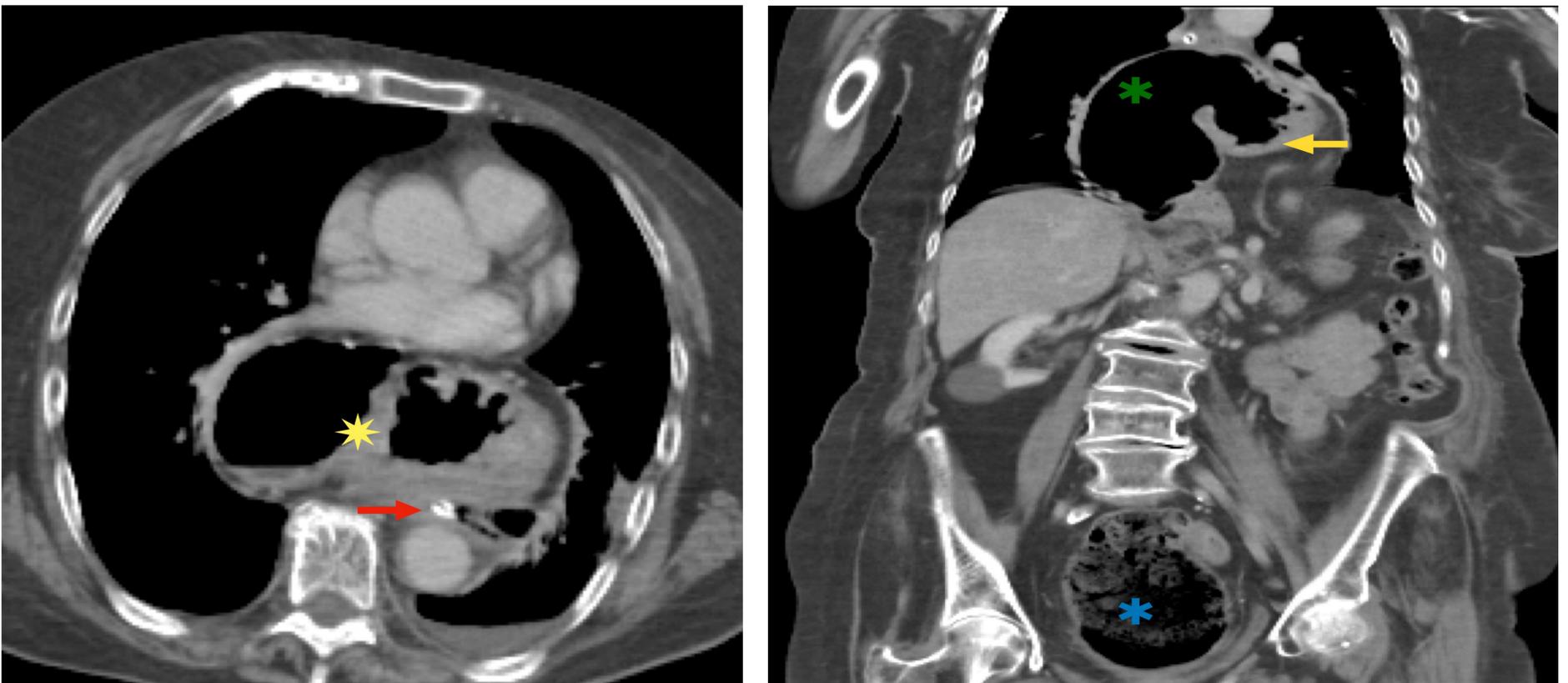
Paciente mujer de 90 años, que acude a urgencias por hematemesis en cantidad moderada, diarrea desde hace 5 días con heces oscuras, febrícula autolimitada y dolor abdominal difuso.

Se realiza gastroscopia donde se observa estómago de retención secundario a gran hernia de hiato sin poder descartar vólvulo. Se coloca sonda nasogástrica en urgencias.



En la radiografía de abdomen, encontramos dilatación de asas de intestino delgado con fecaloma a nivel rectal.

Se realiza TC con contraste intravenoso en fase portal para descartar volvulación.



En las imágenes de TC en plano axial y coronal, se confirma cuadro obstructivo secundario a fecaloma (asterisco azul) sin identificar datos de sufrimiento de pared.

El fundus gástrico (flecha amarilla), la unión gastroesofágica y la mayor parte del estómago están herniados a través del hiato hacia el tórax. Se objetiva una posición anómala del estómago, identificando una rotación del mismo a lo largo de su eje longitudinal, de este modo apreciamos la curvatura mayor por encima de la curvatura menor (asterisco verde). No se observan cambios de calibre sugestivos de torsión. No hay signos de inflamación, obstrucción retrógrada ni de perforación. Sonda nasogástrica que no progresa más allá de la unión gastroesofágica (flecha roja).

