
APENDICITIS AGUDA IZQUIERDA, PRESENTACIÓN ATÍPICA: REPORTE DE UN CASO.

LEFT ACUTE APPENDICITIS, ATYPICAL PRESENTATION: A CASE REPORT

¹Orbea Marcial, Víctor Hugo. ²Villagrán Morales, Sthefany Abigail. ³Albuja Díaz, Lizeth Carolina. ⁴Ibarra Guamán, Lorena Maira.

¹Médico Especialista en Cirugía General - Hospital General Docente Ambato. Presidente del Comité de Ética e Investigación en Seres Humanos (CEISH) HGDA 2021 – 2025. Líder Comisión de Docencia e Investigación Servicio de Cirugía HGDA 2021 – 2022. Miembro Sociedad de pared abdominal y hernias Chile. Cirujano estético Elleanthus Bioestética.

²Médico Residente en Funciones Hospitalarias/ Hospital General Docente Ambato.

³Médico residente en funciones hospitalarias / Hospital General Docente Ambato.

⁴Médico residente asistencial en funciones Hospitalarias/ Hospital General Docente Ambato

Orbea Marcial, Víctor Hugo. Villagrán Morales, Sthefany Abigail. Albuja Díaz, Lizeth Carolina. Ibarra Guamán, Lorena Maira. **APENDICITIS AGUDA IZQUIERDA, PRESENTACIÓN ATÍPICA: REPORTE DE UN CASO.** Rev UNIANDES Ciencias de la Salud 2022 ene-abr; 5(1): 980 – 989

RESUMEN

La apendicitis aguda es una patología quirúrgica emergente común en la población, y la presentación atípica del apéndice en el lado izquierdo es un reto diagnóstico, observándose con mayor frecuencia en anomalías congénitas

como la malrotación del intestino medio, trastorno poco común.

Presentamos el caso clínico de una niña de 8 años sin antecedentes patológicos de importancia, ingresada en el servicio de Pediatría con cuadro

de dolor abdominal localizado en hemiabdomen izquierdo, 48 horas de evolución, acompañado de náusea, vómitos, distensión abdominal y alza térmica; abdomen doloroso a la palpación en flanco y fosa iliaca izquierda, signo de Mussy positivo, con leucocitosis y neutrofilia; en los exámenes de imagen se advirtió un engrosamiento de la grasa mesentérica a nivel de fosa iliaca izquierda y niveles hidroaéreos a desnivel en marco colónico. Intervenida quirúrgicamente encontrándose, plastrón apendicular conformado por apéndice perforada en el tercio distal, base apendicular indemne, epiplón y tercio distal de colon descendente.

PALABRAS CLAVE: Apendicitis, aguda, izquierda, intestinal, malrotación.

ABSTRACT

Acute appendicitis is an emerging surgical pathology common in the population, and the atypical presentation of the appendix on the left side is a diagnostic challenge, being observed more frequently in congenital anomalies such as malrotation of the midgut, a rare disorder.

We present the clinical case of an 8-year-old girl with no significant pathological history, admitted to the Pediatrics service with a 48-hour history of abdominal pain located in the left

hemiabdomen, accompanied by nausea, vomiting, abdominal distension and thermal rise; tender abdomen on palpation in flank and left iliac fossa, positive Mussy's sign, with leukocytosis and neutrophilia; Imaging examinations revealed a thickening of the mesenteric fat at the level of the left iliac fossa and air-fluid levels at a different level in the colonic framework. Surgically intervened and found an appendicular plastron made up of a perforated appendix in the distal third, undamaged appendicular base, omentum and distal third of the descending colon.

KEY WORDS: Appendicitis, acute, left, intestinal, malrotation.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la causa más común de dolor abdominal que requiere una intervención quirúrgica urgente. Dado que el retraso en el diagnóstico aumenta la morbilidad y la mortalidad, su diagnóstico debe ser emergente, el 33% de los pacientes con apendicitis aguda se presentan con dolor en otros lugares por lo que el dolor agudo del lado izquierdo debe despertar sospechas de dicho diagnóstico. La apendicitis izquierda se observa con mayor frecuencia en anomalías congénitas como la malrotación del

intestino medio y el situs inversus totalis (1).

La malrotación intestinal se define como una anomalía de la rotación y fijación del intestino medio. Es un trastorno poco común que se encuentra en solo aproximadamente uno de cada 10,000 individuos, con una proporción de hombres / mujeres de 2-3: 1. Es una anomalía rara; se presenta en uno de cada 500 nacidos vivos que representa el 0,2%, además es importante considerar que se presenta en una de cada 400 autopsias, un caso cada 25.000 niños hospitalizados. La mayoría de los casos (50%) de malrotación intestinal se presentan entre el primer y sexto mes de vida con vómitos biliosos, el 40% se presenta antes del primer año de vida y el 10% se presenta en preescolares y escolares (1).

