

Torsión apendicular como causa de apendicitis aguda. presentación de un caso

Appendicular torsion as cause of acute appendicitis. Presentation of a case

Dr. Jimmy Ríos Pérez; Dra. Karenia Villar González; Dra. Alina Monteagudo Canto; Dr. Carlos E. Salazar Cueto

Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente masculino con dolor en fosa ilíaca derecha, vómitos, cuadro febril agudo asociado a leucocitosis, cuyo diagnóstico preoperatorio fue apendicitis aguda. Se realiza laparotomía con apendicectomía luego de constatarse apendicitis gangrenosa por torsión del apéndice vermiforme. Evoluciona favorablemente.

DeCS: APENDICITIS/diagnóstico; APENDICECTOMÍA; LAPAROTOMIA.

ABSTRACT

A male patient with pain in the right iliac fossa, vomiting, acute fever picture associated with leukocytosis was presented and the preoperative diagnosis of acute appendicitis was performed.

Laparotomy with appendectomy was carried out after detecting gangrenous appendicitis by torsion of the vermiform appendix and the patient evolved successfully.

DeCS: APPENDECTOMY/ diagnostics; LAPAROTOMY.

INTRODUCCION

La apendicitis aguda es la enfermedad abdominal aguda más frecuente que trata el cirujano, al mismo tiempo es una de las entidades clínicas más conocidas y uno de los problemas diagnósticos más difíciles que puede encontrar el clínico.¹

Esta enfermedad se ha dado en llamar la gran simuladora en la práctica quirúrgica, esto se debe a sus diversas presentaciones clínicas, que pueden confundir el diagnóstico.²

Los factores que condicionan la aparición de la apendicitis aguda podemos dividirlos en predisponentes y desencadenantes. Los factores predisponentes, no son más que las características del apéndice que la hacen más vulnerable al proceso inflamatorio.

El factor desencadenante por excelencia es la oclusión de la luz apendicular por diferentes causas: fecalitos, inflamación del tejido linfoide, medios de contraste, frutas o vegetales, parásitos, entre otros ³

Hemos encontrado escasa bibliografía actualizada, o ya menos actualizada que tome en consideración la torsión o vólvulo del apéndice vermiforme como posible factor desencadenante. Este apenas se menciona, a pesar de ser factible por las características anatómicas del apéndice y las estructuras que le rodean, es por ello que presentamos un caso de apendicitis aguda por torsión del apéndice, como una curiosidad que también debemos tener en cuenta.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 33 años de edad y raza negra, que acude al servicio de urgencia, inicialmente atendido por el servicio de Medicina Interna, refiriendo dolor abdominal, localizado en fosa ilíaca derecha (F.I.D.), con una evolución de aproximadamente 24 horas. Dolor de intensidad moderada, acompañado de náuseas, sin conseguir el alivio a pesar de medidas terapéuticas mínimas tomadas por el propio paciente. Es importante señalar que el enfermo hacía alusión a un ejercicio físico intenso, realizado por él en días anteriores, responsabilizando este hecho con la posible causa del dolor "muscular" que padecía. Se decide valorar el

caso con el servicio de Cirugía General, con el presumible diagnóstico de apendicitis aguda, apoyados en los elementos del examen físico y complementario.

Examen Físico: Dolor abdominal en la F.I.D., contractura de la zona y Blumberg positivo.

Complementarios: Hemograma con diferencial, Hb:140 g/l, L: 15 x 10⁹/l, P: 0,90, L: 0,10. Rx de abdomen simple: Distensión de asas delgadas hacia la F.I.D.

Se concluye por parte del cirujano con el diagnóstico de apendicitis aguda, por lo que decide la intervención urgente del paciente. Se realizó laparotomía, en la cual se encontró: apéndice gangrenado de color negro en su totalidad, que contrastaba con el rosado brillante de ciego, producto de vólvulo del apéndice sobre su eje. Apéndice de longitud considerable, unos 16 cm aproximadamente, llamando poderosamente la atención la escasez de líquido peritoneal reaccional, hecho que puede acompañar a los procesos donde existe una oclusión arterial pura.

