
CASO INUSUAL DE UBICACIÓN ANATOMICA ATIPICA DE APENDICE VERMIFORME CON PROCESO DE APENDICITIS AGUDA, REPORTE DE UN CASO Y REVISION BIBLIOGRAFICA.

UNUSUAL CASE OF ATYPICAL ANATOMICAL LOCATION OF APPENDIX VERMIFORME WITH ACUTE APPENDICITIS PROCESS, REPORT OF A CASE AND BIBLIOGRAPHIC REVIEW.

¹Acosta Mayorga, Carlos Gonzalo. ²Pozo Mayorga, Fernando Patricio. ³Vásquez de la Bandera Gonzenbach, Paula Doménica. ⁴Martínez Gualpa, Luis Ricardo. ⁵Zabala Navas, Yelitza Desireé.

¹Docente de la UNIANDES Ambato y Médico Tratante del Hospital Atocha

²Docente de la Universidad Técnica de Ambato y Médico Tratante del Hospital Atocha

³Médicos Residentes del Hospital Atocha.

⁴Médicos Residentes del Hospital Atocha.

⁵Médica Andina.

Acosta Mayorga, Carlos Gonzalo. Pozo Mayorga, Fernando Patricio. Vásquez de la Bandera Gonzenbach, Paula Doménica. Martínez Gualpa, Luis Ricardo. Zabala Navas, Yelitza Desireé. **CASO INUSUAL DE UBICACIÓN ANATOMICA ATIPICA DE APENDICE VERMIFORME CON PROCESO DE APENDICITIS AGUDA, REPORTE DE UN CASO Y REVISION BIBLIOGRAFICA.** Rev UNIANDES Ciencias de la Salud 2022 may-ago; 5(2): 1071 – 1079.

RESUMEN

La apendicitis aguda es la patología que con más frecuencia requiere cirugía abdominal de urgencia, presenta manifestaciones clínicas que dependen de la posición anatómica del apéndice, por lo que se presenta caso clínico de paciente con apendicitis

aguda de ubicación ectópica donde los hallazgos intraoperatorios fueron en colon transversal. Paciente masculino de 33 años, con cuadro de dolor abdominal, al examen físico doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, que en la ecografía de abdomen muestra signos de apendicitis aguda, los

hallazgos ecográficos y clínicos hacen sospechar de apendicitis aguda clásica pero el hallazgo quirúrgico fue diferente, donde los hallazgos fueron de apéndice cecal de 15cm de longitud x 2 cm de diámetro ubicada en tercio externo derecho de colon transverso.

Palabras clave: apendicitis, apéndice cecal, colon transverso.

ABSTRACT

Acute appendicitis is the pathology that most frequently requires emergency abdominal surgery, it presents clinical manifestations that depend on the anatomical position of the appendix, so we present a clinical case of a patient with acute appendicitis of ectopic location where the intraoperative findings were in the transverse colon. A 33-year-old male patient with abdominal pain on physical examination, painful on palpation in the right iliac fossa, who on ultrasound of the abdomen showed signs of acute appendicitis, the ultrasound and clinical findings suggest classic acute appendicitis but the surgical finding was different, where the findings were a cecal appendix of 15cm in length x 2 cm in diameter located in the right outer third of the transverse colon.

Key words: appendicitis, cecal appendix, transverse colon.

INTRODUCCION

La posición y longitud del apéndice cecal en el ser humano no son constantes y los datos sobre sus variaciones son limitados (1). La inflamación del apéndice cecal corresponde a la causa más común de abdomen agudo quirúrgico. Las variantes anatómicas del apéndice cecal son entidades raras; aunque las anomalías de posición son las más frecuentes, también existen alteraciones en la ubicación (debido a mal rotación intestinal) y en el número (agenesia, duplicación, triplicación). (2) La causa de estas malformaciones no se encuentra bien establecida; sin embargo, entre las hipótesis propuestas, se consideran posibles anomalías en el desarrollo embriológico del intestino y la influencia de factores ambientales durante el desarrollo fetal temprano. (3,4)

