

Cartas al Director

Apendicitis aguda en paciente con malrotación intestinal

Palabras clave: Apendicitis. Malrotación intestinal. Tomografía computarizada.

Key words: Appendicitis. Intestinal malrotation. Computed tomography.

Sr. Director:

La malrotación intestinal es una rara anomalía de la rotación y la fijación del intestino. Describimos los hallazgos clínicos y radiológicos de una paciente de 43 años con un cuadro de apendicitis aguda asociada a malrotación intestinal.

Caso clínico

Mujer de 43 años que acude a urgencias por dolor hipogástrico, fiebre y diarrea de dos días de evolución. En la exploración física presenta una temperatura de 37,3 °C, 115 lat./min, tensión arterial 130/80 mmHg, dolor hipogástrico y signos de irritación peritoneal. Analítica: leucocitos 18.000 μ /l y fibrinógeno 939,9 mg/dl.

TAC abdominal: el duodeno presenta malrotación, haciendo un tirabuzón alrededor del eje venoso mesentérico (Fig. 1). Se observa una colección con burbujas de gas y líquido que engloba asas de intestino delgado en la proximidad al fundus uterino y receso vesicouterino, así como apéndice inflamado y con afectación de la grasa periapendicular en el cuadrante inferior izquierdo (Fig. 2).

La paciente es intervenida quirúrgicamente, encontrándose la malrotación intestinal descrita con el duodeno en el lado de-

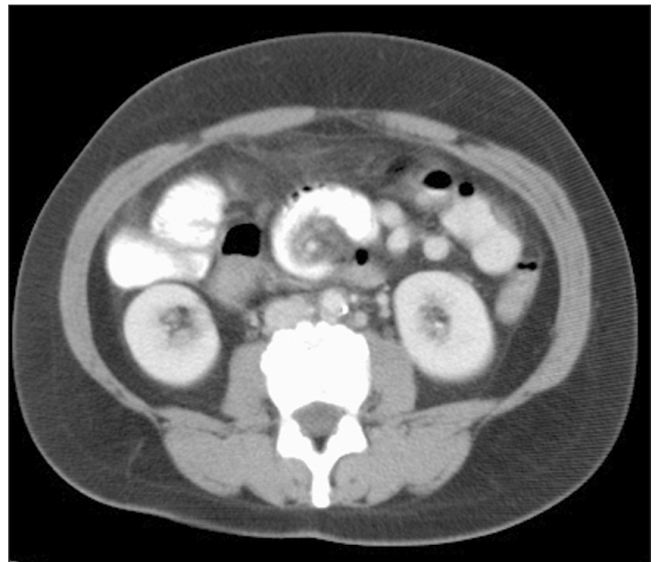


Fig. 1.



Fig. 2.

recho y el ciego descansando en el cuadrante superior izquierdo del abdomen. El apéndice se encuentra inflamado con un importante absceso pélvico asociado. Realizamos apendicectomía, drenaje de absceso pélvico y liberación de asas de intestino delgado previa sección de las bandas de Ladd.

La paciente se recupera satisfactoriamente tras una semana de ingreso con tratamiento antibiótico.

Discusión

La apendicitis aguda izquierda ocurre en asociación con dos tipos de anomalías congénitas: *situs inversus* y malrotación intestinal (1,2).

La malrotación intestinal es una anomalía congénita de la rotación del intestino alrededor de la arteria mesentérica superior durante el periodo fetal.

La incidencia no se conoce ya que algunas son asintomáticas y otras se encuentran de forma casual en estudios radiológicos, cirugías o incluso en autopsias, sin embargo los síntomas generalmente se presentan durante el primer mes de vida, con vómitos o clínica de obstrucción intestinal secundaria a vólvulo del intestino o a las bandas de Ladd (1-4).

La clínica y los hallazgos radiológicos de la apendicitis izquierda son similares a los de la apendicitis del lado derecho, excepto por su opuesta localización (2).

El TAC revela la típica imagen de tirabuzón del intestino alrededor de la arteria mesentérica superior descrita por Fisher (5) en 1981, con el ciego localizado en el lado izquierdo del ab-

domen, y juega un papel importante en el diagnóstico preoperatorio y en el manejo quirúrgico.

El tratamiento consiste en la apendicectomía y el procedimiento de Ladd bien por medio de un abordaje abierto o laparoscópico (6).

P. Priego, G. Rodríguez Velasco, J. Galindo, E. Lisa,
J. Cabañas, A. Chames y V. Fresneda

*Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

Bibliografía

1. Kamiyama T, Fujiyoshi F, Hamada H, Nakajo M, Harada O, Haraguchi Y. Left-sided acute appendicitis with intestinal malrotation. *Radiat Med* 2005; 23 (2): 125-7.
2. Ratani RS, Haller JO, Wang WY, Yang DC. Role of CT in left-sided acute appendicitis: case report. *Abdom Imaging* 2002; 27: 18-9.
3. Bider K, Kaim A, Wiesner W, Bongartz G. Acute appendicitis in a young adult with midgut malrotation: a case report. *Eur Radiol* 2001; 11 (7): 1171-4.
4. Zissin R, Rathaus V, Oscadchy A, Kots E, Gaver G, Shapiro-Feinberg M. Intestinal malrotation as an incidental finding on CT in adults. *Abdom Imaging* 1999; 24 (6): 550-5.
5. Fisher JK. Computed tomographic of volvulus in intestinal malrotation. *Radiology* 1981; 140: 145-6.
6. Tsumura H, Ichikawa T, Kagawa T, Nishigara M. Successful laparoscopic Ladd's procedure and appendectomy for intestinal malrotation with appendicitis. *Surg Endosc* 2003; 17 (4): 657-8.