Hallazgos que ponemos en relación con hernia paraesofágica (estrella amarilla) con mal rotación, sin signos de complicación aguda.

4- VÓLVULOS DE INTESTINO DELGADO

Se considera una enfermedad grave, con elevado porcentaje de isquemia.

En los vólvulos de intestino delgado, el mesenterio se acorta por la torsión de su raíz.

Son más frecuentes en los primeros años de vida, sobre todo los que afectan al intestino medio. Suele producirse por una malrotación intestinal, aunque hay veces que no se detecta la causa. Las principales causas a tener en cuenta son **bridas, hernias externas, o hernias internas a través de defectos mesentéricos** [3].

CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS:

Radiografía simple: Asas distendidas con niveles hidroaéreos sin gas distal. En vólvulo de intestino medios, se puede realizar estudios baritados, que muestran una apariencia en sacacorchos del duodeno distal.

TC: signo de la «rueda con radios» que consiste en asas distendidas en forma de «C» o «U», llenas de líquido, con el mesenterio ingurgitado que converge hacia un punto central. Otros signos:

- **Signos del «pico de pájaro»:** cuando los 2 extremos de la obstrucción en asa cerrada se estrechan gradualmente y convergen en el punto de torsión;
- **Signo del «remolino»:** cuando los vasos y el mesenterio giran en torno al punto de torsión.
- También se puede observar el **giro de la vena y la arteria mesentérica superior.**

El signo del remolino es importante pero poco específico y, también puede estar presente, sin que haya un vólvulo, en hernias internas, bridas o en cambios postquirúrgicos.

IMPORTANTE: Valorar signos de isquemia potencialmente reversible, el realce de la pared, la ingurgitación vascular y el edema del mesenterio.

La isquemia irreversible se sospecha cuando la pared intestinal no realza o lo hace levemente, cuando hay ascitis hemorrágica y neumatosis intestinal.

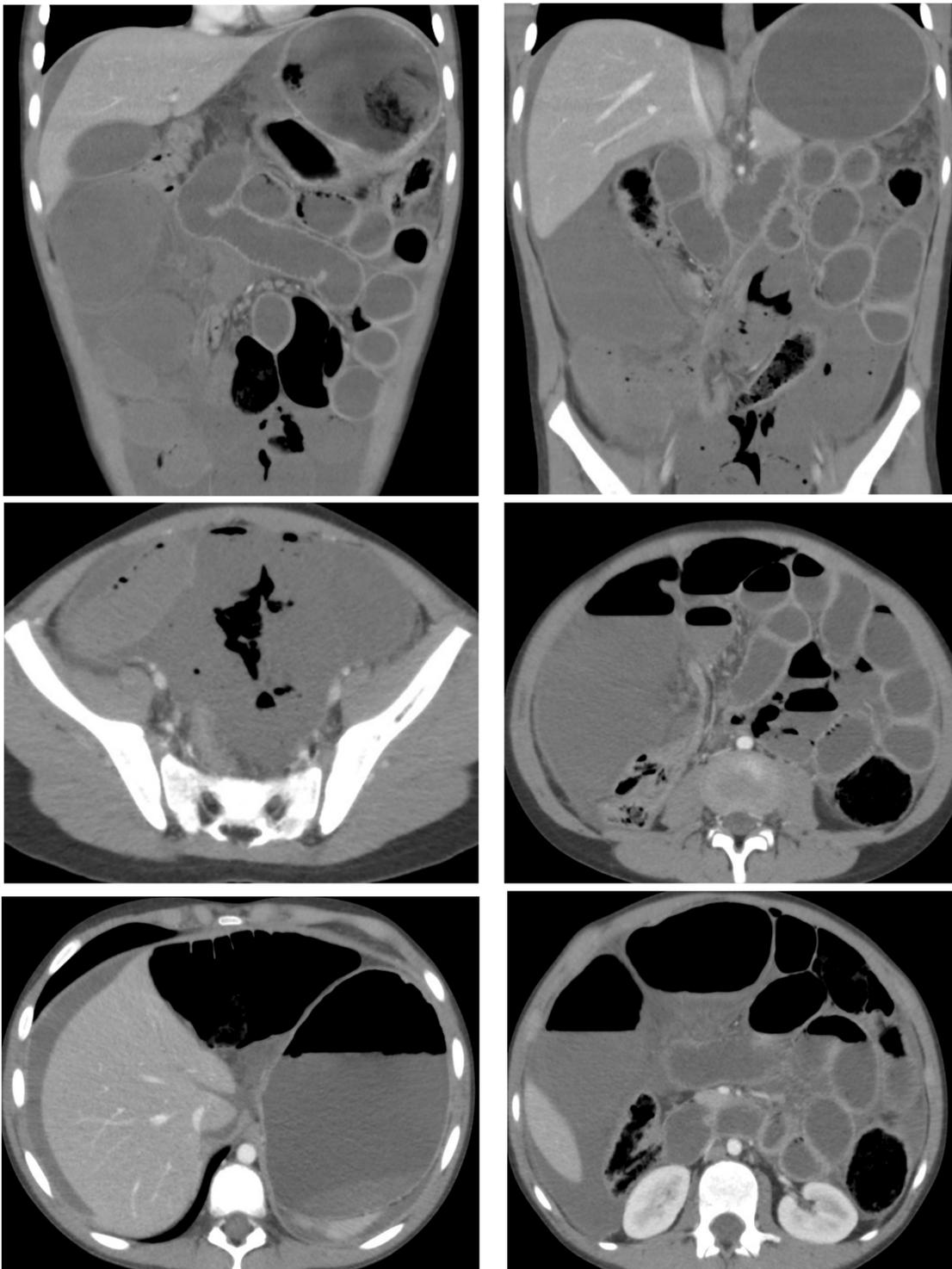
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Descartar otras causas de obstrucción de intestino delgado: bridas, hernias internas o externas y el íleo paralítico, en el que la dilatación llega hasta el recto, con haustras visibles.

