

# XXVI REUNIÓN SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

PAMPLONA | 16 AL 18 DE JUNIO DE 2022



SUPERVIVENCIA SIN EVIDENCIA:  
Aprendiendo para el futuro

TIPO PRESENTACIÓN: Póster con defensa

## Abdomen agudo, NO siempre es apendicitis.

**Autores: Valencia Ichazo, Tatiana Karina; Quiroga Rodriguez, Litzi Daniela; Iglesias Griñant, Sheila; Vila Bach, Antonio**

*Centros de trabajo : Pediatría dels Pirineus, Fundació Sant Hospital*



# XXVI REUNIÓN SEUP



**Introducción:** La torsión de un anexo es un proceso poco frecuente, pero todavía más la torsión aislada de la trompa. Su diagnóstico es complicado y en la mayoría de los casos se establece *a posteriori*. Sólo mediante cirugía exploradora podremos llegar al diagnóstico definitivo que en la mayoría de las veces se efectúa demasiado tarde, lo que no permite la conservación de la trompa afectada.

**Caso Clínico:** Niña de 13 años, consulta por dolor abdominal tipo cólico, periumbilical de 24 horas de evolución asociado a vómitos incoercibles, no fiebre, no síntomas miccionales, no relacionado con la ingesta.

**Antecedentes:** Menarquia hace 6 meses, en estudio por DAR y estreñimiento (ECO abdominal y calprotectina normal)

**Examen Físico:** Facies dolorosa, afebril, hidratada TEP: normal T<sup>ax</sup>: 36,5 °C, FC: 80 x' FR: 22 x' PA: 110/60mmHg. Hemodinámicamente estable

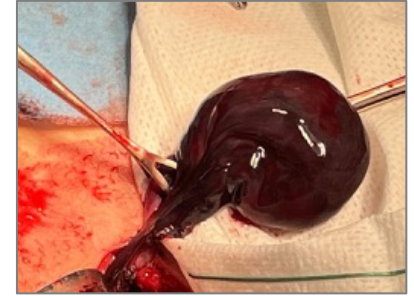
Abdomen Blando, depresible, doloroso de forma difusa con predominio periumbilical, peristaltismo normal, no signos de irritación peritoneal, no masas palpables.

**A/S** leucocitos: 12400/mm<sup>3</sup>; neutrófilos: 85%, PCR 0,4 mg/L, lactato de 1.8 mmol/L, ph 7.4mmol/L, sodio 138 potasio 4.4mmol/L. Resto BQ y coagulación: normal, orina normal

**Evolución:** Se ingresa para observación, a las 24 hrs empeora el dolor abdominal.

Al examen físico, abdomen doloroso con signo de Blumberg positivo. Valorada por el servicio de cirugía el cual decide cirugía por sospecha de apendicitis, se observa apéndice blanco y al observar hemorragia en el campo, se amplía campo de visión y se observa trompa izquierda con gran quiste de aspecto necrótico perforado y torsionado alrededor de 1/3 distal de la trompa izquierda que la engloba con gran coágulo. Se realiza resección de parte distal de trompa izquierda con el quiste. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a las 48 horas.

**Biopsia:** Trompa de Falopio infartada y torsionada con amplias zonas hemorrágicas.



**Comentarios:** La torsión de una trompa es infrecuente (2-3%) y menos frecuente en la infancia (5%). La torsión de la trompa izquierda es mucho más rara, ya que esta parcialmente adherida al mesosigma. Realizar un diagnóstico preoperatorio correcto es extremadamente difícil.

En relación con la torsión de anexos en niñas, éstos sufren continuamente torsiones intrascendentes de hasta 90°, siendo en algunos casos imposible la desrotación espontánea, por lo que determinan a medio plazo una necrosis hemorrágica. Por otro lado, se ha considerado que, en casos de estreñimiento, el esfuerzo por evacuar hace que la circulación de retorno congestione la gónada, lo que finalmente culmina en un aumento en las dimensiones, en el peso del ovario y en la torsión.

En cuanto a la etiología, muchos casos se asocian a quistes paratubáricos, anomalías anatómicas (mesosalpinx largo, anomalías tubáricas, hematosalpinx, hidrosalpinx, hidátides de Morgani), anomalías fisiológicas (peristaltismo anormal), espasmo tubárico por fármacos, anomalías hemodinámicas (congestión venosa del mesosalpinx), traumatismos, cirugía previa (ligadura tubárica) o enfermedad pélvica inflamatoria.

El signo de Warneck (masa dolorosa y palpable en el examen pélvico) es difícil de identificar, sobre todo por tacto rectal. Además del dolor abdominal, otros síntomas incluyen: náuseas, vómitos, molestias intestinales o urinarias y, a veces, un ligero sangrado genital.

La ecografía transvaginal es más precisa, pero poco apropiada en pediatría. Rara vez se utilizan la TAC o RNM para realizar el diagnóstico, salvo cuando la ecografía no demuestra datos concluyentes. Casi en la totalidad de los casos, el diagnóstico es intraoperatorio como en nuestra paciente.