

Torsión del apéndice cecal asociada a invaginación intestinal

Carlos Baeza-Herrera,* Luis Manuel García-Cabello,** Alberto León-Cruz,***
María de Lourdes Martínez-Rivera***

Resumen

La torsión del apéndice vermiciforme es muy rara; en la literatura sólo han sido referidos 25 casos. El aquí informado es el primero asociado a invaginación intestinal. Se trató de una niña de dos meses de edad quien súbitamente dio muestras de dolor. En la exploración quirúrgica se encontró invaginación ileocecal apretada, que fue corregida. Cuatro días después fue necesario reoperar, encontrando torsión y perforación del apéndice cecal; se practicó appendicectomía. Por datos de obstrucción y peritonitis se requirió nueva exploración quirúrgica en la que se encontró dehiscencia del muñón y perforación cecal. Una vez corregidas estas complicaciones, la paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta en buenas condiciones.

Palabras clave: apéndice vermiciforme, peritonitis, invaginación.

Summary

Background: Vermiform appendix torsion is a rare condition, with only 25 cases recorded in the international literature. Our patient is the first case associated with intussusception.

Case report. A 2-month-old female infant suddenly developed severe abdominal pain due to ileoceal intussusception. During surgical exploration, a tight intussusception was reduced. Three days later, a new laparotomy was required and we found torsion and perforation of the vermiciform appendix. The patient underwent appendectomy, but there was dehiscence of the appendiceal stump and cecal perforation requiring a new surgical exploration. The patient had an uneventful recovery.

Key words: vermiciform appendix, peritonitis, intussusception.

Introducción

Según nuestra experiencia, la apendicitis durante la etapa de la lactancia o edad preescolar es una condición suficientemente común como para no extrañarse con su hallazgo. Por otro lado, la torsión del apéndice vermiciforme es una entidad muy rara: hasta el año 2005 sólo había 25 casos reportados en la literatura anglosajona,¹ de los cuales casi la mitad se trataba de individuos en edad pediátrica.² Presentamos aquí el primer caso asociado a invaginación intestinal en nuestro país, y probablemen-

te el de menor edad con torsión del apéndice cecal referido en la literatura mundial.

Caso clínico

Niña de dos meses de edad en quien se inició el padecimiento 15 horas antes del ingreso hospitalario, con períodos de irritabilidad, crisis de llanto intenso alternadas con períodos de reposo. Como antecedente de importancia se señalaron dos evacuaciones mucohemáticas, la última una hora antes de la hospitalización. A la exploración física, la paciente se encontraba irritable y al palpar el abdomen se identificó una tumoración alargada; el tacto rectal provocó evacuación en “jarabe de grosella”. Con los datos anteriores se integró el diagnóstico de invaginación intestinal. La radiografía simple de abdomen mostró niveles hidroaéreos generalizados y ausencia de aire en hueco pélvico, por lo cual se intentó corrección por presión hidrostática con colon por enema, que resultó infructuoso. Por lo anterior se decidió exploración quirúrgica; el hallazgo fue invaginación ileocólica apretada de 15 cm, incluyendo el ciego. La corrección manual se efectuó sin complicaciones.

Durante el posoperatorio, la paciente evolucionó desfavorablemente: al tercer día el drenaje por la sonda persistía siendo biliar, había ausencia de evacuaciones y un estudio radiológico

* Profesor titular del Curso de Cirugía, UNAM. Jefe del Departamento de Cirugía General, Hospital Pediátrico Moctezuma. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía.

** Cirujano pediatra y profesor ayudante.

*** Residente de Cirugía.

Solicitud y sobretiros:
Carlos Baeza-Herrera,
Oriente 158 número 189,
Col. Moctezuma Segunda Sección,
Deleg. Venustiano Carranza,
15500 México, D. F.

Recibido para publicación: 24-10-2005
Aceptado para publicación: 31-01-2006





Figura 1. Estudio radiológico simple de abdomen que revela edema de la pared abdominal e intestinal, niveles hidroáreos y opacidad pélvica, sugerentes de peritonitis.

simple de abdomen mostró oclusión (figura 1). La citología hemática indicó hemoglobina de 9.74 g/dl, por lo que se realizó transfusión de concentrado eritrocitario. Al cuarto día posoperatorio se decidió reexploración quirúrgica, encontrando apéndice cecal de color blanco y torsión de 360° en sentido contrario al movimiento de las manecillas del reloj (figura 2), amputación parcial en el tercio medio y área pequeña de necrosis cecal; se efectuó apendicectomía con maniobra de Pouchet y jareta invaginante, así como reforzamiento del ciego con un punto de sutura.

