



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

¿Es la malrotación intestinal el agente causal de la invaginación intestinal? Síndrome de Waugh, reporte de un caso



Manuel Gil-Vargas*, Ana Karen Sol-Meléndez y Mariana Lee Miguel-Sardaneta

Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital General de Puebla Zona Sur «Eduardo Vázquez Navarro», Puebla, Puebla, México

Recibido el 27 de octubre de 2014; aceptado el 13 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Waugh;
Malrotación
intestinal;
Invaginación
intestinal

Resumen

Antecedentes: El síndrome de Waugh se define como la asociación de invaginación y malrotación intestinal. Los primeros reportes de este síndrome fueron en el año 1911 y, a pesar de esto, existen muy pocos casos descritos.

Objetivo: Conocer la asociación que existe entre la invaginación y la malrotación intestinal como causa de obstrucción intestinal en el lactante.

Caso clínico: Lactante varón de 7 meses de edad, que ingresa en urgencias por: fiebre, vómito y evacuaciones mucosanguinolentas. En el abdomen con: dolor, distensión, palpándose «morcilla» en cuadrante inferior izquierdo al tacto rectal con evacuaciones en «jalea de grosella». Se realiza laparotomía exploradora encontrando una relación entre invaginación y malrotación intestinal resuelta quirúrgicamente.

Conclusión: Consideramos que esta asociación no se diagnostica de forma adecuada, pasando normalmente desapercibida.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Waugh's syndrome;
Intestinal
malrotation;
Intestinal
intussusception

Is intestinal malrotation the cause of intussusception? Waugh's syndrome, a case report

Abstract

Background: Waugh's syndrome is the combination of intussusception and intestinal malrotation. The first case was described in 1911, with few cases being reported since then.

Clinical case: A 7 month-old infant with fever, vomiting and rectal bleeding. Distension and an abdominal mass was found on examination. An exploratory laparotomy was performed

* Autor para correspondencia. 5 Sur No. 5305-203, Col.: Residencial Boulevares, C.P. 72440 Puebla, Puebla, México.
Tel. fijo: (222) 243 2817.

Correo electrónico: gilmv@yahoo.com (M. Gil-Vargas).

that found a combination of intussusception and intestinal malrotation, which was treated successfully.

Conclusion: We consider that this combination is not sufficiently diagnosed very often, leading to its disappearance.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

En los lactantes, la invaginación intestinal es una de las principales causas de obstrucción intestinal. La malrotación intestinal se define como una anomalía del intestino, donde la fijación y la rotación del mismo se encuentran alterados¹. Según algunos estudios, la malrotación intestinal podría ser un factor etiológico para la invaginación². El síndrome de Waugh descrito por primera vez en el año 1911 se refiere a la asociación de invaginación y malrotación intestinal¹.

Caso clínico

Varón de 7 meses de edad, que inicia su padecimiento con fiebre de 38.4°C, vómito de contenido gástrico y evacuaciones mucosanguinolentas. A su ingreso en urgencias se encontró: hipoactivo, con abdomen globoso y doloroso, palpándose «morcilla» en cuadrante inferior izquierdo y al tacto rectal la evacuación es en «jalea de grosella». En la radiografía de abdomen en bipedestación se observó: distribución irregular de aire, niveles hidroaéreos y datos francos de obstrucción intestinal mecánica (fig. 1). Se realizó una incisión media supra e infraumbilical encontrando cabeza de la invaginación en sigmoides, que se desinvaginó por taxis; posteriormente se apreciaron bandas de Ladd y ciego móvil con fijación anómala del colon. Al recuperarse el segmento invaginado (íleon, ciego y colon) realizamos el procedimiento de Ladd.

En el postoperatorio se mantuvo en ayuno por 48 h con sonda orogástrica a derivación, impregnación de antibióticos con triple esquema a base de: cefotaxima, amikacina y metronidazol.

Después de una adecuada evolución se decidió su alta del hospital con seguimiento por la consulta externa. Actualmente se encuentra asintomático con crecimiento y desarrollo normal para su edad.

Discusión

¿La presencia de malrotación intestinal es un factor de riesgo para el desarrollo de una invaginación intestinal? en 1911, George E. Waugh describió en 3 pacientes un trastorno donde existía una relación entre ambas alteraciones¹⁻³. A pesar de que este síndrome fue descrito hace poco más de un siglo, poco se conoce al respecto. Se han propuesto 2 factores causales en este síndrome: la fijación anormal del colon y la presencia de un ciego móvil^{3,4}. En el año 2000 se describieron 6 pacientes con síndrome de Waugh y se reportaron 39 casos documentados antes de 1999⁴, y después de

ese año se han reportado 7 casos más de pacientes con síndrome de Waugh a partir de 1999, además del reportado en este artículo⁵.

Se sugiere que la malrotación se acompaña de un colon derecho móvil y esto a su vez representa un factor de riesgo importante para la invaginación intestinal¹. La última fase de rotación del intestino es la fijación del colon ascendente a la pared abdominal, considerándose un colon móvil como una malrotación y en asociación a un factor pronóstico para que el íleon terminal se introduzca en el colon⁴.

En este caso el diagnóstico del síndrome de Waugh se apoya más en los estudios de imagen que en la clínica, debido a que estos muestran la presencia de ciego móvil, de esta forma ante la sospecha de este síndrome, es indispensable la búsqueda intencionada de esta asociación como causa de invaginación intestinal^{1,4}.



Figura 1 Radiografía de abdomen en bipedestación que muestra distribución irregular de aire, niveles hidroaéreos y datos francos de obstrucción intestinal mecánica.

Conclusión

Estos hallazgos ponen en duda la ausencia de diagnósticos de malrotación intestinal en un gran número de pacientes con invaginación intestinal. Por lo cual, consideramos necesario que en todo paciente con invaginación intestinal se realicen los estudios de imagen necesarios enfocados en observar el grado de invaginación, además de la localización del ciego⁴. Para, de esta forma, prevenir futuras reincidencias en casos de invaginación intestinal secundarias a la presencia de ciego móvil y malrotación intestinal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Domínguez-Pérez ST, Baeza-Herrera C, Jaimes G, Martínez-Rivera ML, González-Mateos T. Síndrome de Waugh. Primeros informes en México. *Acta Pediatr Mex.* 2008;29:355–8.
2. Inan M, Basaran UN, Ayvaz S, Pul M. Waugh's syndrome: Report of two cases. *J Pediatr Surg.* 2004;39:110–1.
3. Al-Jahdali A, Lees GM, Gay DP, Al-Sairafi R. Colocolic intussusception in a preterm infant with intestinal malrotation. *J Pediatr Surg.* 2009;44:e17–8.
4. Cázares Rangel J, Bocanegra Cedillo I, Morales Saucedo HN, Martínez Flores G, Montes Tapia F, Garza Luna U. Síndrome de Waugh. Reporte de un caso. *Med Univer.* 2007;9:141–3.
5. Baltazar G, Sahyoun C, Sime J, Bitar M, Bitar J, Rao AC. Discovery of a case of Waugh's syndrome during a mission to Haiti. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3:22–4.