El tratamiento de elección es quirúrgico porque normalmente se asocia a isquemia intestinal.

VÓLVULO DE INTESTINO DELGADO PERFORADO

Niño de 12 años con dolor abdominal que comienza después con vómitos y febrícula. Presenta tenesmo y abdomen con defensa generalizada. No presenta clínica catarral. Ante la clínica de abdomen agudo, se decide realizar TC de abdomen con contraste intravenoso, identificando los siguientes hallazgos:



En los cortes de TC, se observa una torsión del mesenterio que condicionan obstrucción en asa cerrada en al menos 4 puntos del tubo digestivo.

No se identifica ninguna causa subyacente por lo que lo más probable es que se trate de una hernia interna

También se identifica líquido libre que se distribuye de manera difusa por toda la cavidad abdominal.

Perforación de asas de íleon localizadas en fosa ilíaca izquierda, con evidencia de neumoperitoneo.

También se identifica gas en el sistema venoso mesentérico torsionado.

Ausencia de captación de en asas de íleon localizadas en fosa ilíaca izquierda que podría traducir isquemia/necrosis.

Todos estos hallazgos son compatibles con torsión de intestino delgado y perforación de asas de íleon.

5- VÓLVULOS CECAL

En las volvulaciones de ciego se produce una rotación axial del ciego, que se acompaña de una torsión del mesenterio y de sus vasos. Habitualmente produce un cuadro de obstrucción intestinal. Constituyen una décima parte de todos los vólvulos intestinales y la segunda localización más frecuente de los vólvulos colónicos tras los de sigma (hasta un 20–40% de los vólvulos de colon) [4].

CAUSAS : laxitud de la fijación peritoneal, y un punto fijo que sirva de eje de rotación, (masas abdominales, adherencias, adenopatías, útero gestacional).

PRUEBAS DE IMAGEN:

Radiografía simple: nivel hidroaéreo único, se observa desplazamiento medial de la válvula ileocecal que adquiere morfología en forma de «riñón». Suele asociarse con dilatación importante de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos.

TC: permite identificar punto de torsión y otros signos comunes al resto de vólvulos como el «pico de pájaro» y el «remolino». Además es muy útil para valorar datos de sufrimiento de asas y planificar tratamiento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Se debe hacer diagnóstico diferencial con patologías que produzcan dilatación del colon obstructiva o no, algunas causas pueden ser tumores o diverticulitis.