La apendicitis aguda es el padecimiento que con más frecuencia requiere cirugía abdominal de urgencia; los síntomas atípicos sobrevienen en 44.6% de los pacientes, circunstancia que retrasa el diagnóstico. El cuadro atípico debería ser el grupo más importante del diagnóstico diferencial: edades extremas, tratamiento previo, apendicitis complicada, apendicitis crónica, localización atípica del

apéndice, tumor apendicular, diverticulitis apendicular y apendicitis del muñón apendicular. (5)

En los casos atípicos se ha demostrado su valor establecido cuando se combinan la realización de una buena historia clínica con un examen físico exhaustivo más el modelo predictivo de la escala de Alvarado, junto con la tomografía computada como herramienta complementaria (6). El diagnóstico de apendicitis aguda es predominantemente clínico y ningún síntoma, signo o hallazgo, por sí solo, es suficiente para establecer el diagnóstico o excluirlo (7). El propósito de esta revisión es atraer la atención del médico general y del cirujano hacia la diversidad de posibilidades clínicas que condicionan los cuadros clínicos atípicos de la apendicitis aguda, e insistir en el papel que los métodos de imagen como ayuda en el diagnóstico (8)

Este es el primer caso a nivel regional que se reporta, el cual demuestra la importancia de las variantes anatómicas que, aunque inusuales, pueden repercutir en la morbimortalidad del paciente (3).

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 33 años de edad, masculino, casado, nacido y residente en Ambato, de ocupación Mecánico. Con antecedente personales de Obesidad Mórbida y sin antecedentes familiares, ni alergias, ni antecedentes quirúrgicos; acude por presentar cuadro clínico de 36 horas de evolución de dolor abdominal de leve intensidad localizada en epigastrio y se irradia a mesogastrio y fosa iliaca derecha aumentando de intensidad a 8/10 en escala EVA, se acompaña de náusea que no llega al vómito y anorexia leve para lo cual se auto medica analgésicos no especificados sin mejoría del cuadro. Al examen físico T: 37,9°C, TA: 130/85, FC:110 lpm, FR: 22 rpm, Peso: 110 Kg, Talla: 170cm, IMC: 38,06. Paciente consciente, orientado, álgico, febril, con signos de deshidratación, taquipneico, taquicardico. Tórax: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos, corazón rítmico, no soplos; Abdomen globoso, tenso, ruidos hidroaereos disminuidos con dolor a la palpación en mesogastrio y fosa iliaca derecha, McBurney positivo, Blumberg positivo, Rovsing positivo, Dumphing positivo. En exámenes de laboratorio se reporta leucocitosis 18.000, Segmentados 80% (ver tabla 1).

Tabla 1 Resultados de exámenes de laboratorio

Biometría Hemática	Química sanguínea
Leucocitos 18000	Creatinina 1,3
Segmentados 80%	Urea 52
Hematocrito: 53%	
Hemoglobina: 16 gr /dl	
Velocidad Eritrosedimentacion 22	

Elaborado por: Autores

En la ecosonografía de abdomen se reporta signos de apendicitis aguda observando apéndice cecal aumentada de tamaño de paredes edematosas y engrosadas tiene 12.4 mm de diámetro por lo que se decide procedimiento quirúrgico. (ver Imagen)

**Ecografía:** Apendicitis aguda

Tabla 2 Escala de Alvarado

Síntomas	
Anorexia	SI
Nauseas / Vomito	SI
Dolor migratorio en fosa iliaca derecha	SI
Signos	
Sensibilidad en FID	SI
Dolor al rebote en FID	SI
Temperatura > 37.3	SI
Valores de laboratorio	
Leucocitos > 10.000 c/mm	SI
Formula leucocitaria desviada a la izquierda	SI
TOTAL	10

El valor total de score es para apendicitis muy probable.