Su rareza puede llevar a un diagnóstico erróneo. El diagnóstico falso negativo aumenta los resultados adversos como la rotura del apéndice o formación de abscesos. A pesar de los avances en imágenes radiológicas, el diagnóstico de apendicitis aguda sigue siendo un desafío (1). Las imágenes coroneales de la tomografía pueden proporcionar esta información y son útiles para su uso en simulación preoperatoria y navegación durante la cirugía (5).

El objetivo de la revisión es conocer una de las presentaciones de apendicitis aguda poco habituales que puede manifestarse por la malrotación intestinal. La mayoría de los casos son asintomáticos hasta el desarrollo de complicaciones agudas y requieren imágenes para el diagnóstico, convirtiéndose en un reto terapéutico por lo difícil que resulta el diagnóstico de apendicitis aguda izquierda.

METODOLOGÍA

Paciente femenina de 8 años de edad, mestiza, ecuatoriana, residente en Ambato, sin antecedentes patológicos relevantes, producto de la tercera gesta, nacida por cesárea anterior, llanto inmediato sin complicaciones, ablactación por 6 meses, destete al año, inmunización completa y desarrollo psicomotor adecuado. Ingresada en el servicio de Pediatría por cuadro clínico de dolor abdominal tipo continuo, localizado en hemiabdomen izquierdo, de gran intensidad, de 48 horas de evolución, acompañado de náuseas, vómitos de contenido alimentario por 5 ocasiones, deposiciones líquidas de coloración amarillenta por 2 ocasiones, distensión abdominal y alza térmica no cuantificada. Al examen físico paciente despierta, hipoactiva, algica, mucosas orales secas, abdomen tenso, distendido, timpánico, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel

de flanco y fosa iliaca izquierda, ruidos hidroaéreos abolidos, signo de Mussy positivo.

Exámenes de laboratorio: leucocitos 22580, neutrófilos 83.3%, coproparasitario: polimorfos 75%,

parásitos (quiste de *E. Histolytica*, quiste de *E. Coli*). En la Radiografía simple de abdomen se observó una mala distribución del patrón intestinal y niveles hidroaéreos a desnivel en colon ascendente y descendente. (Figura. 1).



Figura. 1: Radiografía simple de abdomen. Niveles hidroaéreos a desnivel del marco colónico.

En la ecografía abdominal se evidenció asas intestinales distendidas, aperistálticas, con incremento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica en flanco y fosa iliaca izquierda, sin presencia de líquido libre. En la Tomografía Axial Computarizada Simple de Abdomen se advirtió asas

intestinales distendidas del marco colónico, y una imagen hiperintensa en fosa ilíaca izquierda compatible con patología inflamatoria (Fig 2 y 3). La paciente fue valorada por Cirugía General con un diagnóstico presuntivo de Abdomen Agudo Inflamatorio de criterio quirúrgico.



Figura. 2 Corte tomográfico axial simple de abdomen. Asas intestinales distendidas del colon descendente.

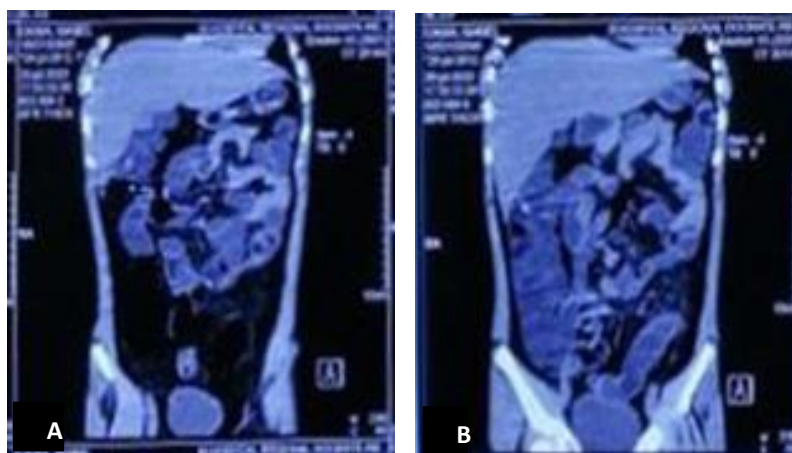


Figura. 3 Cortes tomográficos coronales simple de abdomen. A. Apelotonamiento intestinal hacia hemiabdomen izquierdo. B. Imagen hiperintensa en fosa ilíaca izquierda compatible con patología inflamatoria.