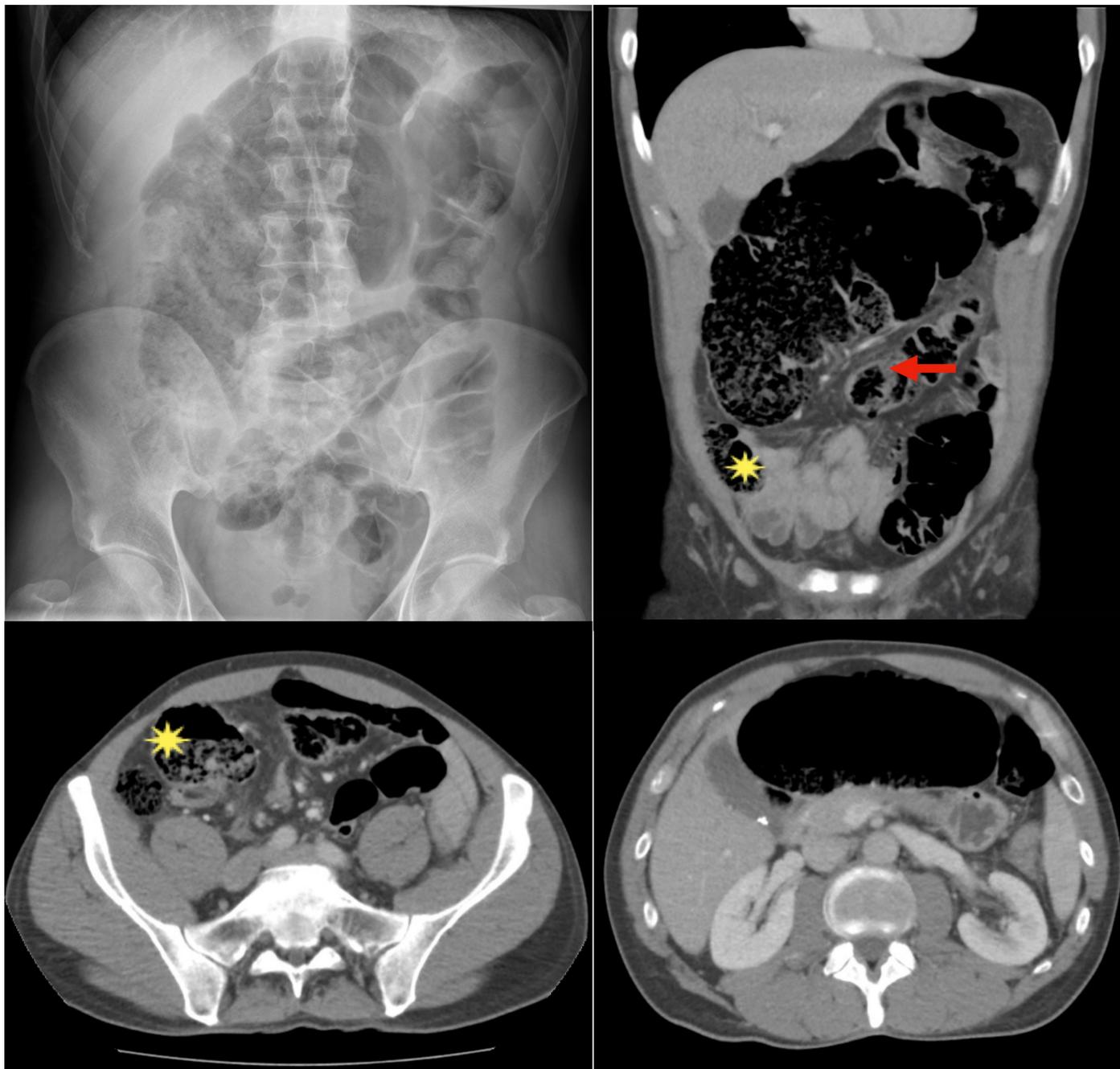
El íleo adinámico o el síndrome de Ogilvie, las asas de delgado están también dilatadas.

El megacolon tóxico, que no presenta haustras.

TRATAMIENTO: El tratamiento de elección es quirúrgico. Si el ciego es viable consiste en una cecopexia, que tiene tasas de morbilidad y recurrencia bajas.

