



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



VERNIX CASEOSA: Una causa infrecuente de periapendicitis después de cesárea.

Yolanda Rodríguez-Gil*, Carolina Ibarrola de Andrés*, Alejandra Tortoledo*, Guadalupe López Alonso*, Claudio Ballestín Carcavilla*, Francisco Colina Ruizdelgado**

* ESPAÑA

** Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España ESPAÑA

Resumen

INTRODUCCIÓN

Entre las múltiples causas de periapendicitis la irritación por vernix caseosa es una de las más raras. Vernix caseosa es el material blanquecino mezcla de secreciones sebáceas, lanugo y células escamosas descamadas que recubre al recién nacido. Hasta el momento se han descrito 21 casos de peritonitis extensa por vernix caseosa y un solo caso de periapendicitis aislada. Nuestro caso es el segundo descrito de periapendicitis en el puerperio inmediato.

CASO CLÍNICO

Mujer primigesta de 25 años que ingresó en nuestro hospital con trabajo de parto. Requirió cesárea urgente por presentación podálica y tinción de líquido amniótico. El recién nacido fue un varón sano a término. Dos días después del parto la paciente mostró dolor en hemiabdomen derecho y leucocitosis. Con sospecha clínica de apendicitis aguda, se realizó nueva laparotomía y apendicectomía.

La pieza reseca mostró en la serosa y en la grasa periapendicular un intenso infiltrado inflamatorio de tipo mixto, con abundantes neutrófilos, y granulomas con células gigantes a cuerpo extraño. Se identificaron escamas córneas y tallos pilosos que permitieron el diagnóstico de periapendicitis por vernix caseosa.

DISCUSIÓN

La periapendicitis debida a contaminación con líquido amniótico y vernix caseosa es una rara complicación tras realizar cesárea.

El diagnóstico de sospecha se establece en toda paciente con signos de peritonitis o apendicitis en el puerperio, una vez descartadas las causas más frecuentes como apendicitis aguda, colecistitis y perforación visceral. Para el diagnóstico de certeza se requiere laparotomía exploradora que permita biopsiar los característicos parches blanquecino-amarillentos con aspecto de queso. El diagnóstico se establece al identificar histológicamente las escamas córneas o los tallos pilosos del lanugo. Es importante confirmar el diagnóstico ya que los casos con presencia de vernix caseosa responden además de al tratamiento antibiótico, a la administración de esteroides, los cuales producen una importante mejora en la evolución clínica.

Introducción

Vernix caseosa es el material blanquecino que recubre la piel del recién nacido. Está constituido por una mezcla de secreciones glandulares, lanugo y células epiteliales descamadas procedentes de la epidermis del feto, que habitualmente se encuentran en el líquido amniótico (1).

Entre las múltiples causas de periapendicitis, la irritación por líquido amniótico es una de las más raras. En la revisión de la literatura hemos encontrado un único caso de periapendicitis aislada similar al nuestro (2) y sólo 16 casos de peritonitis extensa por vernix caseosa (3).

Aunque el derrame de una pequeña cantidad de líquido amniótico en la cavidad abdominal es casi inevitable durante la cesárea, la mayoría de casos no presenta consecuencias clínicas. Se desconocen las causas que desencadenan esta complicación en casos determinados (4).

Presentamos el segundo caso de periapendicitis por vernix caseosa en el puerperio.

Caso Clínico

Mujer primigesta de 25 años que ingresó en nuestro hospital con trabajo de parto. Requirió cesárea urgente por presentación podálica y tinción

meconial de líquido amniótico. El recién nacido fue un varón sano a término. Dos días después del parto la paciente mostró dolor en hemiabdomen derecho, distensión abdominal, vómitos, fiebre y leucocitosis. Con sospecha clínica de apendicitis aguda, requirió nueva laparotomía y apendicectomía. Se realizó lavado peritoneal y se le administraron antibióticos de amplio espectro. La paciente fue dada de alta 20 días después de la apendicectomía, sin signos clínicos de enfermedad residual.