Se inició nutrición parenteral y dos días después otra vez hubo evidencias de obstrucción y peritonitis; una nueva exploración quirúrgica evidenció dehiscencia del muñón apendicular y perforación puntiforme de ciego. Se reparó la lesión del ciego y se cerró el muñón con un nudo de Pouchet e invaginación del muñón apendicular. A los cinco días de esta última operación, se reinició la vía oral. La niña fue egresada tres días después en buenas condiciones generales.

Discusión

En 1918, Payne describió por vez primera la torsión del apéndice cecal y se refirió a ella con extrañeza: “parece que esta enfermedad no está reportada en los muchos trabajos que existen sobre apendicitis”.³



Figura 2. Un acercamiento muestra el apéndice cecal de color blanco y torcido en el fondo del campo quirúrgico. El aspecto contrasta con la apariencia normal.

Aun cuando se han mencionado factores de riesgo como un mesoapéndice en forma de abanico, una base de implantación estrecha, presencia de mucocele, cuerpos extraños y tumores,⁴ no existe certeza en cuanto a la etiología y el mecanismo de instalación. El informe original postuló que la torsión podía ser secundaria a movimientos intestinales irregulares en un apéndice constipado.⁵

Por otro lado, en el niño menor de dos años de edad con apendicitis casi nunca existe la tríada característica y si se presenta, alterna con distensión abdominal y diarrea.⁶ En contraste, la apendicitis que acompaña a la torsión apendicular casi siempre se manifiesta con los datos clásicos:⁷ fiebre, dolor en fossa iliaca derecha y vómito, siempre y cuando el paciente tenga más de tres años de edad.

Característicamente la torsión ocurre en sentido contrario al movimiento de las manecillas del reloj, el apéndice cecal es pélvico⁸ y está levemente congestivo o gangrenado; algunos autores indican que en la secuencia de eventos el extremo distal inflamado conduce a torsión. A diferencia de esta fenomenología, la “isquemia blanca” en nuestro caso fue el resultado de los primeros estragos secundarios al bloqueo de la circulación arterial; probablemente al estar involucrada la arteria apendicular ramo terminal, la torsión provocó obstrucción arterial en el punto más distal de fijación del apéndice, con el consecuente infarto de la estructura.⁴

Un dato relevante descrito en la literatura es que casi ninguno de los apéndices extirpados muestra células que traduzcan un proceso inflamatorio agudo, como sucede en una apendicitis clásica, dato que apoya la hipótesis de la “isquemia blanca”.

En relación con la invaginación, que apareció antes de la torsión apendicular, probablemente exista relación causa-defecto, es decir, si una de las posibles causas de invaginación intes-

tinal y de torsión del apéndice vermiciforme es la peristalsis acelerada, probablemente ese fue el factor que determinó las dos condiciones.

Conclusiones

La torsión, complicación muy rara, nunca se ha diagnosticado antes de efectuar la laparotomía, lo cual parece lógico si tomamos en consideración que la apendicitis es abrumadoramente más común. Al margen de lo anterior, vale la pena considerar que cuando exista dolor crónico en la fosa iliaca derecha e independientemente de la edad, la causa podría ser una torsión intermitente del órgano,⁸ y la laparoscopia podría tener alguna utilidad. Este recurso, que está tomando auge en la cirugía pediátrica cotidiana, tendría dos funciones elementales: identificar la causa del dolor abdominal recurrente y, en caso necesaria-

rio, resolver el problema de la torsión del apéndice vermiciforme, extirpándolo más que desanudándolo.

Referencias

1. Gopal K, Kumar S, Grewal H. Torsion of the veriform appendix. J Surg 2005;40:446-447.
2. Moten AL, Williams RS. Torsion of the appendix. MJA 2002;177:632.
3. Gilchrist BF. Torsion of the appendix. J Pediatr Surg 1995;30:901-902.
4. Killam AR. An unusual cause of appendicitis: torsion produced by a mesoappendiceal lipoma. Am Surg 1969;35:648-649.
5. Dewan PA, Woodward A. Torsion of the veriform appendix. J Pediatr Surg 1986;21:370.
6. Baeza HC, Guido OR, González JAG, Rojas EA. Apendicitis en niños menores de tres años. Rev Gastroenterol Mex 1994;59:213-217.
7. Won OH, Waxman M. Torsion of veriform appendix. JAMA 1977;237:1313-1314.
8. Finch DRA. Torsion of the appendix. Br J Clin Pract 1974;28:391-392.