VÓLVULO DE CIEGO

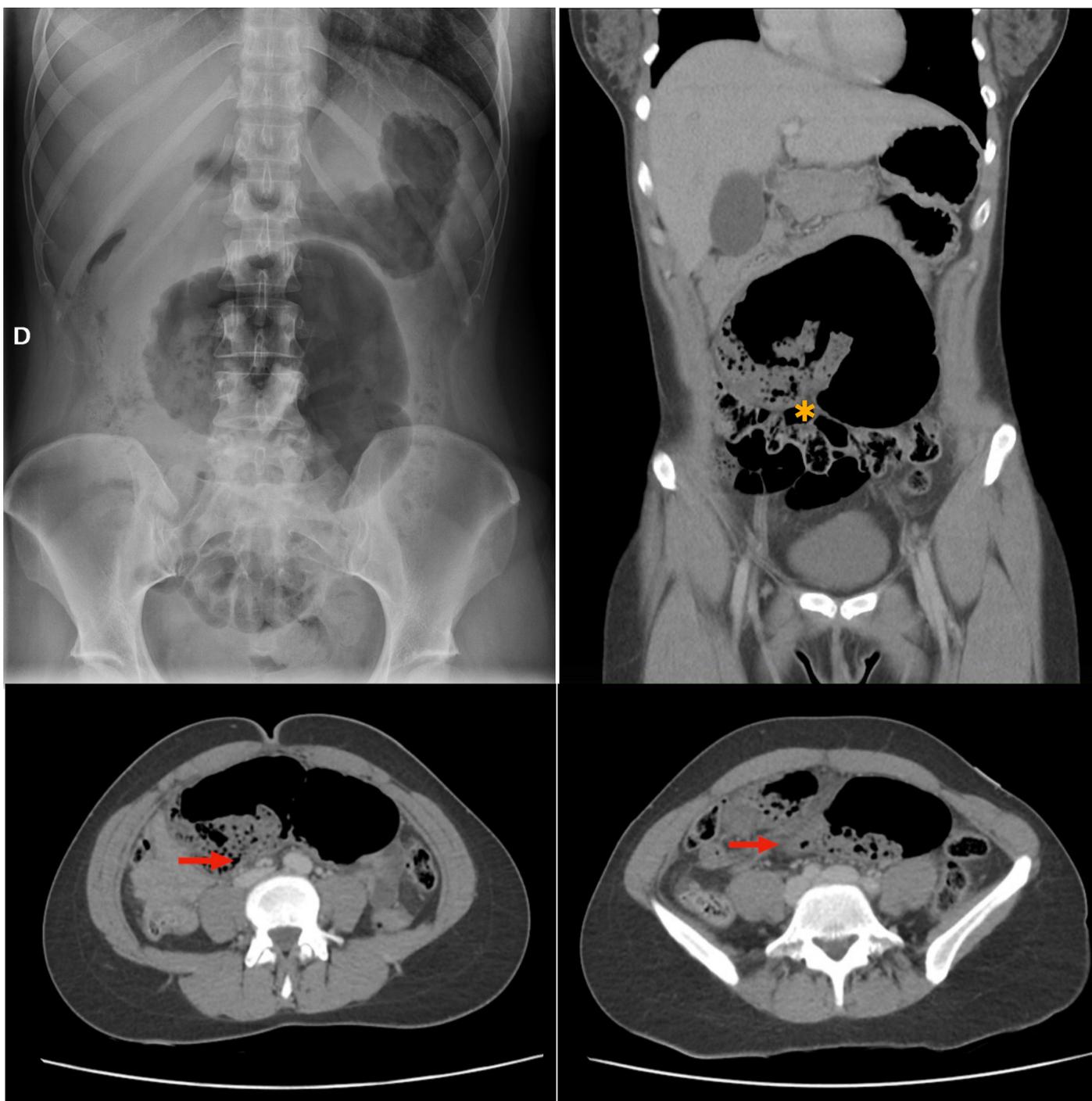
Varón con distensión abdominal con dolor abdominal de varios días de evolución con estreñimiento crónico. No refiere náuseas ni vómitos. No fiebre. Abdomen distendido de manera generalizada. Se realiza TC de abdomen con contraste intravenoso, identificando:



Ciego localizado en mesogastrio dilatado identificándose en fosa ilíaca derecha torsión de un segmento de ciego y de colon ascendente que convergen entre si con signo del remolino que engloba a vasos mesentéricos. No se identifica neumatosis ni datos sufriendo de asas intestinales. Se identifica patrón en miga de pan en íleon distal (). Todos estos hallazgos en su conjunto están en relación con vólvulo de ciego.*

VÓLVULO DE CIEGO

Varón con clínica de dolor abdominal de horas de evolución con elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza TC de abdomen con contraste ante la sospecha de obstrucción en asa cerrada:



Se aprecia un asa dilatada medializada que parece corresponder con el ciego localizado en mesogastro que alcanzan un calibre de hasta 6 cm secundario identificando un cambio de calibre (). De forma asociada se identifica edema del meso y ganglios reactivos locorregionales como cambios inflamatorios (→). No se identifican signos de isquemia mesentérica establecida. Hallazgos radiológicos en relación con vólvulo cecal, que se confirmó posteriormente tras desvolvularlo quirúrgicamente.*

5- VÓLVULOS DEL SIGMA

El vólvulo de sigma es una causa poco frecuente de obstrucción de intestino grueso, que se produce cuando el colon sigmoides se torsiona alrededor de su meso, y constituye hasta el 60% de los vólvulos intestinales, siendo el vólvulo de colon más frecuente (60-75%)^[5].

