

Torniquete apendicular como causa de obstrucción intestinal

“Appendicular tourniquet” as a cause of intestinal obstruction

Yousef Allaoua Moussaoui¹, Enrique Ovejero Merino¹,
Eduardo Serrano Yébenes¹, Diego Martín Córdova García¹

Paciente mujer de 61 años con antecedentes de diabetes, dislipemia, hipotiroidismo, hepatitis B, así como una laparotomía media realizada en su país de origen y cuya motivación no sabe precisar, acude a Urgencias por cuadro de dolor y distensión abdominales, vómitos y ausencia de deposición de 24h de evolución. Dado que a la exploración física no se aprecia inestabilidad hemodinámica ni peritonismo, la cicatriz de laparotomía no parece complicada, no se evidencian hernias inguino-crurales y el tacto rectal es normal, se inicia manejo conservador con dieta absoluta, sueroterapia y colocación de sonda nasogástrica. Tras 24 h y con un débito de < 300 cc/24 h por la sonda nasogástrica, se decide la administración de contraste hidrosoluble. Se realiza radiografía simple de control (Figura 1.A)

y posterior tomografía (Figura 1.B) donde se evidencia obstrucción con cambio de calibre y posible asa cerrada a nivel de fosa iliaca derecha, por lo que se decide cirugía urgente. Intraoperatoriamente se evidencia un “torniquete apendicular”^{1,2}, que condiciona una hernia interna de asas de intestino delgado, la que se reduce manualmente y se completa apendicectomía, sin necesidad de resección intestinal (Figura 2). El torniquete apendicular es una forma de presentación muy rara de la apendicitis aguda en pacientes mayores de 40 años, con episodios previos de apendicitis aguda subclínica, con apéndices largos (> 8 cm) (Figura 3) y que cursa, generalmente, con clínica predominantemente obstructiva y cuyo diagnóstico es habitualmente intraoperatorio^{3,4}.

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid, España.

Recibido el 2022-07-25 y aceptado para publicación el 2022-12-20.

Correspondencia a:

Dr. Yousef Allaoua Moussaoui
yousef.allaoua@gmail.com

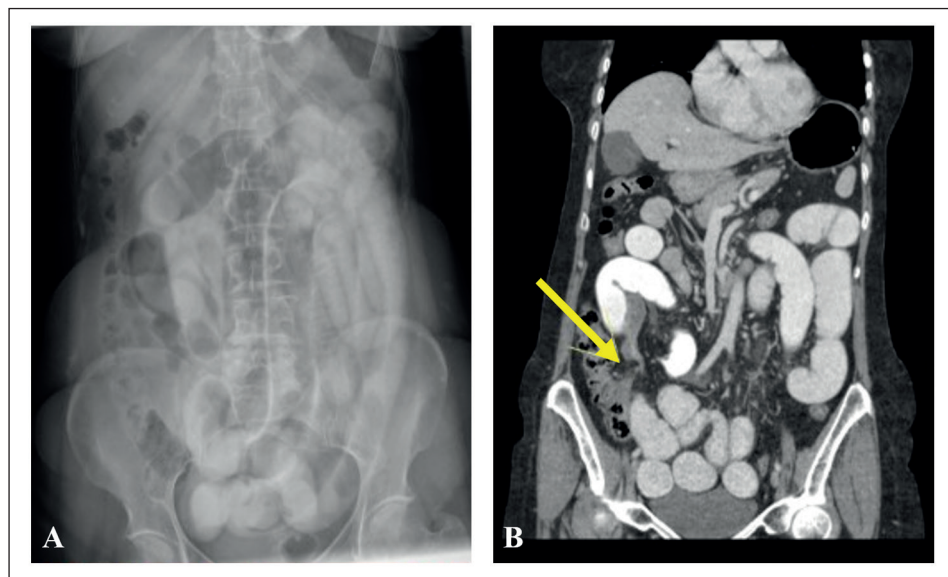


Figura 1. A: Radiografía simple de abdomen tras la administración de contraste hidrosoluble (Gastrografin®) que muestra que éste no pasa a intestino grueso. **B:** Tomografía computarizada que evidencia un cambio de calibre brusco de asas de intestino delgado a nivel de FID, con dilatación retrógrada de asas intestinales que contienen contraste previamente administrado (flecha). A partir del cambio de calibre, el resto de intestino (sólo visible el colon derecho hasta ángulo hepático en el corte mostrado) presenta un calibre normal.

