

CASOS CLÍNICOS

Apéndicitis en un lactante de dos meses con conducto peritoneovaginal permeable

Carlos Baeza-Herrera,^{a*} Jesús Salinas-Montes,^a Moisés Alfredo Escobar-Izquierdo,^a Heladio M. Nájera Garduño^a y Arturo Hermilo Godoy-Esquivel^a

^a Departamento de Cirugía, Hospital Pediátrico Moctezuma, Secretaría de Salud del Distrito Federal, México.

Recibido 29 de octubre del 2004

aceptado: 6 de diciembre del 2004

RESUMEN

La apendicitis en lactantes menores es una enfermedad poco frecuente, y más aún cuando está asociada a defectos estructurales como conducto peritoneo-vaginal permeable, divertículo de Meckel, pie equinovaro bilateral y síndrome de Moebius. El presente caso corresponde a un lactante varón de dos meses de edad con aumento de volumen de la región inguinal izquierda y síndrome abdominal agudo. En la cirugía se encontró defecto inguinal y apendicitis gangrenada. Se realizó apendicectomía con evolución favorable.

Palabras clave:

Lactantes, apendicitis, peritonitis, hernia inguinal

SUMMARY

Acute appendicitis in infants is a very unusual disease, but associated to structural defects like patent peritoneovaginal duct, Meckel diverticulum, clubfeet, and Moebius syndrome is extremely rare. Case report. A male of two months-old with this association is presented. Left inguinal swelling and acute abdomen syndrome were identified. In laparotomy, inguinal defect and a gangrenous appendicitis were observed. Appendectomy was performed and postoperative recovery was unevenful.

Key words:

Infants, appendicitis, peritonitis, inguinal hernia

Introducción

La apendicitis aguda es la enfermedad que más frecuentemente requiere intervención quirúrgica de urgencia y su mayor incidencia se observa entre los 6 y 12 años de edad. De acuerdo con nuestra experiencia, la que es producto de la ejecución de más de 950 apendicectomías por año, la enfermedad se presenta en el recién nacido en menos de 0.3%, antes del año en 1.0% y en el 5.0% de los casos antes de los tres años de edad.¹ Por otro lado la presencia de un conducto peritoneovaginal abierto, es una condición que acompaña a más de la tercera parte de recién nacidos pretermínos y permanece abierto durante toda la vida en aproximadamente 20% de la población, sin causar molestia alguna.²

Presentación del caso

Masculino de dos meses de edad que nació en medio hospitalario y como único antecedente de importancia sabemos que estuvo manejado en fase 3 de ventilación por sufrir asfixia neonatal e hiperbilirrubinemia. Su padecimiento lo inició dos días antes de su ingreso con vómito y fiebre no cuantificada por

lo que fue llevado a unidad hospitalaria de donde fue trasladado al departamento de cirugía con diagnóstico de faringitis. A su ingreso se le encontró deshidratado, pálido, con fontanela anterior hundida, quejumbroso y en mal estado general. A la exploración física el abdomen se encontró distendido, con hiperestesia, resistencia muscular y ausencia de movimientos intestinales. En el canal inguinal izquierdo se apreció aumento de volumen. Sufría pie equino varo bilateral y síndrome de Moebius. Peso 4,200 g, temperatura 40.5 grados C. El estudio radiológico reveló la presencia de niveles hidroaéreos, incluyendo uno en la región escrotal izquierda (Figuras 1 y 2). Los exámenes de laboratorio mostraron hemoglobina de 9.6 g/dL, hematocrito 28.8% y plaquetas 592 mil: TP 14.6 y 67.7% y TPT 37.7. El sodio era de 133 y el potasio de 4.7 mEq/L. Con estos datos se elaboró el diagnóstico de probable apendicitis y el paciente fue intervenido quirúrgicamente encontrándose el apéndice cecal gangrenado (Figura 3). Salió de sala de operaciones con ventilación mecánica, de la que fue retirado al día siguiente. Estuvo internado tres días y fue dado de alta a su domicilio. Tres semanas después reingresó por presentar distensión abdominal, dolor y ausencia de evacuaciones, por lo que nuevamente fue llevado a sala de operaciones encontrándose una banda a 50 cm de la válvula ileocecal que

* Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Carlos Baeza Herrera, Oriente 158 No. 189 Col. Moctezuma 2^a. Secc., Delegación Venustiano Carranza. C.P. 15500, México, D.F., México. Tel.: 55-71-40-57, 55-71-17-37.



Figura 1. Estudio radiológico simple de abdomen en incidencia anteroposterior y en posición horizontal que muestra edema de la pared intestinal, imagen en fosa ilíaca derecha que parece ser aire intramural (señalado con flechas), y el espacio peritoneovaginal izquierdo.

comprimía el íleon distal. Se efectuó resección y anastomosis termino-terminal. El estudio histológico no mostró alteraciones. Su estado actual es satisfactorio.

Discusión

En los lactantes la apéndicitis aguda es una condición rara y más aún en aquéllos menores de un año de edad. En términos generales se considera que la inflamación del apéndice cecal en niños pequeños representa la ocurrencia de otra enfermedad que aún no se manifiesta en su forma clásica, como la enterocolitis necrosante y menos frecuentemente la enfermedad de Hirschsprung.³

El diagnóstico de apéndicitis en lactantes es generalmente postoperatorio. Aunque en algunos casos es posible detectar la presencia de inflamación apendicular a través de un onfalocele, es indudable que el estudio clínico continúa siendo



Figura 2. Placa lateral de abdomen ratificando niveles hidroaéreos en región escrotal izquierda.



Figura 3. Cambios en el apéndice cecal durante la cirugía.

el recurso más útil para identificar aquellos casos de dolor abdominal que deben ser intervenidos quirúrgicamente.^{4,5}

Con relación al conducto peritoneovaginal permeable, su presencia es notoria cuando existen manifestaciones que sugieren el paso de un segmento de intestino o del epiplón hacia el defecto herniario, o bien hemorragia intraperitoneal como consecuencia de una lesión de víscera maciza y escurrimiento hacia la hernia, o cuando por apendicitis complicada y peritonitis se acompañe de flogosis de la región inguinal afectada.⁶

Observar la asociación de dos o más entidades raras es muy poco usual. Este caso es un ejemplo demostrativo y el primero que conocemos en la literatura nacional.

Referencias

1. Archivo Clínico del Hospital Pediátrico Moctezuma. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Datos no publicados. 2004.
2. **Weber RT, Tracy FT.** Groin hernias and hydrocele. In: Ashcraft WK, Pediatric Surgery Editor. 3rd ed. Philadelphia, PA, USA: W.B. Saunders; 2000.
3. **Martin LW, Perrin EV.** Neonatal perforation of the appendix in association, with Hirschsprung's disease. Ann Surg 1967;166:799-800.
4. **Martin EA, Vollman D, Adler B, Caniano AD.** CT scan may not reduce the negative appendectomy rate in children. J Pediatr Surg 2004;39:886-90.
5. **Muehlstedt GS, Pham QT, Schmeling JD.** The management of pediatric appendicitis: A Survey of North American Pediatric Surgeons. J Pediatr Surg 2004;39:875-79.
6. **Baeza HC, Jiménez NG, Atzin JLF, Sanjuan HF, Godoy AHE.** Manifestaciones inguinales del abdomen agudo. Cir Ciruj 2004;72:99-103.