FACTORES PREDISPONENTES:

Edad mayor de 60-70 años

Segmento de sigma redundante

Fallo en la fijación normal del mesenterio

Malrotación intestinal

Íleo hiperactivo

Dietas ricas en fibra

Estreñimiento crónico

Distensión por gases

Posturas anormales (niños con parálisis cerebral)

Enfermedad de Chagas

Radiografía simple: Colon dilatado sin haustras, con forma de «U» invertida y localizado en la línea media con dirección hacia los cuadrantes superiores. El borde superior del sigma sobrepasa la 10a vértebra dorsal y el colon transversal.

TC: Hallazgos son superponibles a los de la radiografía simple

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

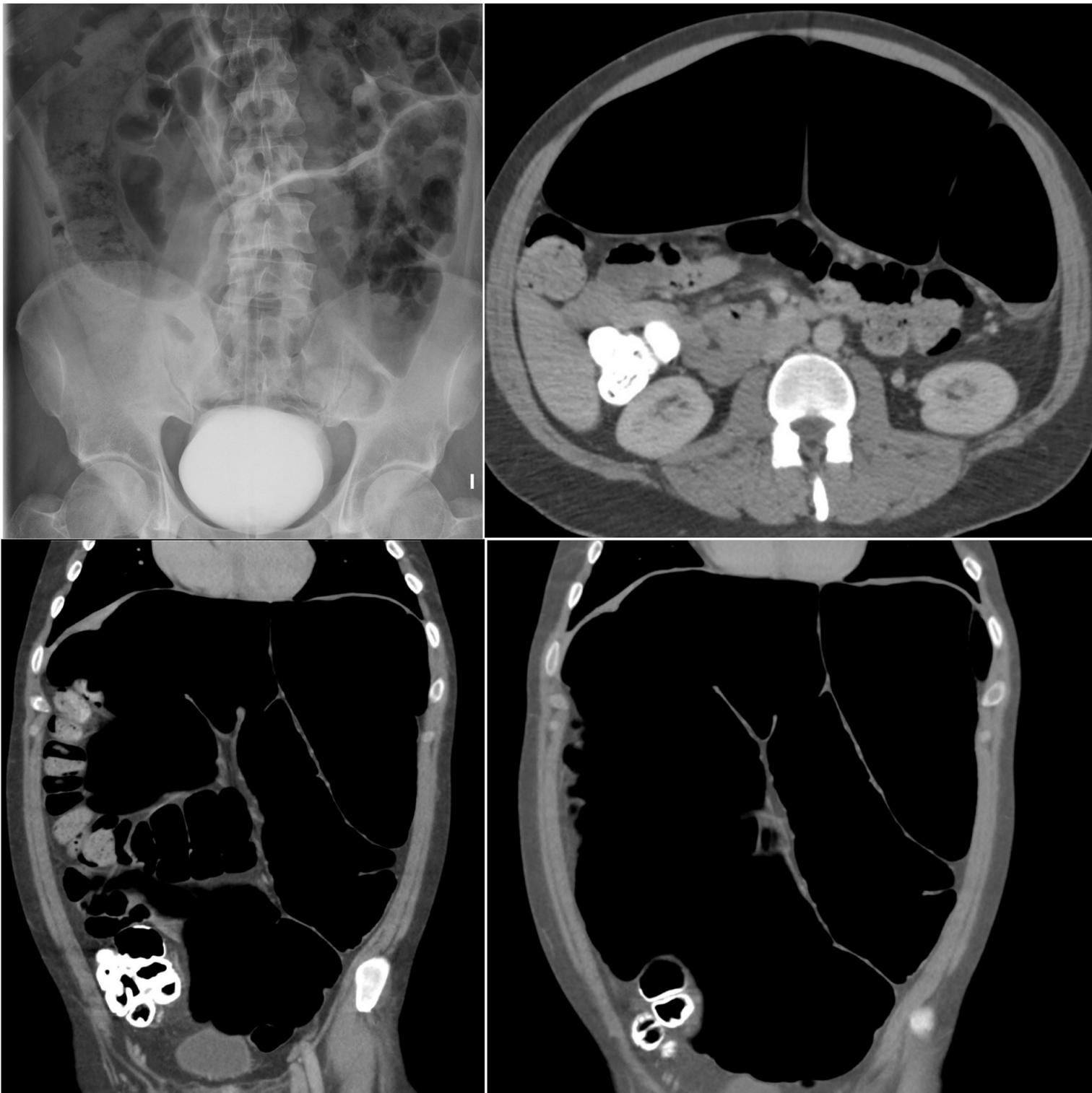
- Se presenta en pacientes más jóvenes y presenta un nivel hidroaéreo.
- Síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción intestinal: gas en el recto en la radiografía simple antes de realizar el tacto rectal.
- Íleo paralítico, megacolon tóxico y obstrucción distal del colon.