IMÁGENES Y CIRUGÍA

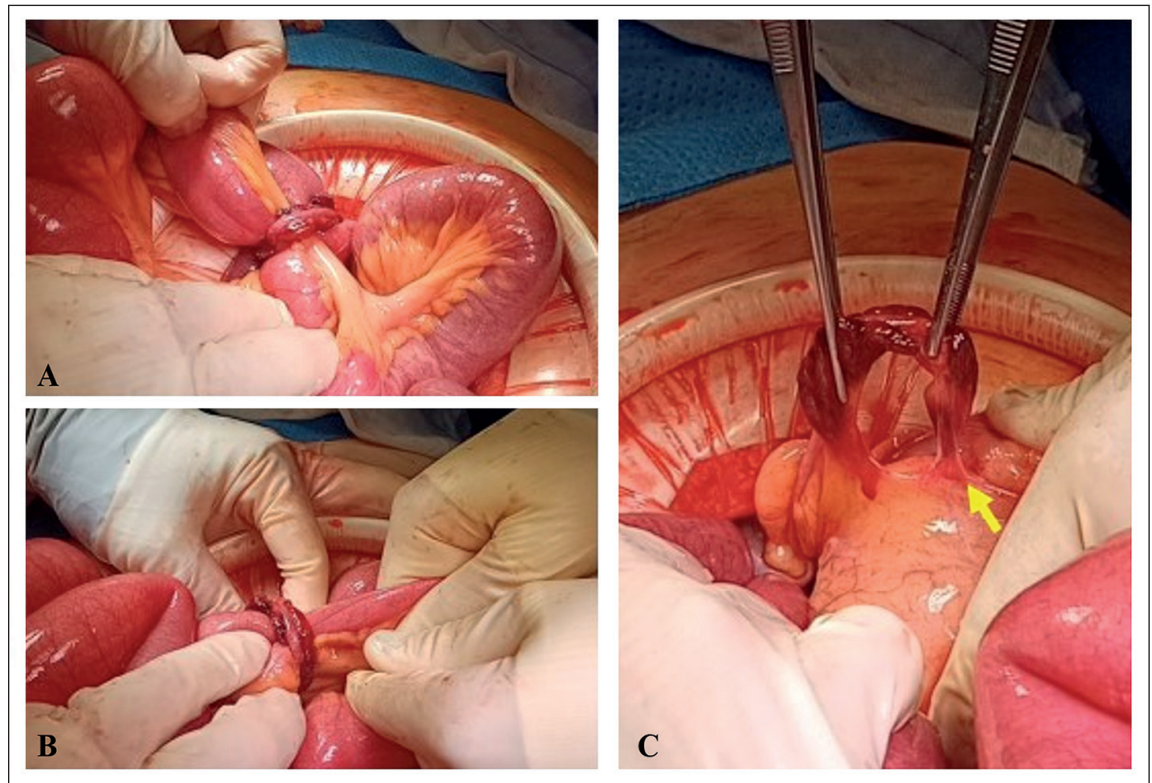


Figura 2. A: Hernia interna encarcerada de asas de intestino delgado viables, a través del “torniquete apendicular”. **B:** Reducción manual de la hernia interna. **C:** “Torniquete apendicular” que constituye el anillo herniario o constrictivo, formado por el apéndice vermiforme congestivo e isquémico, unido por medio de una adherencia fibrosa desde su extremo distal al mesenterio ileocólico adyacente (flecha).



Figura 3. Pieza de apendicectomía (116 mm de longitud). Macroscópicamente se observa isquemia y edema en su tercio distal. Microscópicamente, la anatomía patológica revela signos de apendicitis aguda.

Bibliografía

1. Ahmed KA, Hamdy A, Seifeldin MI, Elkeleny MR. Mechanical small bowel obstruction due to appendiceal tourniquet: a case report and review of literature. *Journal of medical case reports* 2019;13:208. <https://doi.org/10.1186/s13256-019-2156-y>
2. O'Donnell ME, Sharif MA, O'Kane A, Spence RA. Small bowel obstruction secondary to an appendiceal tourniquet. *Irish journal of medical science* 2009;178:101-5. <https://doi.org/10.1007/s11845-008-0125-3>
3. Malý O, Páral J. Appendicitis as a rare cause of mechanical small-bowel obstruction: A literature review of case reports. *International Journal of Surgery Case Reports* 2016;29:180-4. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.10.065>
4. Makama JG, Kache SA, Ajah LJ, Ameh EA. (2017). Intestinal obstruction caused by appendicitis: a systematic review. *Journal of the West African College of Surgeons* 2017;7:94-115.