

Torsión apendicular en una niña

Appendicular torsion in a girl

Erich Roberto Ramón Núñez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6592-1033>

Víctor Hugo Asquel Cadena¹ <https://orcid.org/0000-0001-5929-5286>

Abel Hernández Solar¹ <https://orcid.org/0000-0002-9219-6236>

¹Hospital Básico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) de Latacunga. Cotopaxi, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: ramonerich@yahoo.com

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 7 años de edad, que ingresó en la sala de emergencias del Hospital General de Latacunga, Ecuador, por presentar dolor abdominal de 72 horas. Al examen físico se encontraron signos clínicos de apendicitis aguda y peritonitis, el recuento de leucocitos mostró leucocitosis con neutrofilia, la ecografía no fue útil. Con el diagnóstico de apendicitis aguda se indicó cirugía de urgencia, en la cual se encontró una torsión del apéndice cecal, con necrosis y perforación en su tercio distal, cubierta por epiplón y un absceso en fondo de saco de Douglas, para lo cual se efectuó apendicectomía, limpieza y secado de la cavidad más colocación de drenaje. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta del hospital al séptimo día.

Palabras clave: apendicitis aguda; torsión apendicular; apendicectomía.

ABSTRACT

The clinical case of a 7-year-old female patient, who was admitted to the emergency room of the General Hospital of Latacunga, Ecuador, for presenting 72-hour abdominal pain is presented. On physical examination, clinical signs of acute appendicitis and peritonitis

were found, the white blood cell count showed leukocytosis with neutrophilia, the ultrasound was not useful. With the diagnosis of acute appendicitis, emergency surgery was indicated, in which a torsion of the cecal appendix was found, with necrosis and perforation in its distal third, covered by the omentum and an abscess in the Douglas cul-de-sac performed an appendectomy, cleaning and drying of the cavity plus drain placement. The patient evolved satisfactorily and was discharged from the hospital on the seventh day.

Key words: acute appendicitis; appendicular torsion; appendectomy.

Recibido: 25/02/2018

Aprobado: 16/03/2018

Introducción

El giro del eje mayor del apéndice cecal en forma irreversible con bloqueo de la circulación venosa, arterial, linfática y de la luz con necrosis de la estructura, es un evento denominado torsión o vólvulo apendicular.^(1,2) Varios autores ^(1,2,3,4,5) reportan que fue descrito por *Payne* en 1918, en una sección que se denominaba “Casos raros y oscuros”. Se considera la torsión del apéndice vermiforme como una condición muy rara.^(4,6) La afección puede ser primario o subsecuente a otras enfermedades del apéndice como tumores o mucocele.^(3,6)

El objetivo de este trabajo es reportar el caso clínico de una niña de 7 años que sufrió una apendicitis aguda por esta causa.

Presentación de caso

Paciente femenina de 7 años de edad con antecedentes de buena salud, que acudió a la sala de emergencias del hospital básico del instituto ecuatoriano de seguridad social, Latacunga, Cotopaxi. Ecuador. Al llegar refirió presentar dolor abdominal de 72 horas de evolución, localizado inicialmente en epigastrio que luego se irradió a fosa iliaca derecha (FID), de intensidad creciente que se acompañó de náuseas y 3 vómitos biliosos. En el

examen físico se constató el abdomen tenso, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha e hipogastrio, con signos de *Blumberg*, *Holman* y *Rovsing* presentes, más contractura a este nivel. El recuento leucocitario fue de 17,100 por mm³ con 89,7% de neutrófilos. En la ecografía abdominal solo se constató escasa cantidad de líquido libre en FID.

El diagnóstico clínico fue de una apendicitis aguda complicada y se indicó cirugía de urgencia. Durante el procedimiento se encontró una torsión del apéndice cecal aproximadamente a 1 cm de la base, y en sentido de las manecillas del reloj (Figs. 1 y 2), asociado a necrosis y perforación en su tercio distal (Fig. 3). También se halló, un absceso en fondo de saco de *Douglas*.

Se le realizó apendicectomía, drenaje de absceso en el fondo de saco, limpieza y secado de la cavidad y colocación de drenaje. Evolucionó de forma satisfactoria y recibió el alta del hospital después de cumplir tratamiento antibiótico por 7 días.

