



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-544 - APENDICITIS AGUDA IZQUIERDA EN UNA PACIENTE CON UNA MALROTACIÓN INTESTINAL CONGÉNITA TIPO 1A

Santos Rancaño, Rocío<sup>1</sup>; Delgado Morales, Mariela<sup>2</sup>; Guadalajara Jurado, Juan Francisco<sup>2</sup>; Manzanares Ferrer, Clara<sup>1</sup>; Kassimi Choho, Kawthar<sup>1</sup>; Sánchez Bueno, Víctor<sup>1</sup>; Alonso Guillén, Ramón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Comarcal de Melilla, Melilla; <sup>2</sup>Hospital Infanta Elena, Huelva.

### Resumen

**Introducción:** La malrotación intestinal es una anomalía congénita muy poco frecuente (0,1-0,5%). La apendicitis aguda asociada con malrotación intestinal es una presentación extremadamente infrecuente con solo unos pocos casos descritos en la literatura en adultos. Se reporta un caso excepcional de apendicitis aguda con malrotación intestinal asintomática, que fue diagnosticada incidentalmente debido a este episodio urgente.

**Caso clínico:** Mujer de 35 años previamente sana, acude a la Urgencia por dolor abdominal de cuatro días de evolución, localizado en el hipogástrico y se irradia difusamente al hemiabdomen inferior, sobre todo a la fosa iliaca izquierda. Refiere febrícula, náuseas y anorexia asociadas. En la exploración física se evidencia dolor intenso a la palpación en el cuadrante inferior izquierdo y el signo de Blumberg es positivo. En la analítica se observa leucocitosis y elevación de los marcadores inflamatorios. El TC abdominopélvico con contraste describe el intestino delgado localizado en el lado derecho y el intestino grueso en el lado izquierdo. También muestra que el apéndice cecal está situado en la fosa iliaca izquierda, aumentado de tamaño con 12 mm de diámetro máximo e infiltración de la grasa periapendicular (figs. 1 y 2). El ciego está posicionado en la porción media inferior del abdomen, superior a la vejiga urinaria (fig. 3). El paciente presentaba, así mismo, otros hallazgos incidentales compatibles con malrotación intestinal de tipo 1a, incluida la flexión duodenoyeyunal del lado derecho (el duodeno estaba ausente entre la arteria mesentérica superior y la aorta y estaba completamente en el lado derecho) e inversión de la arteria y vena mesentéricas superiores (figs. 4 y 5). Se realiza una apendicectomía laparoscópica por apendicitis supurativa perforada, durante la cual se corrobora que el ciego y el colon ascendente no estaban fijados al retroperitoneo. El posoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta al segundo día.



**Discusión:** La malrotación intestinal corresponde a un grupo de anomalías congénitas relacionadas con la no rotación o malrotación del intestino. Esta entidad fue descrita por Stringer y, según los hallazgos evidenciados en el CT y en la cirugía, nuestro paciente presenta un tipo 1a, que es el resultado de una ausencia de rotación del intestino en la primera etapa de la gestación. La apendicitis por malrotación gastrointestinal asintomática, no diagnosticada previamente, puede provocar retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento definitivo y, potencialmente, aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad. La laparoscopia diagnóstica es el *gold estándar* en los casos en los que existan dudas diagnósticas y para el tratamiento definitivo. Dada la rareza de la apendicitis aguda asociada con una malrotación intestinal, un aumento en el conocimiento de esta variante anatómica es esencial entre los médicos de urgencias, radiólogos y cirujanos para un diagnóstico y tratamientos tempranos. Esta entidad debe incluirse en el diagnóstico diferencial en pacientes que presentan dolor en la fosa iliaca izquierda y síntomas atípicos. Las pruebas de imagen proporcionan una información crucial para el tratamiento oportuno y definitivo, y la cirugía por laparoscopia es el *gold standard*.