El manejo terapéutico inicial consistió en suspender la vía oral, hidratación endovenosa con Dextrosa al 5% en agua 1000 mililitros + 10 mililitros de soletrol sodio + 10 mililitros de soletrol potasio a 70ml/h, con un control estricto del balance hídrico y

constantes vitales; antibioticoterapia empírica (ampicilina/sulbactam 1.5 gramos endovenoso cada 6 horas y metronidazol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas), protector gástrico (omeprazol 40 miligramos endovenoso diario).

Con la autorización del representante legal (madre de la paciente) se efectuó una laparotomía exploratoria con hallazgos de apéndice cecal de 12*1cm aproximadamente, perforada en el tercio distal, base apendicular indemne, un plastrón apendicular conformado por apéndice, epiplón y tercio distal del colon descendente,

líquido inflamatorio en fondo de saco de Douglas y ligera distensión del colon transversal (Figura. 4). Se realizó una apendicectomía, omentectomía parcial, rafia en un plano del colon descendente y colocación de un drenaje tubular a nivel de fondo de saco de Douglas.



Figura. 4: Laparotomía exploratoria. Hallazgos quirúrgicos: Plastrón apendicular conformado por apéndice, epiplón y colon descendente.

La paciente se mantuvo hospitalizada por 7 días, durante su estancia recibió antibioticoterapia a base de ceftriaxona 1.5 gramos endovenoso cada 12 horas, metronidazol 400 miligramos endovenoso cada 8 horas, amikacina 500 miligramos endovenoso diario; analgesia y protector gástrico. El drenaje con contenido de líquido serohemático fue disminuyendo y se retiró al cuarto día postquirúrgico. Fue dada de alta tolerando dieta,

canalizando flatos, sin complicaciones postquirúrgicas mediatas.

DISCUSIÓN

La apendicitis aguda es una causa común de emergencias quirúrgicas, con una tasa de incidencia de aproximadamente 1 de cada 400 individuos en los Estados Unidos según Lupiañez (1). Su diagnóstico por lo general es clínico, sin embargo, a veces puede presentarse con síntomas atípicos, que pueden conducir a un diagnóstico diferente.

Normalmente, el apéndice está localizado en la fosa ilíaca derecha, lo que provoca dolor abdominal inferior derecho cuando se inflama descrito por Lupiañez (1). Durante el desarrollo embrionario, el ciego sufre cambios de forma y posición, afectando su ubicación anatómica final. Dado que su posición puede variar considerablemente, el dolor abdominal apendicular puede manifestarse como un dolor abdominal agudo que se irradia a la fosa ilíaca izquierda, región subhepática, promontórica, pélvica y esplénica descrito en el artículo de Lupiañez (1). Las anomalías congénitas como la malrotación del intestino medio también afectan estas presentaciones atípicas. En este reporte de caso de una niña de 8 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia, ingresada en el servicio de Pediatría con un cuadro de dolor abdominal tipo continuo, localizado en hemiabdomen izquierdo, de 48 horas de evolución, acompañado de náuseas, vómitos, distensión abdominal y alza térmica; abdomen tenso, doloroso a la palpación en flanco y fosa iliaca izquierda, signo de Mussy positivo.

La malrotación intestinal se define como una anomalía de la rotación y fijación del intestino medio. Es un trastorno poco común que se encuentra en solo aproximadamente

uno de cada 10,000 individuos, con una proporción de hombres / mujeres de 2-3:1 según lo reportado por Ballesteros. Es una anomalía rara; se presenta en uno de cada 500 nacidos vivos que representa el 0,2%, además es importante considerar que se presenta en uno de cada 400 autopsias, un caso cada 25.000 niños hospitalizados. La mayoría de los casos (50%) de malrotación intestinal se presentan entre el primer y sexto mes de vida con vómitos biliosos, el 40% se presenta antes del primer año de vida y el 10% se presenta en preescolares y escolares reportado en Israelit (3). La malrotación en la adolescencia y la edad adulta generalmente no se considera debido a su presentación inespecífica según lo descrito en el artículo publicado por Lupiañez (1). La apendicitis aguda raramente se presenta en asociación con mal rotación intestinal, el diagnóstico es un desafío clínico y radiológico. La edad promedio de presentación radica entre 8 a 51 años por lo que es imperativo diferenciar la apendicitis aguda del lado izquierdo asociada con mal rotación y/o situs inversus totalis. Más de 2/3 se deben a situs inversus totalis en lugar de mal rotación intestinal. Wang et Alabama (2) clasificó la malrotación intestinal en cuatro categorías: no rotación, malrotación, rotación inversa y hernia

paraduodenal. La clasificación de Stringer modificado por Jamienson establece 3 tipos con varios subtipos a su vez (3) (Tabla 1).

Clasificación de STRINGER modificado por JAMIENSON

Tabla 1: Clasificación de las anomalías de rotación del intestino medio.