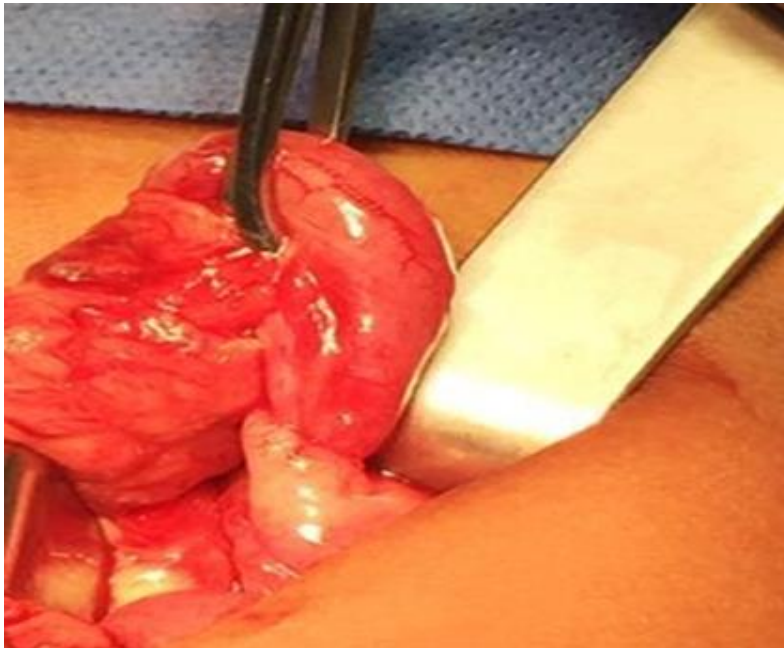


Fig. 1- Torsión apendicular de 360°



Fig. 2- Sentido de dirección de la torsión.

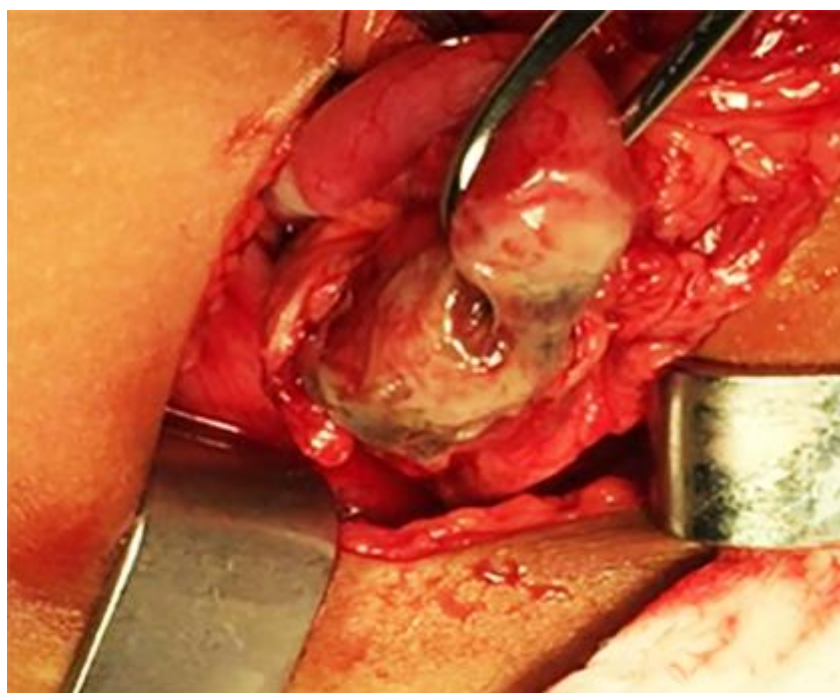


Fig. 3- Zona de gangrena y perforación.

El examen histopatológico macroscópico reportó: apéndice cecal de 6 cm de largo x 1,5 cm de ancho, serosa congestiva, cubierta por gleras fibrinopurulentas, perforación a nivel de la punta.

Al corte: luz apendicular ocupada por materia fecal.

Microscópico: pared del apéndice cecal con amplias áreas de necrosis, hemorragia e importante infiltrado inflamatorio polimorfonuclear que compromete todas las capas y rebasa la serosa alcanzando el mesoapéndice. Vasos sanguíneos dilatados con trombos en su interior en la capa serosa.

Discusión

La apendicitis aguda es la emergencia abdominal más común, con más de 250,000 operaciones de apendicectomía realizadas anualmente solo en los Estados Unidos.⁽⁴⁾ La inflamación apendicular se asocia a obstrucción en el 50-80 % de los casos.⁽⁷⁾

El vólvulo apendicular es pocas veces observado en la práctica clínica cotidiana.^(2,8) Hasta 1966 había cinco casos publicados y para 2005 solo 25 pacientes habían sido referidos en la literatura anglosajona, la mitad niños.⁽¹⁾ En 2013, el reporte se elevó a 38 pacientes (15 femeninos y 23 masculinos), 14 de ellos, niños (2 hembras y 12 varones).⁽⁸⁾ Yagnik VD,⁽⁴⁾ encontró cerca de sesenta casos descritos en la literatura mundial hasta 2017. En México se informó la afección en un lactante, asociada a invaginación intestinal.⁽¹⁾ La torsión puede ocurrir en sentido de las manecillas del reloj o en el opuesto, más común. El sitio de torsión es variable y podría estar en la base, o aproximadamente a 1 cm o más distal a la base. El grado de torsión está por lo general entre 180° y 1080°.^(1,3,4,8) En el caso clínico presentado la torsión se encontró a un 1 cm de la base y alcanzó los 360°.

La torsión primaria es rara y su etiología es desconocida, se encuentra asociada con el apéndice largo, un mesoapéndice en forma de abanico con base estrecha y ausencia de pliegue acigótico, que normalmente se adhiere lateralmente al apéndice.^(1,3,6,8) En la secundaria alguna condición que marque diferencias en el peso entre el extremo libre del apéndice y el cuerpo, como fecalito, mucocele, tumor o lipoma, puede ser determinante para que oscile la estructura, gire y se gangrene.^(1,3,5,6) En el caso comunicado no se pudo identificar una causa secundaria, ni en la cirugía, ni en el estudio histopatológico.

