

Vólvulos del apéndice vermiforme. Presentación de un caso

RESUMEN

Introducción: la torsión del apéndice vermiforme es una condición muy rara ya que hasta 2005 en la literatura internacional había solamente 25 casos publicados. Este informe es el segundo en México.

Caso clínico: niña de siete años de edad con ingreso hospitalario debido a dolor abdominal en epigastrio que después se movilizó a cuadrante inferior derecho; también presentó vómito pero no fiebre. En el examen físico mostró signos de irritación peritoneal y a la laparotomía exploradora se observó torsión del apéndice vermiforme, por lo que se efectuó apendicectomía. La recuperación fue satisfactoria.

SUMMARY

Background: vermiform appendix torsion is a very rare condition, with only 25 cases recorded in the international literature. This patient is the second case registered in our country.

Clinical case: a seven year-old female patient suddenly developed crampy central abdominal pain that gradually localized in the right lower quadrant. She had vomiting, but no fever. On examination there were acute abdominal signs and during surgical exploration vermiform appendix torsion was founded. The patient underwent appendectomy with an uneventful recovery.

Hospital Pediátrico
Moctezuma,
Secretaría de Salud
del Distrito Federal

Comunicación con:
Carlos Baeza-Herrera.
Tels: (55) 5571 4057;
(55) 5571 1737.
Correo electrónico:
drCarlosbaeza@yahoo.
com.mx

Recibido: 5 de marzo de 2007

Aceptado: 23 de agosto de 2007

Introducción

El giro del eje mayor del apéndice cecal en forma irreversible en una u otra dirección con bloqueo de la circulación venosa, arterial, linfática y de la luz y necrosis de la estructura, es un evento denominado *torsión o vólvulos apendicular*, pocas veces observado en la práctica clínica cotidiana: hasta 1966 había cinco casos publicados¹ y para 2005 solo 25 pacientes habían sido referidos en la literatura anglosajona, la mitad niños.² En México existe el informe de un caso similar en un lactante, asociado a invaginación intestinal y aparentemente la torsión del apéndice se dio en el tercio medio.³ Presentamos el segundo caso pediátrico informado en México.

Caso clínico

Niña de siete años de edad procedente del valle de Chalco, en quien se inició el padecimiento 19

horas antes del ingreso hospitalario con la presencia de dolor abdominal tipo cólico de instalación gradual, localizado en región periumbilical y posteriormente en fosa iliaca derecha, motivo por el cual fue llevada al facultativo quien prescribió metamizol, butilioscina y meclizina, sin mejoría; 12 horas después se agregaron náuseas, que provocaron vómito en seis ocasiones, por lo que la paciente fue trasladada a un hospital del Estado de México, de donde fue remitida al Hospital Pediátrico Moctezuma con diagnóstico de abdomen agudo.

En la exploración física se encontró frecuencia cardíaca de 78 por minuto, frecuencia respiratoria de 29 por minuto, temperatura de 37.3 °C y peso de 20 kg. La paciente estaba consciente, pálida, con fascies de dolor y estado de hidratación conservado. Cráneo, cuello y tórax sin problema aparente. El abdomen se mostraba doloroso a la palpación profunda en el cuadrante inferior derecho, con signos de McBurney, Rovsing, von Blumberg y talopercusión positivos.

Palabras clave

apendicitis
torsión
apéndice
abdomen agudo
niño

Key words

appendicitis
appendix
torsion
abdomen, acute
child

La peristalsis estaba disminuida. El tacto rectal provocaba dolor en la fosa iliaca derecha. Se practicaron exámenes de laboratorio y gabinete, encontrando hemoglobina de 12.7 g/dl, hematócrito de 37.4 %, plaquetas de 215 mil, leucocitosis de 17 800 con segmentados de 90 % y perfil de coagulación normal. El estudio radiológico destacó nivel hidroaéreo en la fosa iliaca derecha (figura 1).

Por lo anterior, la paciente fue intervenida quirúrgicamente, encontrándose escaso líquido de reacción, ciego de características normales, torsión en la base del apéndice cecal en tres giros, en sentido de las manecillas del reloj, y a partir de ese punto el apéndice vermicular y el mesoapéndice se encontraban necróticos (figura 2). Se procedió a destorsión y extirpación del apéndice (figura 3). La paciente permaneció en la sala durante 24 horas, al término de las cuales fue dada de alta en condiciones satisfactorias.