Los hallazgos postquirúrgicos son: ciego de ubicación normal, móvil y sin patología aparente, no se identifica apéndice en la confluencia de las tenías, ubicación de apéndice cecal ectópica en colon transversal tercio externo derecho, de 15 cm de longitud

por 2 cm de diámetro necrosado en tercio distal y dirigido hacia fosa iliaca derecha, se coloca dren de Jackson en corredera parietocolica derecha, la cual se retira al tercer día con producción mínima.



Figura 1 Apendicectomía

Con una evolución favorable se da el alta hospitalaria con buena tolerancia oral y tránsito intestinal conservado.

DISCUSIÓN

La apendicitis aguda es la patología abdominal quirúrgica más común, su fisiopatología consiste en la inflamación del apéndice cecal causada por la obstrucción de luz y vasos sanguíneos

lo que ocasiona la sintomatología y cursa por diferentes etapas hasta progresar a la isquemia, necrosis y perforación (9).

En diferentes estudios se ha logrado determinar las diferentes posiciones anatómicas del apéndice, la más acogida por los autores es: pélvica, paracecal, subcecal, retrocecal, preileal y postileal (11). (Figura 2)

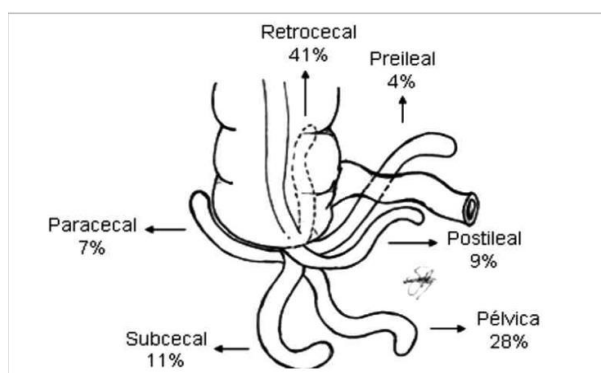


Figura 2. Posiciones de apéndice vermiforme con porcentajes del estudio (11).

Los síntomas y signos pueden ser variables debido a la posición anatómica del apéndice, en una apendicitis de localización pélvica se puede encontrar síntomas urinarios, mientras que en la apendicitis

retrocecal puede existir dolor lumbar, cojera y dolor a la extensión de la cadera debido a que en este caso se favorece la inflamación al musculo psoas mayor, en una apendicitis preileal se puede presentar sintomatología

similar a la gastroenteritis; se ha llegado a la conclusión que la localización oculta del apéndice puede generar estancias más prolongadas en el hospital debido a las complicaciones y avance de la enfermedad (10).

En la tabla 1 se puede visualizar los porcentajes de la localización del apéndice en diferentes poblaciones de estudios realizados en diferentes años donde se reportan en porcentajes la ubicación más frecuente en el estudio de Collins es la pélvica con 78.5 % mientras que en Wakeley es la retrocecal con el 65.28%; el resto de

estudios muestran una similitud con los estudios realizados por Wakeley, con el transcurso de los años en los estudios realizados recientemente muestran una diferencia menor respecto a la ubicación de la apéndice. Los cambios pueden estar relacionados con factores como el desarrollo embrionario, dieta, entre otros (9).

Tabla 1. Ubicación del apéndice en diferentes poblaciones de acuerdo a varios autores.

% Apéndice ubicación

Autor/año	País	Muestra	Retrocecal	Pélvica	Paracecal	Subcecal	Preilial	Ectópica
Collins, 1932	EEUU	4680	20,2	78,5	-	1,2	-	-
Wakeley, 1933	Gran Bretaña	10.000	65,28	31,01	-	2,26	1	0,05
Ojeifo, 1989	Nigeria	548	44,5	25	8,7	-	1,8	4,74
Picken, 1993	EEUU	93	34	-	11	4	-	-
Corzo, 2009	Colombia	100	41	28	7	11	4	-
Cilindro, 2015	Brasil	337	43,5	9,3	5,8	24,4	2,4	-

Elaborado por: Autores. Fuente: Artículos (9)

Las localizaciones menos frecuentes se consideran atípicas y en algunos estudios fueron descritas por autores como ocultas y son las que están más relacionadas con complicaciones, retraso en el diagnóstico e incluso retraso en el tratamiento, se prolonga la duración del procedimiento quirúrgico (12).