Una vez, que el apéndice se encuentra estrangulado y la arteria apendicular es bloqueada se desencadena la fase conocida como “isquemia blanca”, la que se produce como consecuencia del desabasto de sangre arterial.⁽¹⁾ La apariencia del apéndice puede variar desde mínimamente inflamada hasta tener cambios severamente gangrenosos,⁽⁴⁾ como observamos en esta paciente.

El diagnóstico preoperatorio de torsión apendicular es difícil, porque sus manifestaciones clínicas son indistinguibles de una apendicitis aguda.^(1,4,5,6) Sin embargo, estudios de imagen como la ultrasonografía y la tomografía computada permiten un diagnóstico preoperatorio preciso.^(2,5,9) Uroz Tristan y otros,⁽⁵⁾ reportaron el caso de un niño donde la ecografía detectó, la torsión del apéndice junto con la inflamación. Este estudio de imagen no fue de utilidad en la niña que se reportó.

Consideraciones finales

Los hallazgos histopatológicos en la torsión apendicular son los mismos que los de la apendicitis aguda. El diagnóstico histopatológico de apendicitis requiere infiltración neutrofílica en la capa muscular del apéndice, también puede mostrar una reacción fibrinopurulenta en la serosa, un absceso focal o una gran área de ulceraciones hemorrágicas y necrosis gangrenosa.⁽⁴⁾ En el estudio anatomopatológico del apéndice de esta paciente se encontraron alteraciones similares a las descritas.

La apendectomía es el tratamiento de elección para el vólvulo del apéndice vermiforme. La ligadura del apéndice debe realizarse tan cerca de la base como sea posible para evitar torsiones futuras en el muñón.⁽⁴⁾

Referencias bibliográficas

1. Baeza Herrera C, Cortés García R, Velasco Soria L, Godoy Esquivel AH, Escobar Izquierdo MA. Vólvulos del apéndice vermiforme. Presentación de un caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009 [acceso 28/10/2017];47(4). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=35842>
2. Hernández Méndez EA, Ortiz-Barrón S, Pacheco Islas LLL, Guerrero Aguirre J, Salazar Lozano CR, Díaz-León SO, *et al.* Torsión apendicular secundaria a mucocele

- gigante que simula apendicitis aguda modificada por medicamentos. Rev Esp Méd Quir 2014 [acceso 28/10/2017];19:479-83. Disponible en: http://www.nietoeditores.com.mx/nieto/EMQ/2014/oct-dic/caso.clinico_torsion.pdf
3. Dubhashi SP, Khadav B. Appendicular Torsion. Niger J Surg. 2016 [acceso 04/11/2017];22:41-2. doi: [10.4103/1117-6806.169820](https://doi.org/10.4103/1117-6806.169820)
 4. Yagnik VD. Primary torsion of vermiform appendix: A case report and review of literature. Ann Trop Med Public Health. 2017 [acceso 04/11/2017];10:731-3. Disponible en: <http://www.atmph.org/text.asp?2017/10/3/731/213149>
 5. Uroz Tristan J, García Urgelles X, Poenaru D, Avila Suarez R, Valenciano Fuentes B. Torsion of vermiform appendix: Value of ultrasonographic findings. Eur J Pediatr Surg. 1998 [acceso 04/11/2017];8:376-7. doi: [10.1055/s-2008-1071238](https://doi.org/10.1055/s-2008-1071238)
 6. Grebic D, Lovasic F, Benjak I, Lovasic I. Secondary torsion of vermiform appendix with mesoappendiceal lipoma. Ann Saudi Med 2015[acceso 04/02/2018];35(2);173-5. DOI: [10.5144/0256-4947.2015.173](https://doi.org/10.5144/0256-4947.2015.173)
 7. Vilela Desposorio CD, Cusma Quintana TN. Asociación entre la obstrucción apendicular y el tipo morfológico de apendicitis aguda. Rev Gastroenterol Peru. 2015 [acceso 28/10/2017];35(1):32-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000
 8. Kilincaslan H, Gedik AH, Bilici M, Cakir S. Rare case of an abdominal mass presenting as acute abdomen: Torsion of the vermiform appendix Pediatr Int 2013[acceso 04/11/2017] ;55(2):14–16. DOI: 10.1111/j.1442-200X.2012.03746.x
 9. Singal R, Zaman M, Sarna BP. Unusual Entities of Appendix Mimicking Appendicitis Clinically – Emphasis on Diagnosis and Treatment. JCM. 2017 [acceso 04/11/2017]; 12(1): 23-29. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5574067/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Erich Roberto Ramón Núñez: Seleccionó la bibliografía. Elaboró, corrigió y aprobó el informe final.

Víctor Hugo Asquel Cadena: Seleccionó la bibliografía. Revisó, corrigió y aprobó el informe final.

Abel Hernández Solar: Seleccionó la bibliografía. Revisó, corrigió y aprobó el informe final.