Discusión

La primera descripción de una condición como ésta data de 1918, cuando Payne (citado por Won y Gilchrist) la describió en una sección que se denominaba *Casos raros y oscuros*: "...parece que esta enfermedad no ha sido descrita en los muchos trabajos que sobre apendicitis existen en la literatura...", y



Figura 1. El estudio radiológico simple de abdomen muestra distribución anormal de aire e indicios de un íleo regional en la fosa iliaca derecha

"...encontramos el apéndice torcido y nos tomó tres giros desenredarlo..."^{4,5}

La dinámica de la torsión se desconoce, sin embargo, se cree que cuando la peristalsis está muy acelerada, se hace ejercicio físico intenso y concomitantemente en el extremo libre del apéndice existe mucocoele, adenoma, inflamación o alguna condición que marque diferencias en el peso entre el extremo libre del apéndice y el cuerpo, esto puede ser determinante para que oscile la estructura, gire y se gangrene.⁶⁻⁸ Se ha supuesto también que el continuo latir de arterias de curso espiral que posee la pared apendicular, la ausencia de pliegues acigóticos que sujeten lateralmente el apéndice y una base de implantación corta, pueden propiciar el movimiento irreversible en redondo y la necrosis.^{9,10}

El fenómeno puede ocurrir en sentido de las manecillas del reloj o en el opuesto, más común, indistintamente en la base de sustentación del apéndice; es posible efectuar la técnica quirúrgica que se prefiera.⁸ Las manifestaciones clínicas son similares a las observadas en apendicitis aguda, aun-



Figura 2. Momento transoperatorio



Figura 3. Apéndice extirpado; obsérvese la diferencia entre el color del tejido necrótico y la base del ciego, proximal al bloqueo de la arteria

que hay casos sin signos de irritación peritoneal ni leucocitosis;¹¹ el diagnóstico nunca se ha hecho antes de efectuar la laparotomía exploradora debido a que se desconoce la enfermedad y no se piensa en ella.²

Una vez que el apéndice se encuentra estrangulado en la base de implantación suceden trastornos hemodinámicos predecibles, ya que siendo la arteria apendicular una rama terminal, en el momento en que es bloqueada aparece la fase de “isquemia blanca”, producto del desabasto de sangre arterial y horas después el ennegrecimiento de la pared apendicular y el inicio de la proliferación bacteriana.^{3,8}

Desde el punto de vista histológico llama la atención que en la mayoría de los casos no exista infiltrado inflamatorio agudo, lo que probablemente traduce que el vólvulus se presenta como evento único,¹² y establece la premisa indirecta en el sentido de que la destorsión cuando fuese factible no se convierte de manera obligada en inflamación apendicular.

En la paciente descrita desconocemos a qué se debió la torsión, pero creemos que es un caso muy característico ya que nunca hubo fiebre y los hallazgos operatorios revelaron de manera muy clara la transición entre el tejido estrangulado y el tejido normal, y también porque la evolución fue tan satisfactoria que a las 24 horas de efectuada la laparotomía, la niña fue dada de alta a su domicilio.

Finalmente, creemos que la entidad es tan rara que probablemente su frecuencia está por encima de la de enfermedades apendiculares poco comunes, si tomamos en consideración que en más de 10 mil apendicectomías efectuadas por nosotros en los últimos 15 años hemos observado un caso de

agenesia y otro de duplicación apendicular, pero ninguno de mucocoele o tumores.

Baeza-Herrera C et al.
Torsión apendicular

Referencias

1. Ghent WR, Carnovale BV. Primary volvulus of the appendix. *Canad Med Assoc J* 1966;95(18):926-927.
2. Gopal K, Kumar S, Grewal H. Torsion of the vermiform appendix. *J Pediatr Surg* 2005;40(2):446-447.
3. Baeza-Herrera C, García-Cabello LM, León-Cruz A, Martínez-Rivera ML. Torsión del apéndice cecal asociado a invaginación intestinal. *Cir Cir* 2006; 74(5):369-371.
4. Won HO. Torsion of vermiform appendix. *JAMA* 1977;237(13):1312-1313.
5. Gilchrist BF. Torsion of the appendix. *J Pediatr Surg* 1995;30(6):901-902.
6. Moten AL, Williams RS. Torsion of the appendix. *Med J Aust* 2002;177(11-12):632.
7. Finch DR. Torsion of the appendix. *Br J Clin Pract* 1974;28(11):391-392.
8. Killam AR. An unusual cause of appendicitis: torsion produced by a mesoappendiceal lipoma. *Am Surg* 1969;35(9):648-649.
9. Carter AE. Torsion of the appendix. *Postgrad Med J* 1959;35:671.
10. Chan KP. Volvulus complicating mucocoele of the appendix. *Br J Surg* 1965;52:713-714.
11. Sarin YK, Pathak D. Torsion of vermiform appendix. *Indian Pediatr* 2006;43(3):266.
12. Dewan PA, Woodward A. Torsion of the vermiform appendix. *J Pediatr Surg* 1986;21(4):370.