Hallazgos histopatológicos

El estudio macroscópico del apéndice mostró una superficie externa de aspecto congestivo con abundantes depósitos blanquecinos, con aspecto de "queso". No se encontraron áreas de dilatación, ni perforación.

Histológicamente presentaba mucosa y pared sin lesiones. En la serosa y en la grasa periapendicular se observó un intenso infiltrado inflamatorio de tipo mixto, con predominio de neutrófilos (**Figura 1**), acompañado de áreas de hemorragia. De forma ocasional se encontraron granulomas con células gigantes a cuerpo extraño. Entre las áreas de intensa inflamación se identificaron escamas córneas (**Figuras 1 y 2**) y tallos pilosos (**Figuras 3 y 4**) que permitieron el diagnóstico de periapendicitis por vernix caseosa.

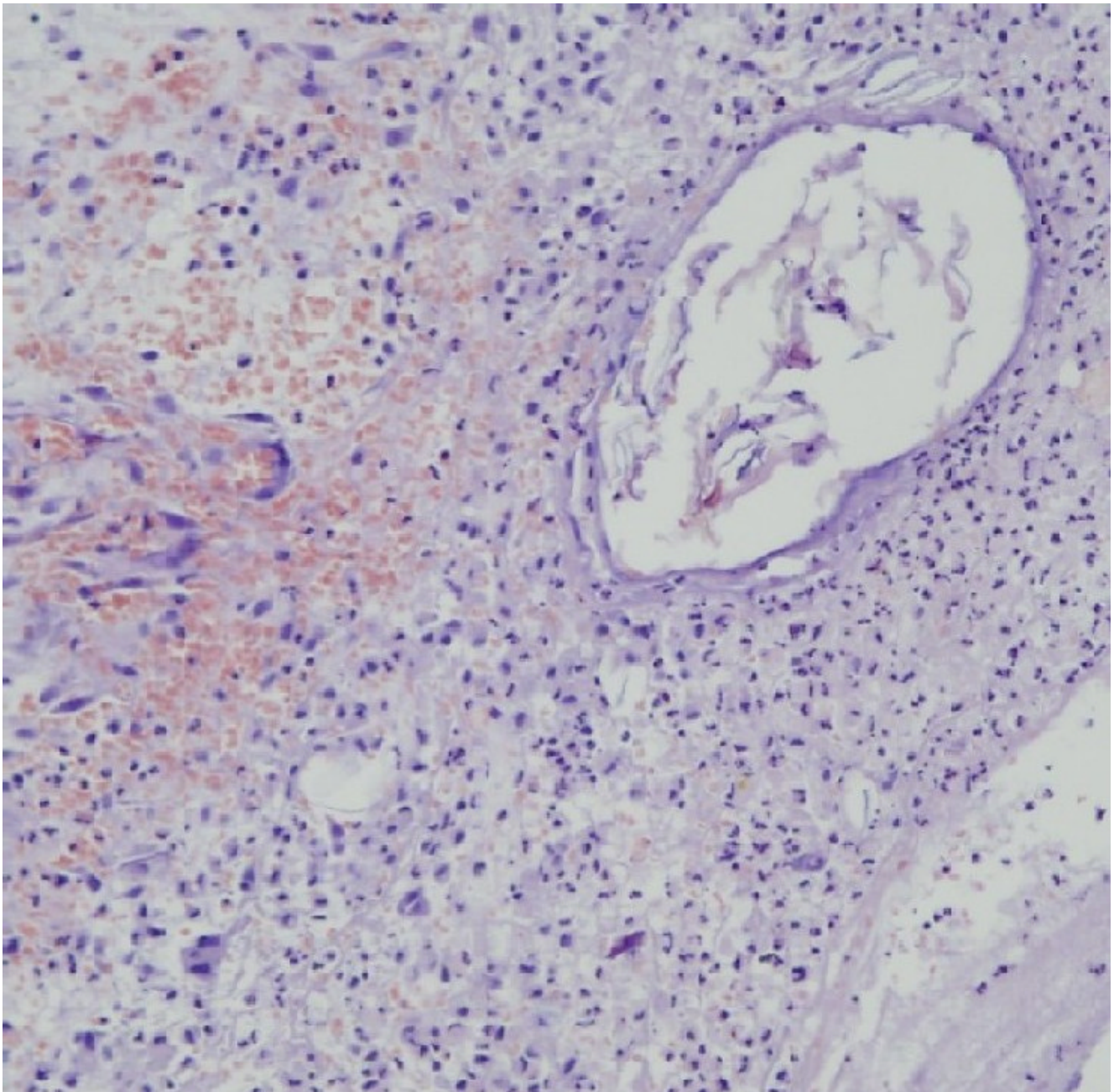


Figura 1. Se identificaron escamas córneas en relación a áreas de intensa inflamación mixta con predominio de neutrófilos y ocasionales células gigantes a cuerpo extraño. (HE. 100x) .

