

Imágenes

Obstrucción duodenal por bandas de Ladd

M. D. Macías Robles, B. M. Martínez Mengual, M. J. Amador Tejón, F. García Arias*, A. Fernández San Martín

SERVICIO DE URGENCIAS. *SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS. ASTURIAS.

Mujer de 12 años, sin antecedentes, que acudió a urgencias por dolor abdominal y vómitos con intolerancia, en las últimas 48 horas. Exploración física: afebril, dolor abdominal difuso, sin masas, ni signos de peritonismo. Bioquímica y hemograma normales. Estudio gastroduodenal: gran dilatación gástrica que llega hasta pelvis, con contraste baritado cayendo como "cascada". Doble burbuja por dilatación gástrica y duodenal, con poco aire distal (Figura 1). Tras aspiración de contenido gástrico se objetivaron defectos de repleción lineal (bandas de Ladd) en 2ª porción duodenal (Figura 2). Una TC abdominal con estómago vacío no demostró hallazgos patológicos.

La malrotación intestinal incluye las anomalías en la rotación y fijación intestinales producidas durante el desarrollo fetal. Existen una gran variedad de formas de presentación, lo que supone un desafío diagnóstico. Las bandas de Ladd son cordones de tejido fibroso peritoneal que representan intentos de compensar la inadecuada fijación mesen-

térica. Se extienden desde el ciego hasta la región subhepática, peritoneo posterior o pared abdominal, y contribuyen a la compresión de la 2ª o 3ª porciones duodenales. Son más frecuentes en lactantes, pero pueden aparecer a cualquier edad. El dolor se debe a episodios de obstrucción duodenal intermitente por efecto de las bandas. Muchos pacientes permanecen asintomáticos y se diagnostican casualmente en la cirugía por otra causa. El estómago y duodeno dilatados, que dan lugar al signo de la "doble burbuja", con escaso gas distal en un paciente con vómitos y dolor abdominal agudo son sugestivos de obstrucción duodenal (Figura 1). Si no existe evidencia de vólvulo, estos casos son producidos generalmente por las bandas de Ladd. En la actualidad los urgenciólogos estamos poco familiarizados con las imágenes obtenidas en estudios baritados, pero no tenemos que olvidar que existen patologías, como el caso que presentamos, en que una radiografía simple y/o un tránsito digestivo pueden ser suficientes para obtener un diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1- Berrocal T, Gayá F, de Pablo L. Aspectos embriológicos, clínicos y radiológicos de la malrotación intestinal. *Radiología* 2005;47:237-51.

2- Strouse PJ. Disorders of intestinal rotation and fixation ("malrotation"). *Pediatr Radiol* 2004;34:837-51.

Correspondencia: M^a Dolores Macías Robles
Avda. San Agustín nº 16 - 3º B
33400 Avilés (Asturias)
e-mail: MDMACIAS@telefonica.net

Fecha de recepción: 27-1-2006
Fecha de aceptación: 29-11-2006



Figura 1. Signo de la “Doble burbuja” por dilatación de estómago y duodeno.

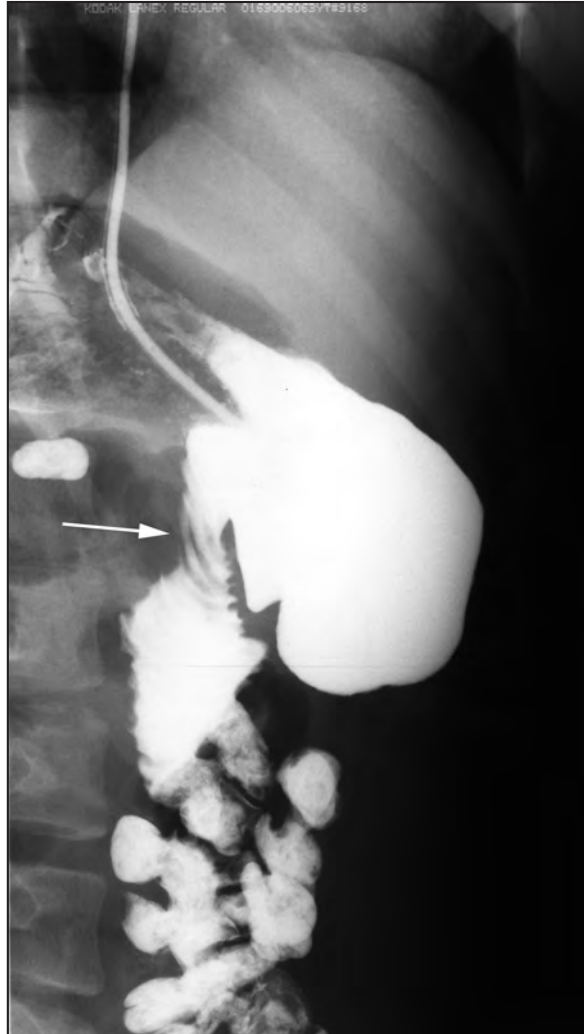


Figura 2. Defectos de repleción lineal (flecha) en la 2ª porción duodenal debido a la presencia de bandas de Ladd.