



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-262 - "TORNIQUETE APENDICULAR" COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA

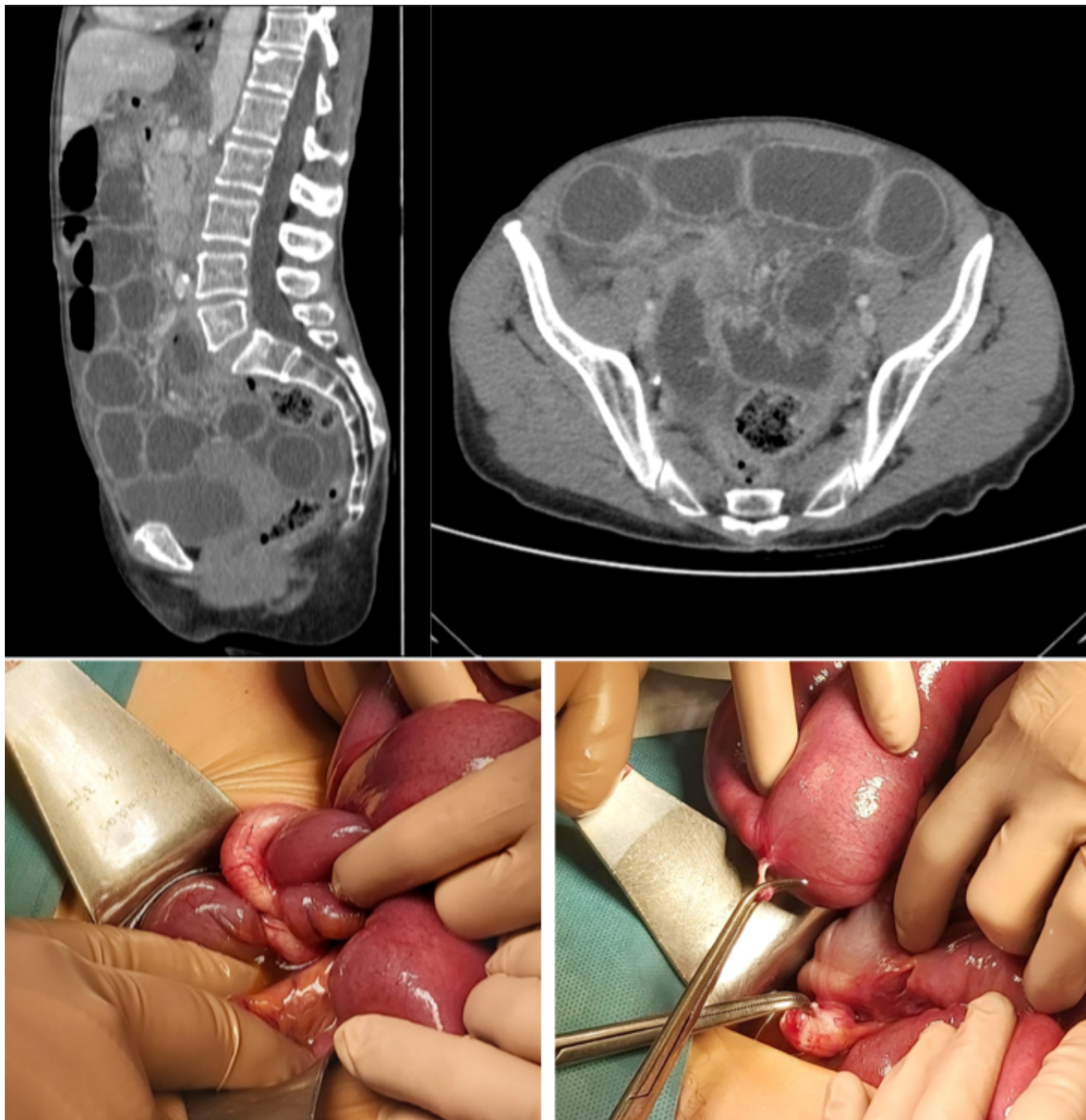
Fernández Fernández, Clara¹; del Pozo Elso, Pilar²; Manrique Municio, Alejandro¹; García Moreno, Virginia¹; Carmona Gómez, Victoria¹; Marcacuzco Quinto, Alberto¹; Calvo Pulido, Jorge¹; Ferrero Herrero, Eduardo¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ²Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca.

Resumen

Introducción: La obstrucción intestinal es una de las emergencias quirúrgicas más frecuentes, con un amplio espectro de etiologías entre las que se encuentra la inflamación aguda o crónica del apéndice cecal. Puede ser de causa funcional, ya sea por íleo paralítico secundario a inflamación (1-5% de las apendicitis) o isquemia (la más inusual); o bien de origen mecánico. En 1963 Naumon describe por primera vez la obstrucción intestinal con “estrangulamiento” intestinal por el apéndice cecal: puede deberse a que el apéndice forma un lazo cerrado en torno a la base de un asa intestinal o a que el apéndice inflamado se adhiere a ciego, intestino delgado o peritoneo posterior creando un espacio a través del cual se hernia parte del intestino. Nuestro objetivo es el análisis de esta etiología como causa de obstrucción intestinal y revisión de la literatura.

Caso clínico: Mujer de 56 años con antecedente de síndrome del intestino irritable y dos cesáreas que acude a Urgencias por cuadro de una semana de evolución compatible con obstrucción intestinal. Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia, así como LDH de 277 U/I, siendo el resto de los parámetros anodinos. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominopélvica urgente en la que se observa obstrucción mecánica de intestino delgado con probable mecanismo en asa cerrada secundario a cambio de calibre en pelvis inmediatamente superior al útero. Se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose una laparotomía media infraumbilical. Se objetiva marcada dilatación intestinal retrógrada a una brida de apéndice cecal que rodea un segmento de íleon terminal de aspecto congestivo. Se realiza adhesiolisis y apendicectomía, sin necesidad de resección intestinal. El postoperatorio cursa sin incidencias siendo la paciente dada de alta a los 5 días. El estudio histopatológico resulta sugestivo de divertículos con obliteración fibroadiposa en la punta apendicular.



Discusión: La obstrucción intestinal de causa apendicular es un cuadro obstructivo en ocasiones indistinguible del causado por otros orígenes. Se da habitualmente en pacientes mayores de 40 años, y el desarrollo de los síntomas es insidioso en pacientes ancianos, lo cual supone un aumento de morbimortalidad. Es por tanto fundamental la realización de pruebas de imagen, siendo de elección la TC. El diagnóstico definitivo de esta entidad es generalmente intraoperatorio, y el tratamiento varía en función de los hallazgos, desde apendicectomía hasta resección intestinal o hemicolectomía derecha. Dada la incidencia de la patología apendicular y las posibles consecuencias de un diagnóstico tardío, debe considerarse como una etiología de obstrucción intestinal.