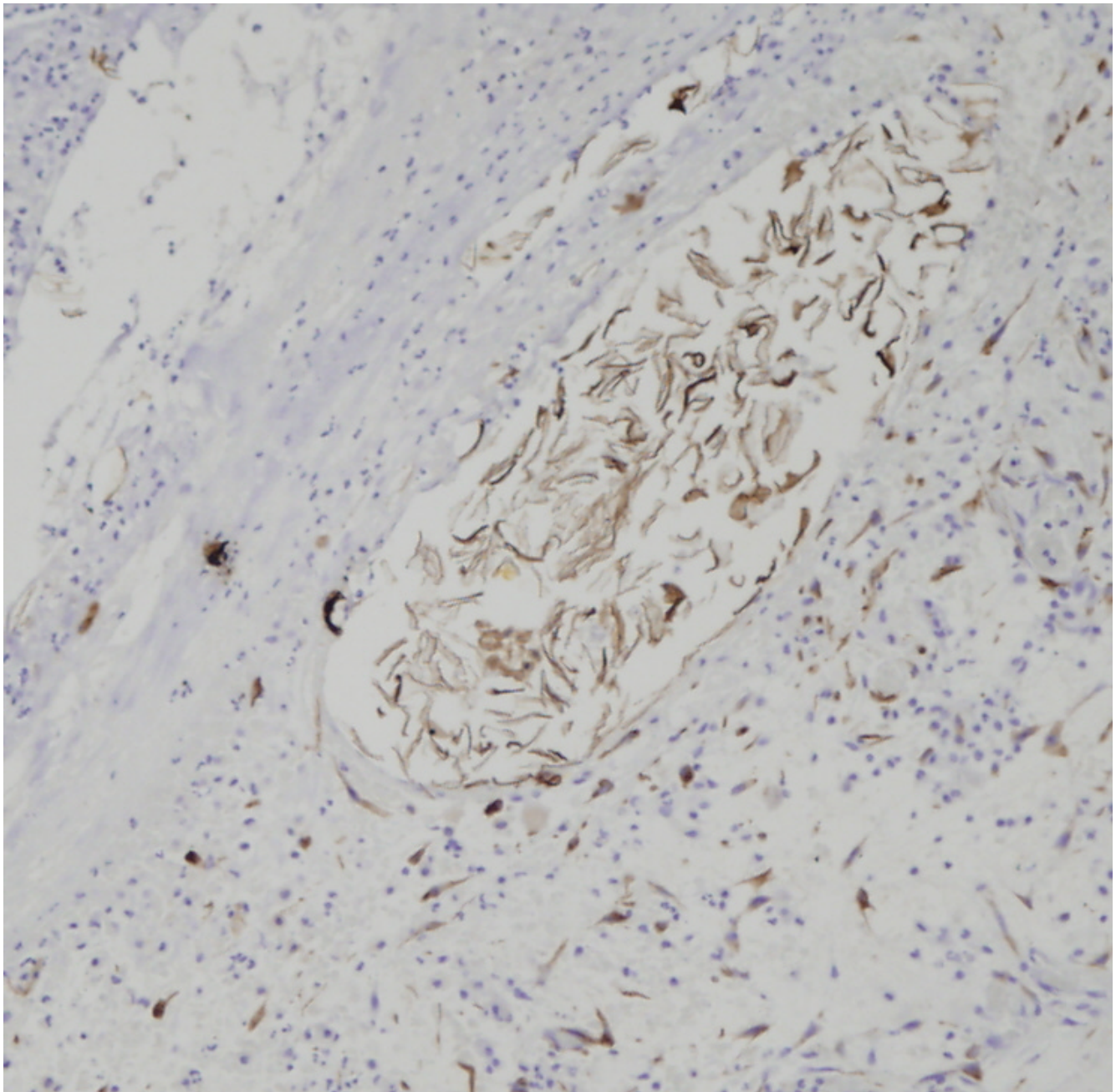


Figura 2. La tinción inmunohistoquímica con positividad para queratinas confirmó la naturaleza de las escamas córneas. (CK AE1-AE3. 100x).