COMPLICACIONES: Las propias de la obstrucción en asa cerrada: isquemia, necrosis, perforación o estrangulación.

TRATAMIENTO: Conservador de entrada, mediante una sonda rectal, cuando el tratamiento es quirúrgico, las recidivas descienden al 20%.

VÓLVULO DE SIGMA

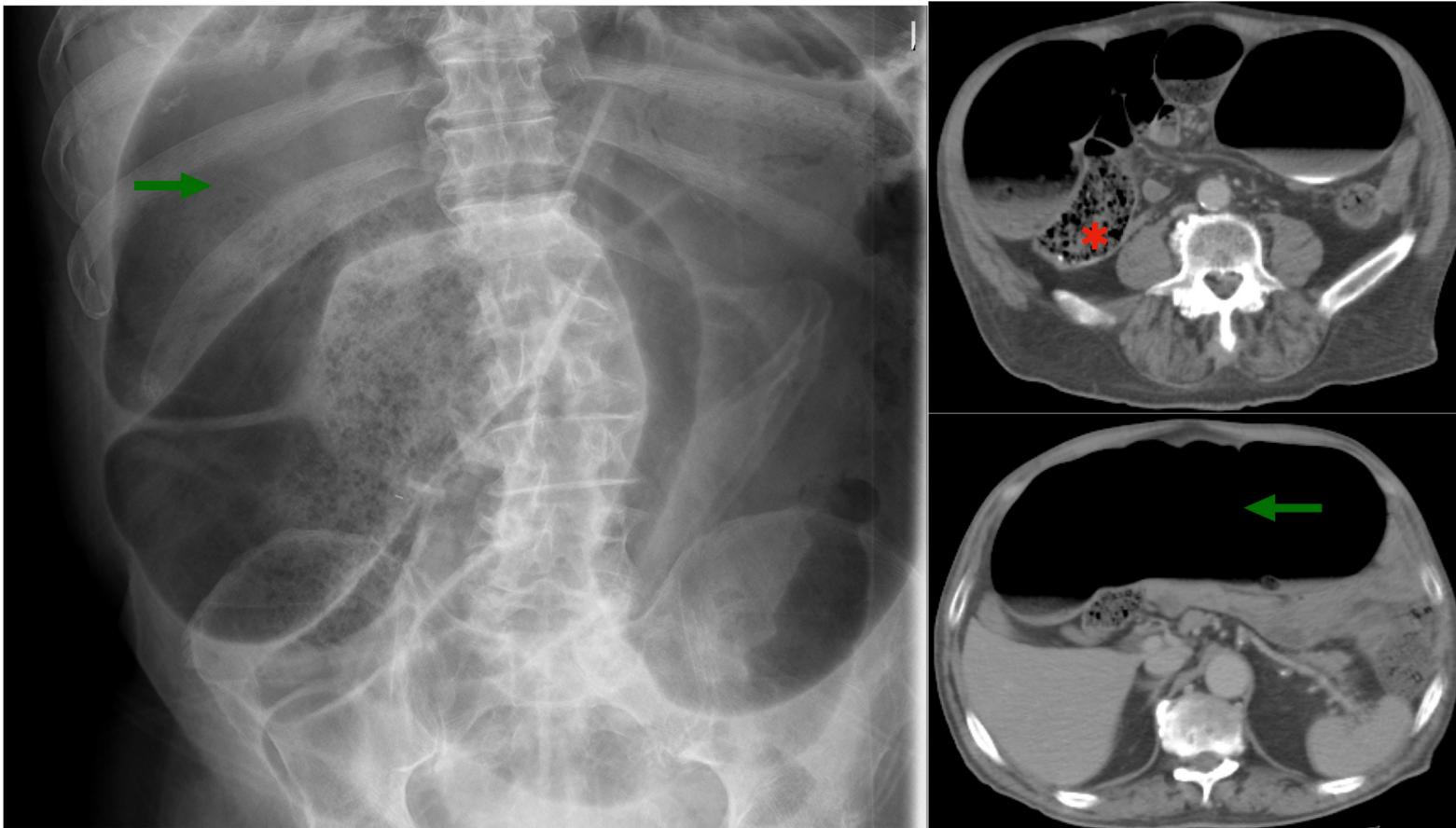
Varón de 86 años que consulta por dolor abdominal y estreñimiento de larga evolución.



