

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

M. Bravo Mata, F. Martinón Torres,
S. Fernández Cebrián, M. Picón Cotos,
A. Alonso Martín*

An Esp Pediatr 1999;51:303-304.

Caso clínico

Motivo de ingreso: niña de 4 años/8 meses que desde hace 48 h presenta dolor abdominal periumbilical persistente con exacerbaciones, acompañado de febrícula/ fiebre (38°) y vómitos (15-20) alimenticios y biliares. Deposición a diario normal. No se refieren trastornos miccionales.

Historia familiar: sin relación. **Antecedentes personales:** básicamente sana.

Exploración física: aceptable estado general. Datos somatométricos normales. Constantes vitales: temperatura 38°C, pulso 120 lpm, respiraciones 20 rpm, TA 113/67 mmHg. Auscultación cardiopulmonar normal. Ruidos intestinales audibles. Ligera distensión abdominal. Defensa muscular voluntaria y dolor profundo en hipocondrio izquierdo, sin visceromegalias ni "oleada". Punto de Mc. Burney, signos de Murphy, psoas y Blumberg, negativos. Puño percusión renal indolora. Dolor inespecífico al tacto rectal, sin sangre y con Douglas libre. No afectación neurológica. Resto de la exploración dentro de la normalidad.

Exámenes complementarios: hemograma, 7.500 leucocitos -fórmula-70% neutróf., VSH 21 mm/1ª h. Gasometría, ionograma y bioquímica hemática- glucemia, amilasa, transaminasas, urea, y creatinina-, normales. Cetonuria ++. RX abdomen y barrido ECO(corte en T-6): distensión gaseosa a nivel del cuadrante superior izquierdo y pelvis menor; radioopacidad a nivel de la fosa ilíaca izquierda (Figs. 1 y 2).

La intervención quirúrgica confirmó el diagnóstico de preunciación.

Pregunta

¿Cuál es su diagnóstico?

Abdomen agudo



Figura 1. RX simple de abdomen en bipedestación. Dilatación intestinal con marcas haustrales en ángulo esplénico y en asas de pelvis menor. Presencia de línea del psoas derecho. Radioopacidad sobre cresta ilíaca izquierda.



Figura 2. Ecografía abdominal. Corte (T-6). Imagen anular con contenido hiperecogénico en su interior rodeada de pequeña cantidad de líquido libre.

Departamento de Pediatría y Servicio de Radiología Pediátrica*.
Correspondencia: Dr. M. Bravo Mata. Dpto. de Pediatría.
Servicio de Preescolares. c/ Galeras s/n. 15705 Santiago de Compostela.

Malrotación intestinal. Apendicitis atípica

La *triada* de manifestaciones de la historia clínica -dolor de carácter continuo, vómitos incluso biliares, e hipersensibilidad abdominal- orienta hacia un diagnóstico sindrómico de abdomen agudo. Aunque las características topográficas del dolor y el examen del abdomen no sugieren una crisis apendicular, las alteraciones del patrón aéreo intestinal son indicativas de posible íleo dinámico y ciego ectópico. Ecográficamente la imagen de la fosa ilíaca izquierda tiene un patrón de apendicitis, apéndice aperistáltico no comprimible con edema de pared (diámetro transversal AP > 7 mm) y presencia de cálculo apendicular con *lesión en diana*. La buena situación de la enferma nos permitió realizar un tránsito baritado (Fig. 3) en el que se observa que la posición del ligamento de Treitz es anómala y presencia de malrotación intestinal con apendicolito.

En el diagnóstico diferencial se excluyeron, cálculo reoureteral, nódulo mesentérico calcificado, concreción en divertículo, imagen ósea, y torsión ovárica. No se encontraron otras anomalías asociadas, como cardiopatía congénita o páncreas anular.

La intervención quirúrgica puso en evidencia una malrotación (90°) con bandas coloduodenales y un apéndice fibroso con apendicolito en su tercio medio. Además de la disección y liberación de las bandas adherentes y apendicectomía reglada, se fijó el colon ascendente a la izquierda (intervención de Ladd).

Las *disembriopatías* por detención de la rotación secuencial y antihoraria del intestino medio primitivo, alrededor del eje de la arteria mesentérica superior, ocasionan un amplio espectro de malformaciones⁽¹⁾: onfalocele, no rotación, malrotaciones I y II, hernia interna mesocólica, mesenterio común, *situs inversus* y mala fijación posterior. Se ha invocado la asociación con un defecto de la inervación intrínseca⁽²⁾. Las formas más comunes de malrotación, la no rotación y el tipo I, se producen entre la 6ª a 10ª semanas intrauterinas con la vuelta del intestino al endoceloma.

Las complicaciones más precoces son la obstrucción intestinal del recién nacido y el vólvulo agudo del lactante, con distensión abdominal, compromiso vascular, hematemesis/o rectorragias, y riesgo de síndrome de intestino corto y shock séptico. En algunos casos se presentan síntomas de vólvulo crónico-intermitente, dolor abdominal, vómitos y fracaso del crecimiento por malabsorción intestinal.

Las técnicas diagnósticas radiográficas en pacientes con malrotación⁽³⁾ evalúan en las radiografías convencionales las alteraciones del patrón aéreo, de la posición del ligamento de Treitz y del ciego/ascendente. Por ecografía selectiva, la localización de la arteria mesentérica superior (AMS), invertida respecto a la vena (VMS): Y para localizar el lugar de la obstrucción como técnica de elección el tránsito gastrointestinal.

Las formas de malrotación oligosintomáticas acompañadas



Figura 3. Tránsito gastrointestinal (detalle). Malrotación intestinal. Intestino delgado a la derecha, ciego hiper móvil en hipocondrio izquierdo y defecto de repleción del apéndice con calcificación.

de apendicitis de localización atípica son un problema de difícil diagnóstico y en particular en la edad preescolar⁽⁴⁾. La apendicitis en una malrotación no reconocida ocurre únicamente en un 0,040% en grandes series⁽⁵⁾.

Bibliografía

- 1 Groff D: Malrotación.: (En) Cirugía Pediátrica. KW Ashcraft (edit). Interamericana /Mc Graw Hill. México 1995: 329-339.
- 2 Roy CC, Silverman A, Alagille D.: Malrotation with or without volvulus of the midgut. (En) Pediatric Clinical Gastroenterology. 4th ed. Mosby Year Book. St Louis. 1995; 63-67.
- 3 Blickman JG: Radiología Pediátrica. Anomalías del desarrollo. Mosby/Doyma. 1995; 81-82.
- 4 Fernández Sánchez A, López Pereira P, Díez Pardo JA, y Utrilla J. Malrotación intestinal en el niño. *An Esp Pediatr* 1987; **27**:375-378.
- 5 Collins DC.: 71.000 Human appendix specimens: A final report sum-