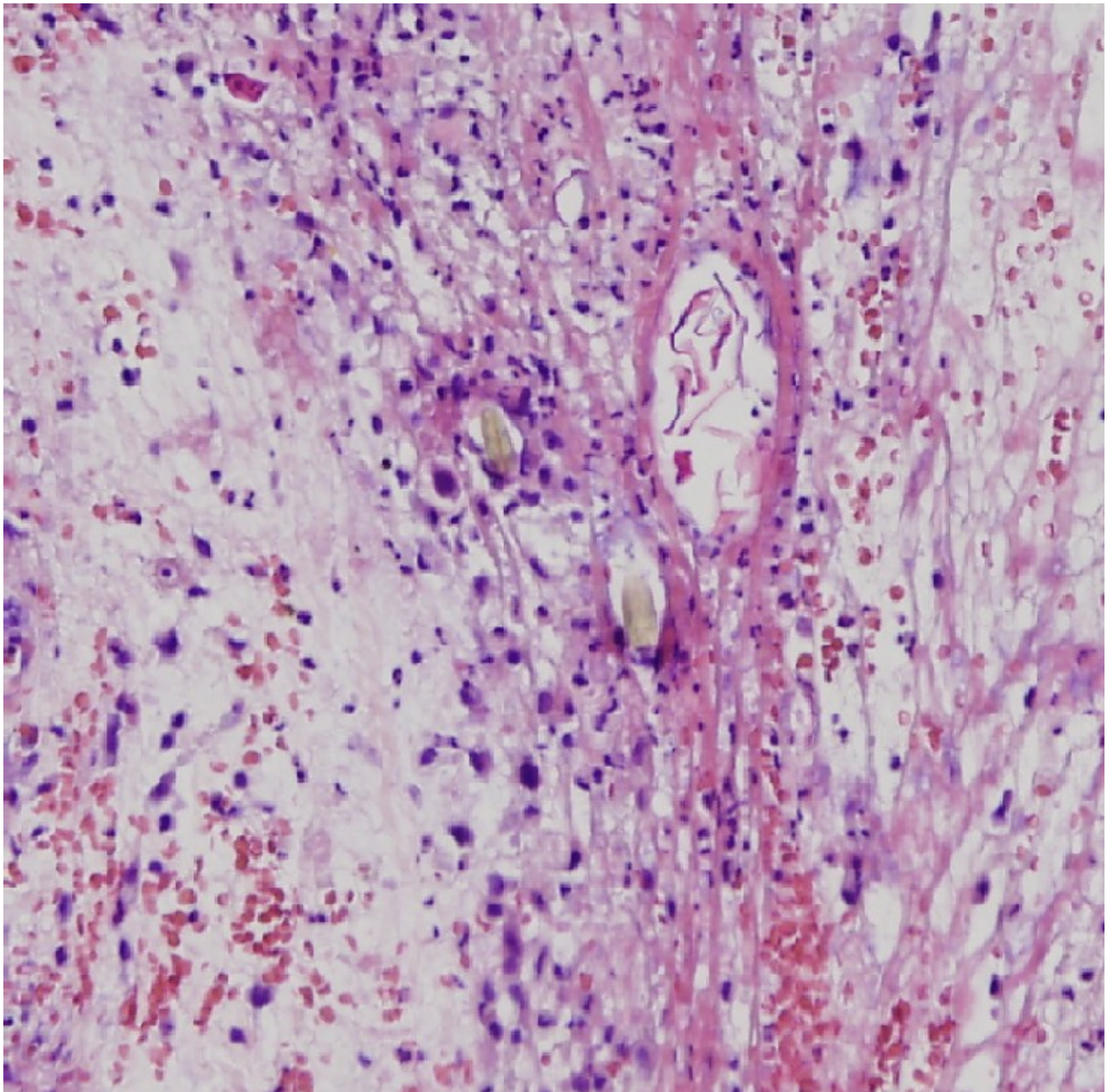


Figura 3. Se identificaron tallos pilosos inmaduros, además de escamas córneas, rodeadas de infiltrado inflamatorio mixto en la superficie serosa del apéndice. (HE. 100x)