Se realizó apendicectomía sin mayores complicaciones, con tratamiento consecuente de la base apendicular, la cual se encontraba en condiciones favorables por encima del punto de torsión.

El paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, emitiéndose el alta hospitalaria a los 6 días de la intervención.

DISCUSION

A pesar de las múltiples causas establecidas, que desencadenan, la inflamación aguda del apéndice vermiforme, de las cuales la inmensa mayoría se deben a obstrucción de su luz, resulta muy difícil establecer en el preoperatorio un diagnóstico causal categórico.

Resulta aún más complejo establecer preoperatoriamente el diagnóstico de vólvulo apendicular a diferencia de vólvulos del intestino delgado o grueso (sigmoide) que son más ricos en manifestaciones clínicas distintivas. El diagnóstico de apendicitis aguda por vólvulo, generalmente ocurre durante el transcurso operatorio ⁴

La torsión de los apéndices epiploicos del colon es un proceso que puede ocurrir con una frecuencia ligeramente mayor a la del apéndice cecal. Estos apéndices epiploicos cuando se localizan en la porción cecoascendente del colon pueden ser indistinguibles clínicamente de la apendicitis aguda. ⁵⁻⁷ El fenómeno que con más frecuencia se ha podido individualizar con respecto a la torsión apendicular y otros eventos que conlleven torsión de los órganos intrabdominales, son la presencia de condiciones anatómicas favorables, de las cuales el apéndice cecal no se excluye, mientras que se han relacionado con los elementos desencadenantes del proceso a:

los movimientos bruscos, uso de laxantes, posiciones anómalas adquiridas, como puede ocurrir durante el embarazo, quizás traumatismos. Existiendo las condiciones favorables antes mencionadas pudiera producirse la torsión apendicular, seguida de alteraciones isquémicas e inflamatorias.⁸ ¿Por qué no ocurre con una más alta frecuencia la torsión del apéndice cecal, si en él se reúnen condiciones anatómicas que favorecen un terreno propicio para ello? La posición del ciego y del apéndice son muy variables, el tamaño de éste varía mucho más, es poco probable la torsión en un ciego fijo con apéndice de corta longitud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Paulovsky AJ. Abdomen agudo quirúrgico. 3ed. Buenos Aires: El ateneo; 1941. T1.P 37-8.
2. Schuwartz SI. Ajendix. Principles of Surgery. 7th ed. McGraw – Hill; 1998.P. 408.
3. Kingler PJ, Smith SL, Abendstein BJ, Brenner E, Hinder RA. Management of Ingested Foreign Bodies within the Appendix: a case report with review of the literature. AMJ Gastroenterol 1997;92:2295-8.
4. Uroz TJ, García UX, Poenaru D, Avila SR, Valenciano FB. Torsion of vermiform appendix: Value of ultrasonographic finding. Eur J Pediatr Surgery 1998;8(6):376-7.
5. Mazza D, Fabiani P, Casaccia M, Baldini E. A rare laparoscopic diagnosis in acute abdominal pain: torsion of the appendix. Surg laparosc. Endosc 1997;7(6):456-8.
6. Abbey RK, Gupth R, Sharma RK, Sood PC. Acute appendicitis: an unusual cause. Indian J Med Sci 1999;53(3):108-10.
7. De Brun AJ. Torsion of the appendix. Med J Aust 1998;1:581.
8. Abu Zidan FM, Al-Hilaly MA, AL Atrabin N. Torsion of the appendix in a pregnant woman. Acta obstet gynecol. Scand 1997; 71 (2): 140 – 2.

Recibido: 15 de mayo de 2000

Aprobado: 12 de octubre de 2000

Dr. Jimmy Ríos Pérez Especialista de I Grado en Cirugía General Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech Camagüey, Cuba