CONCLUSIONES

Por todo lo mencionado anteriormente es importante realizar un diagnóstico correcto y oportuno por medio de la historia clínica, en donde se debe prestar atención a la evolución del dolor y el examen físico, también llegar al diagnóstico apoyándose en las escalas como la de Alvarado sumado los exámenes de imagen como la ecasonografía y el examen recomendado en caso de duda diagnóstica es la tomografía computarizada para de esta manera poder realizar el tratamiento correspondiente y evitar las complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Motta-Ramírez G, Méndez-Colín E, Martínez-Utrera M, Bastida-Alquicira J, Flores-Aragón M, Garrido-Sánchez G, et al. Apendicitis atípica en adultos. *An Radiol México*. 2014;13:143–65.
2. Álvarez RD, Rodríguez AO, Echeverry LE. Caso inusual de duplicación apendicular complicado con apendicitis. *Rev Colomb Cirugía*. 2016;31(2):136–139.
3. Arevalo Caterin, Saenz Owen Katherine, Tabares Carlos, Bernal Felipe BB. Apendicitis aguda izquierda: presentación infrecuente de una enfermedad frecuente. Revisión de la literatura y reporte de un caso. *Rev Colomb Cirugía* [Internet]. 2015;30(2):146–150. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822015000200010&lang=pt
4. Villabona AN, Sorzano LI, Rodríguez HM, Espinosa LA, Villabona SA. Apendicitis aguda en paciente adulto con rotación intestinal anormal y defecto cardiovascular: presentación de caso y revisión temática Acute appendicitis in an adult patient with abnormal intestinal rotation and a cardiovascular defect: case presentati. 2018;(318):220–7.
5. Quiroz M, Aguilera L, Lillo M, Vasquez L. Apendicitis izquierda, síndrome de malrotación intestinal. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2017;69(3):194–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.11.005>
6. Vergara Dagobeth E, Ortiz MM, Andrés D, García V. PLASTRÓN

APENDICULAR SECUNDARIO A
APENDICITIS AGUDA DE
PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA:
UN REPORTE DE CASO Y REVISIÓN
DE LA LITERATURA. Appendicular
Plastron Secondary To Acute
Appendicitis With Atypical Clinical
Presentation: Case Report And
Literature Revi. REVISALUD Unisucre
[Internet]. 2013;1(2):2339–4072.

Available from:
<https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/viewFile/108/108>

7. Chick JFB, Chauhan NR, Mullen KM, Hanna JW, Bair RJ, Khurana B. Intestinal malrotation and acute left-sided appendicitis [Internet]. Vol. 44, Journal of Emergency Medicine. Elsevier Inc.; 2013. p. e333–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.11.053>

8. Odabasi M, Arslan C, Abuoglu H, Gunay E, Yildiz MK, Eris C, et al. An unusual presentation of perforated appendicitis in epigastric region. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2014;5(2):76–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2013.12.005>

9. Ensuncho Hoyos CR, Mercado Díaz MF, Miranda Fontalvo A. Apendicitis aguda postileal. Presentación de un caso y revisión de

la literatura. Arch Med (Manizales). 2017;17(1):185-91.

10. de Souza SC, da Costa SRMR, de Souza IGS. Vermiform appendix: positions and length – a study of 377 cases and literature review. J Coloproctology. 2015;35(04):212-6.

11. Corzo, E., Forero, P., Amaya, L., Bohorquez, D., Bohorquez, S., & Saavedra, M. Posición anatómica y longitud del apéndice vermiforme en una población de raza mestizada de la ciudad de Bucaramanga - Colombia. Medunab. 2013;12(3):1-5.

12. Drake FT, Mottey NE, Farrokhi ET, Florence MG, Johnson MG, Mock C, et al. Time to appendectomy and risk of perforation in acute appendicitis. JAMA Surg. 2014;149(8):837-44.