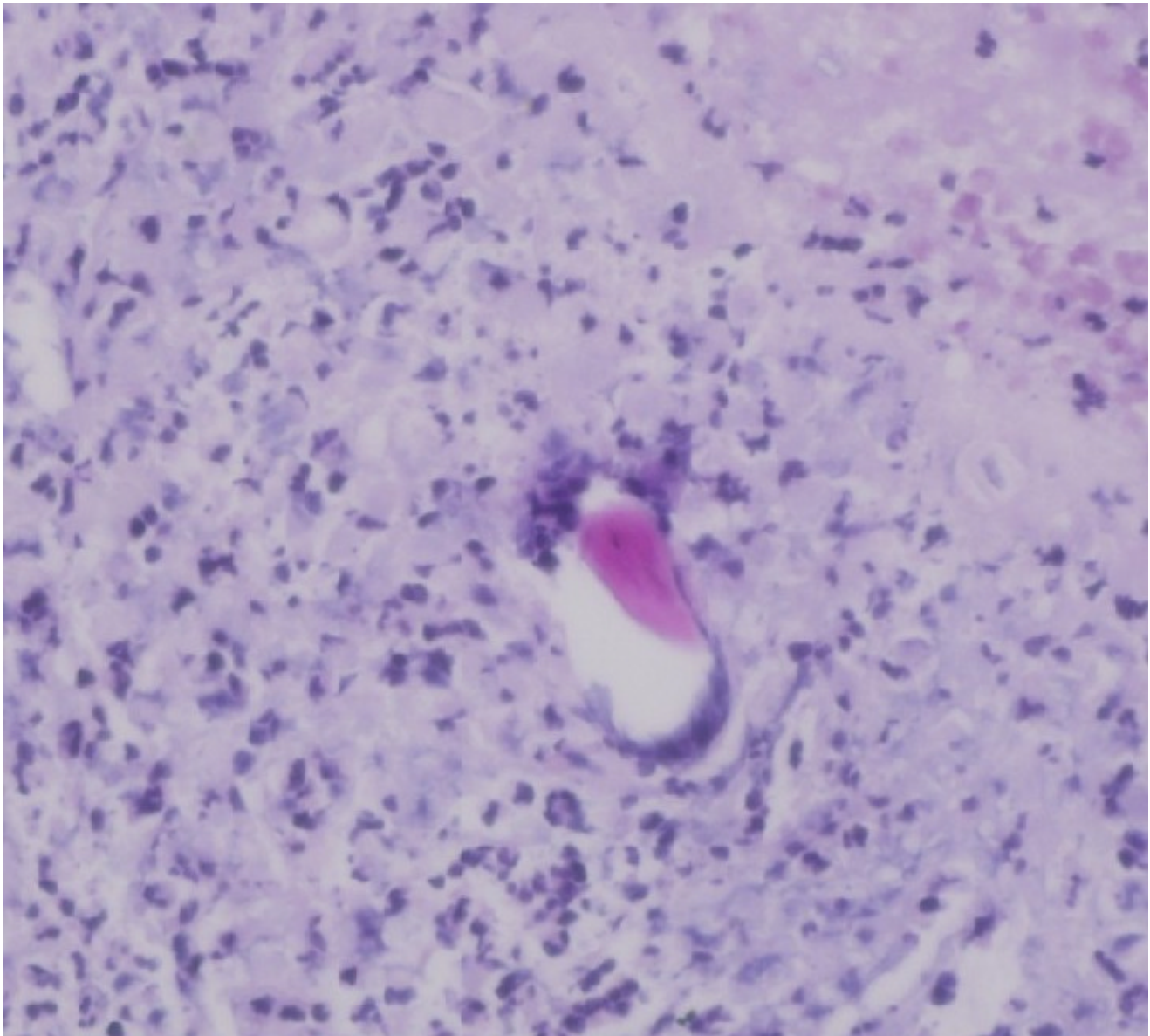


Figura 4. La presencia de tallos pilosos se confirma con la tinción intensamente eosinófila con la técnica de Ziehl-Nielsen.(400x)

Discusión

La periapendicitis debida a contaminación por líquido amniótico y vernix caseosa aunque infrecuente, debe ser considerada como un riesgo tras realizar cesárea.

Durante la cesárea, el derrame de una pequeña cantidad de líquido amniótico al romper las membranas es inevitable y no tiene consecuencias clínicas habitualmente (4). Se desconocen las causas por las que algunos casos desarrollan peritonitis. Una de las hipótesis es que influya la concentración de escamas córneas y lanugo en el líquido amniótico (3). Esta concentración de vernix caseosa se ve incrementada en los casos de rotura prematura inadvertida de membranas, manipulación en maniobras obstétricas adicionales y oligohidramnios de diferentes etiologías.

El diagnóstico de sospecha se establece en toda paciente con signos de peritonitis o apendicitis en el puerperio, una vez descartadas las causas más frecuentes como apendicitis aguda, colecistitis y perforación visceral.

Para el diagnóstico de certeza se requiere laparotomía exploradora que permita biopsiar los característicos parches blanquecino-amarillentos con aspecto de queso. El diagnóstico se establece al identificar histológicamente las escamas córneas o los tallos pilosos del lanugo.