En radiografía simple marcada dilatación de asas con un pliegue central. La TC se confirma la presencia de un vólvulo de sigma sin signos de complicación en estudio actual. El colon izquierdo se encuentra colapsado y el resto de segmentos colónicos muestra cierta distensión con abundantes restos fecales y contraste intraluminal. Hallazgos radiológicos que ponemos en relación con vólvulo de sigma.

VÓLVULO DE SIGMA

Varón de 87 años que ingresa con clínica de dolor abdominal, estreñimiento y deterioro del estado general. En radiografía simple se observa la imagen típica de vólvulo de sigma, una gran asa dilatada con forma de «U» invertida con un pliegue central que dibuja un «grano de café». Se completa estudio con TC abdominopélvico contraste intravenoso:



En cortes axiales de TC se observa una marcada dilatación del sigma (flecha verde), alcanza un calibre de unos 8,5 cm, e identificando un punto de torsión en la porción distal del mismo. Proximal a este punto de torsión, el sigma adquiere una morfología en "U" invertida dirigiéndose hacia el hipocondrio derecho para posteriormente cruzar hacia fosa ilíaca izquierda en su transición al colon descendente, en esta zona evidenciamos abundantes restos fecales (). Esto sería compatible con un cuadro obstructivo, en el momento actual en un punto, aunque por su morfología sería compatible con una volvulación del sigma. En el punto de torsión también se ve implicada un asa de delgado observando una leve dilatación retrógrada a nivel local. Esta marcada distensión del sigma genera un importante efecto masa comprimiendo hacia posterior las estructuras intraabdominales, especialmente en marco cólico.*

MEGACOLON FUNCIONAL.

Mujer de 74 años, que ingresa por síndrome constitucional a estudio y distensión abdominal. En radiografía de abdomen se observa imagen sugestiva de vólvulo por lo que se realiza TC abdominal:



Marcada dilatación generalizada del marco cólico hasta el colon sigmoide/recto, con contenido intraluminal sin evidenciar de punto de obstrucción.

Esta distensión produce colapso de asas de intestino delgado, las cuales no están dilatadas por presencia de válvula ileocecal competente. Estos hallazgos plantean el diagnóstico diferencial de megacolon adquirido/pseudobstrucción funcional o Síndrome de Ogilvie.

7. CONCLUSIONES

Los vólvulos gastrointestinales comparten el mismo mecanismo fisiopatológico de torsión en asa cerrada, los principales hallazgos radiológicos.

Algunos hallazgos son el signo del «remolino» o del «pico de pájaro», y otros más característicos como el signo del «grano de café».

A veces pueden ser difícil de diagnosticar clínicamente, con riesgo de isquemia y perforación. Puede llegar a ser una emergencia médica que requiera intervención quirúrgica urgente, por lo que un diagnóstico precoz y preciso es esencial.

La TC es la herramienta diagnóstica de elección, puede detectar las malrotaciones y otros datos radiológicos de sufrimiento de asas.

El tratamiento de elección en la mayoría de los casos es quirúrgico, bien para corregir las causas y preservar la parte de aparato gastrointestinal volvulado, o para resecarlo en caso de necrosis

8. BIBLIOGRAFÍA

1. 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 Jan;57(1):35–43. doi:10.1016/j.rx.2013.09.008
2. Ballesteros Gómiz E, Torremadé Ayats A, Durán Feliubadaló C, Martín Martínez C, Caro Tarragó A. Intestinal malrotation – volvulus: Imaging findings. Radiología (English Edition). 2015 Jan;57(1):9–21. doi:10.1016/j.rxeng.2014.07.002
3. Silva AC, Pimenta M, Guimaraes LS. Small bowel obstruction: What to look for. RadioGraphics. 2009 Mar;29(2):423–39. doi:10.1148/rg.292085514
4. Pirró N, Corroller LE, Solari C, Merad A, Sielezneff I, Sastre B, et al. Volvulus du cæcum: Bases anatomiques et physiopathologie. Morphologie. 2006 Dec;90(291):197–202. doi:10.1016/s1286-0115(06)74506-4
5. Levsky JM, Den El, DuBrow RA, Wolf EL, Rozenblit AM. CT findings of sigmoid volvulus. American Journal of Roentgenology. 2010 Jan;194(1):136–43. doi:10.2214/ajr.09.2580