

Caso clínico

Síndrome de Waugh. Reporte de un caso

Joel Cázares Rangel,* Inti Bocanegra Cedillo,* Héctor N. Morales Saucedo,* Guillermo Martínez Flores,*
Fernando Montes Tapia,* Ulises Garza Luna*

RESUMEN

El Síndrome de Waugh se caracteriza por la asociación de invaginación y malrotación intestinal. Esta asociación no está ampliamente reportada en la literatura. Sin embargo no hay que descartar esta posibilidad y se debe buscar intencionalmente, ya que algunos casos de obstrucción postquirúrgica podrían ser mal diagnosticados como invaginación recurrente. El propósito de este artículo es documentar un caso con esta rara asociación y revisar lo poco reportado en la literatura.

Palabras clave: síndrome de Waugh, invaginación recurrente.

ABSTRACT

Waugh's Syndrome is an association of intussusception and malrotation and has not been widely reported. It is suggested that this possibility must be kept in mind and looked for when a child develops bowel obstruction in the post-operative period, and could be misdiagnosed as recurrent intussusception. The purpose of this article is to report a case of this rare syndrome and review the few cases reported in the literature.

Key words: Waugh's syndrome, recurrent intussusception.

En el síndrome de Waugh se asocian la invaginación y la malrotación intestinal. Esta característica no está ampliamente reportada en la bibliografía; sin embargo, no hay que descartar esa posibilidad y se debe buscar intencionalmente, ya que algunos casos de obstrucción posquirúrgica podrían ser mal diagnosticados como invaginación recurrente.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de siete meses de edad, producto del tercer embarazo, sin antecedentes perinatales de importancia. El cuadro, de 48 horas de evolución, inició con vómito en cuatro ocasiones y una evacuación con moco y sangre, así como irritabilidad. Fue llevada a una unidad de segundo nivel, donde se

le practicaron radiografías, las cuales mostraron datos de obstrucción intestinal (figura 1). Los síntomas persistieron a pesar del tratamiento médico, por lo que fue trasladada al Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL, adonde ingresó con deshidratación leve y somnolencia, sin afección cardiorrespiratoria, con abdomen blando (deprimible y no doloroso), con peristalsis disminuida y una masa palpable en el hipogastrio, la cual era móvil. En el tacto rectal se hallaron el "signo del hocico de tenca" y datos de sangrado. Se solicitó un ultrasonido de abdomen con el diagnóstico clínico de invaginación intestinal y se encontró una imagen diana en el hipogastrio. Se corrigió el estado hidroelectrolítico de la paciente y se inició tratamiento con antibióticos con doble esquema. Al mejorar sus condiciones, la paciente fue intervenida quirúrgicamente. Después del protocolo de asepsia y antisepsia, se realizó una incisión infraumbilical transversa derecha, para disecar por planos hasta llegar a la cavidad abdominal, donde se encontró una invaginación ileocecolica que llegaba hasta el recto (figura 2). Se realizó la desinvaginación por taxis, que incluyó aproximadamente 20 centímetros de íleon, ciego y colon ascendente, transverso y descendente. No hubo necesidad de reseca el intestino, pues estaba viable. En la exploración complementaria del intestino se observó un ciego pequeño y malrotado, con bandas de Ladd que cruzaban la segunda porción del duodeno

* Departamento de Pediatría.
Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL.

Correspondencia: Dr. Joel Cázares Rangel. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL. Avenida Madero y Gonzalitos s/n, colonia Mitras Centro, CP 64460, Monterrey, Nuevo León, México. Tel.: 01 (81) 8348-5421

Recibido: abril, 2007. Aceptado: junio, 2007.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

sin causar obstrucción; se corrigió esta anomalía con el procedimiento de Ladd y se efectuó la apendicectomía. En el periodo posquirúrgico, la paciente evolucionó de manera satisfactoria y reinició la vía digestiva en 48 horas, sin complicaciones. Egresó a las 72 horas posquirúrgicas. Al momento de redactar este trabajo, la paciente no ha sido llevada a sus citas de control en el Departamento de Cirugía Pediátrica.



Figura 1. Radiografía que muestra obstrucción intestinal y ausencia de gas distal.



Figura 2. Fotografía de una invaginación ileocecólica.

DISCUSIÓN

La asociación de invaginación y malrotación no se ha reportado con frecuencia. Al revisar la bibliografía respectiva, encontramos que sólo se han reportado 43 casos en el mundo desde 1911. El caso aquí comunicado es el número 44. Fue de especial interés para los investigadores el encontrar un caso de invaginación intestinal acompañado de malrotación intestinal.

Brereton llamó a esta asociación síndrome de Waugh, en honor a George E. Waugh, quien describió este trastorno en tres niños en 1911.¹ Waugh notó que el colon ascendente y el descendente tenían un mesenterio primitivo que no estaba fijo a la pared abdominal posterior.^{2,3}

Se discute acerca de que la fijación del colon ascendente a la pared abdominal posterior es la última fase de rotación; de allí surge la opinión de que un colon móvil es una malrotación, como lo propone Waugh. Breckon y colaboradores definen la malrotación basándose en la posición del ángulo duodenoyeyunal.⁴ Tatekewa y su equipo⁵ sugieren que un ciego móvil está asociado con la malrotación y es un factor pronóstico para que el íleon terminal se introduzca en el colon. La gran cantidad de hallazgos clínicos y radiológicos de las invaginaciones hace pensar que muchas malrotaciones pueden no ser diagnosticadas, por ejemplo el mayor uso de colon por enema y menor índice de laparotomías.^{4,6,7}

En el caso aquí reportado, el hecho de que el ciego no estuviera fijo y fuera de tamaño pequeño fue la causa de que se haya formado una invaginación tan extensa sin afección vascular.

CONCLUSIONES

Se sugiere tener en mente la posibilidad de síndrome de Waugh en pacientes con invaginación intestinal muy extensa, pacientes con reinvasinaciones o fuera del rango de edad comprendido; también, cuando existan datos clínicos de malrotación intestinal, como masa palpable en el hemiabdomen izquierdo o se descubra ausencia de marco colónico durante la exploración ultrasonográfica.

Debido a lo infrecuente de esta enfermedad, es necesario tenerla en cuenta cuando se realicen estudios

de colon por enema y observar el grado de invaginación y la localización del ciego.

REFERENCIAS

1. Brereton RJ, Taylor B, Hall CM. Intussusception and intestinal malrotation in infants: Waugh's syndrome. *Br J Surg* 1986;73:55-57.
2. Waugh GE. Congenital malformations of the mesentery: a clinical entity. *Br J Surg* 1927;15:438-49.
3. Inan M, Basaran UN, Ayvaz S, Pul M. Waugh's syndrome: report of two cases. *J Pediatr Surg* 2004;39:110-1.
4. Breckon VM, Hadley GP. Waugh's syndrome: a report of six patients. *Pediatr Surg Int* 2000;16:370-3.
5. Tatekawa Y, Muraji T, Nishijima E, Tsugawa C, et al. Postoperative intussusception after surgery for malrotation and appendectomy in a newborn. *Pediatr Surg Int* 1998;14:171-2.
6. Luo CC, Wang CR, Chiu CH. Intussusception and intestinal malrotation in an infant: a case report. *Pediatr Surg Int* 2003;19:413-4.
7. Rao PL, Kumar V. Waugh's syndrome. *Indian J Pediatr* 2005;72:86.