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras entidades que también muestran escamas córneas desencadenantes de una reacción inflamatoria peritoneal. Las más frecuentes son la rotura de un teratoma ovárico o una neoplasia queratinizante como los casos descritos de carcinoma endometrial con reflujo tubárico (5), (6). La presencia de tallos pilosos inmaduros correspondientes al lanugo (Figura 3) y el antecedente obstétrico permiten en este caso el diagnóstico definitivo.

Es importante realizar el diagnóstico de certeza de los casos de peritonitis por vernix caseosa ya que responden con una mejoría mucho más rápida si además del tratamiento antibiótico habitual se añaden esteroides. El pronóstico de esta entidad es bueno. Todos los casos descritos en

la literatura evolucionaron a la curación (4).

Bibliografía

- 1.- Agorastos T, Hollweg G, Nat DR et al. Features of vernix caseosa cells. Am J Perinatal. 1988; 5: 253-9
- 2.- Borupk, Sondergaard G. Acute periappendicitis after an elective section. Zentralbl Gynakol. 1992; 114 (10): 513-4
- 3.- Cummings B, Scarth HMC, Tras HT. Vernix caseosa peritonitis presenting postpartum as acute cholecystitis. Canadian J Surg. 2001; Aug 44 (4): 298-0
- 4.- Mahmoud A, Silapswan S, Iin K; Penney D. Vernix caseosa: an unusual cause of post-cesarean section peritonitis. Am Surg. 1997; 63 (5): 382-5
- 5.- Chen K, Kostich, Rosai j. Peritoneal foreign body granulomas to keratin in uterine adenoacanthoma. Arch Pathol Lab Med. 1978; 102: 174-7
- 6.- Kim KR, Scully RE. Peritoneal keratin granulomas with carcinomas of endometrium and ovary and atypical polypoid adenomyoma of endometrium. A clinicopathological analysis of 22 cases. Am J Surg Pathol. 1990; Oct 14(10): 925-32.

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 01/10/2005 2:04:47