Tipo	Defecto	Efecto clínico
Ia	No rotación	Vólvulo intestino medio
IIa	Falta rotación duodeno, rotación colon normal	Obstrucción duodenal por bandas
IIb	Rotación inversa de duodeno y colon	Obstrucción colon transversal por mesenterio duodenal
IIc	Rotación inversa duodeno, colon rota nl	Bolsa mesentérica derecha (obstrucción)
IIIa	Rotación normal duodeno colon no rota	Vólvulo intestino medio
IIIb	Fijación incompleta del angulo hepático colon	Obstrucción por bandas de Ladd
IIIc	Fijación incompleta ciego y su mesenterio	Vólvulo de ciego
IIId	Hernias internas	Hernia paraduodenal

Tomado de "Malrotación-vólvulo intestinal: hallazgos radiológicos", publicado por Elsevier España, SERAM. Dr. E. Ballesteros Gómiza, Dr. A. Torremadé Ayatsb y col. 2015; 57(1): 9-21.3



La paciente exhibió la tipo III c que hace referencia a la fijación incompleta del ciego con su mesenterio por la ubicación del apéndice en el lado izquierdo (3). Este tipo generalmente se descubre en la edad adulta debido a la falta de síntomas y es más comúnmente un hallazgo incidental en exámenes por imágenes o durante la cirugía descrito por Wang (4). Las imágenes corales de la tomografía proporcionan información útil sobre la anatomía intestinal.

En el presente caso, las imágenes corales revelaron la posición del intestino delgado en el lado derecho y una imagen sugestiva de apéndice dilatado adherido al ciego, que se localizaba por encima de la vejiga urinaria. Hay varios informes de la aplicación de imágenes de tomografía

para el diagnóstico de apendicitis en pacientes con malrotación intestinal según Sonomura (5); sin embargo, ninguno de estos estudios se centró en la utilidad de tomografía coronal para este propósito.

CONCLUSIONES

La presentación de apendicitis aguda izquierda puede manifestarse por la malrotación intestinal en la mayoría de los casos siendo estos asintomáticos hasta el desarrollo de complicaciones agudas y requieren imágenes para el diagnóstico, convirtiéndose en un reto terapéutico por lo difícil que resulta el diagnóstico de apendicitis aguda izquierda sin antecedentes personales o estudios posteriores que avalen esta patología no prevalente en preescolares y escolares, muchas veces llegando a establecerse el

diagnóstico definitivo con los hallazgos posquirúrgicos, por lo tanto es un gran desafío su diagnóstico y requiere de estudios de extensión si los hallazgos fueron durante el procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lupiañez-Merly C, Torres-Ayala SC, Morales L, González A, Lara-Del Rio JA, Ojeda- Boscana; Left Upper-Quadrant Appendicitis in a Patient with Congenital Intestinal Malrotation and Polysplenia I.Am J Case Rep.2018 16 de abril; 19: 447-452. doi: 10.12659 / ajcr.908276.
2. Israelit S, Brook OR, Nira BR, Guralnik L, Hershko D: Left-sided perforated acute appendicitis in an adult with midgut malrotation: the role of computed tomography. Emerg Radiol. 2019, 16:217-218. 10.1007/s10140-008-0746-x
3. Ballesteros G, Torremadé A y col: Malrotación-vólvulo intestinal: hallazgos radiológicos, Elsevier España, SERAM. 2015; 57(1): 9-21.3
4. Wang CA, Welch CE. Anomalies of intestinal rotation in adolescents and adults. Surgery 54: 839-855, 1963.
5. Sonomura T, Koyama T, Ishii S, Takeuchi T, Sanda H, Nakata K, Nakai M, Minamiguchi H, Kishi K, Sato M. Acute Appendicitis with Intestinal Malrotation: The Usefulness of Coronal Computed Tomography. Intern Med. 2014; 53 (14): 1511-3. doi: 10.2169 / internalmedicine.53.1755. Publicación electrónica del 15 de julio de 2014.
6. Benedetto G, Ferrer Puchol MD, Llavata Solaz A. Suspicion of acute appendicitis in adults. The value of ultrasound in our hospital. Radiologia (Engl Ed). 2019 Jan-Feb;61(1):51-59. doi:10.1016/j.rx.2018.08.007. Epub 2018 Oct 2.
7. Karaisli S, Orsel A, Celik SC, Kramer E, Peskersoy M. Diagnosis is right, but located in left : acute appendicitis. Karaisli S, Orsel A, Celik SC, Kramer E, Peskersoy M. Acta Gastroenterol Belg. 2018 Jan-Mar;81(1):113-114.
8. Zengin E, Turan A, Calapoğlu AS, Nalbant E, Altuntaş G. Intestinal nonrotation and left- sided perforated appendicitis. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2018 Mar;24(2):178-180. doi: 10.5505/tjtes.2017.58726.