

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2068>

Apéndice subhepática de origen en ángulo hepático del colon con apendicitis complicada. Un caso infrecuente

Subhepatic appendix of origin in the hepatic flexure of the colon with complicated appendicitis. A rare case

José Vicente Fonseca Barragán

jofonsecab@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-9489-6185>
Ministerio de Salud Pública
Quito – Ecuador

Stewart Gudiño Justicia

cguudinojusticia@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-8394-5854>
Ministerio de Salud Pública
Quito – Ecuador

Gabriel Minda Mina

gminda2166@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-9574-2707>
Ministerio de Salud Pública
Quito – Ecuador

Alexander Rivera Sánchez

alexvanrive@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-6010-7412>
Ministerio de Salud Pública
Quito – Ecuador

Carlos Vera Lita

carlosveralt_95@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-3981-596X>
Ministerio de Salud Pública
Quito – Ecuador

Víctor Soliz Calle

viersc_13@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-4807-9908>
Ministerio de Salud Pública
Quito – Ecuador

Artículo recibido: 30 de abril del 2024. Aceptado para publicación: 16 de mayo de 2024.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

Dar a conocer una excepcional posición y origen del apéndice, además de presentar las variaciones anatómicas y las anomalías congénitas del apéndice vermiforme y su asociación con la apendicitis aguda. Es un reporte de caso de paciente masculino con abdomen agudo inflamatorio atendido en el Hospital General Docente De Calderón. Entre las anomalías del apéndice vermiforme reportadas en la literatura médica se encuentran la agenesia y la duplicidad, además de las variaciones anatómicas relacionadas con el posicionamiento. Siendo un caso extremadamente raro el origen a nivel del ángulo hepático del colon y de localización subhepática es necesario analizar las anomalías congénitas y las variaciones anatómicas del apéndice, para ayudar tanto en el diagnóstico clínico y la

intervención quirúrgica en pacientes con sospecha de apendicitis aguda. Y además tener en consideración que en esta posición puede tomar más tiempo su localización y remoción, cuando el procedimiento se realiza por laparoscopia.

Palabras clave: anomalías congénitas, variación anatómica, apendicitis, apendicetomía

Abstract

To present an exceptional position and origin of the appendix, in addition to presenting the anatomical variations and congenital anomalies of the vermiform appendix and its association with acute appendicitis. Is a Case report of a male patient with acute inflammatory abdomen treated at the General Teaching Hospital Calderón. Among the abnormalities of the vermiform appendix reported in the medical literature are agenesis and duplicity, in addition to anatomical variations related to positioning. Being an extremely rare case the origin at the level of the hepatic flexure of the colon and subhepatic location. It is necessary to analyze the congenital anomalies and the anatomical variations of the appendix, to help in both the clinical diagnosis and the surgical intervention in patients with suspected acute appendicitis. And also take into consideration that in this position it may take longer to locate and remove it, when the procedure is performed laparoscopically.

Keywords: congenital abnormalities, anatomical variation, appendicitis; appendectomy

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Cómo citar: Fonseca Barragán, J. V., Gudiño Justicia, S., Minda Mina, G., Rivera Sánchez, A., Vera Lita, C., & Soliz Calle, V. (2024). Apéndice subhepática de origen en ángulo hepático del colon con apendicitis complicada. Un caso infrecuente. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (3), 667 – 675. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2068>

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente reporte de caso es dar a conocer una excepcional posición y origen del apéndice, además de presentar las variaciones anatómicas y las anomalías congénitas del apéndice vermiforme y su asociación con la apendicitis aguda. Conociendo que el apéndice vermiforme se puede presentar con variaciones anatómicas y anomalías congénitas raras, dichas variaciones pueden estar asociadas con apendicitis aguda [a]. Las anomalías congénitas del apéndice son excepcionalmente infrecuentes. El apéndice al igual que íleon y colon ascendente derivan del intestino medio primitivo y aparece alrededor de la octava semana de gestación. En un principio se encuentra en el vértice del ciego, pero con el crecimiento posterior del ciego, su origen se desplaza hacia el lado medial. Dentro de las anomalías congénitas reportadas en la literatura médica se encuentran: Agenesia del apéndice (se refiere a la ausencia total o parcial, es un hallazgo raro descrito por Morgagni en 1719, tiene una incidencia de 1 por 100,000 laparotomías realizadas debido a la sospecha de apendicitis aguda o confusión en el diagnóstico, apéndice izquierdo, anomalías numéricas como la duplicación (0,004 %) se encuentra entre las anomalías congénitas más frecuentes reportadas, con 100 casos ya en todo el mundo, (Anomalías que representan la duplicación en la flexura hepática o en la flexura esplénica del colon que se encasilla en el sistema de clasificación de duplicación de Cueva y Wall bridge), casos únicos de algunos de estos, se han reportado de forma eventual.

Y es así que la localización única del apéndice en el ángulo derecho o hepático del colon, es excepcionalmente rara. Estas anomalías si están presentes, pueden ser la causa de síntomas clínicos confusos, para lo cual los expertos deben considerar estas posibilidades. Siendo la apendicitis aguda una de las causas más comunes de dolor abdominal bajo para asistir al departamento de urgencias; es el diagnóstico más común realizado en pacientes jóvenes ingresados en el hospital con abdomen agudo. Su incidencia ha disminuido constantemente desde finales de la década de 1940. El riesgo de apendicitis de por vida es del 8.6% para los hombres y del 6.7% para las mujeres, sin embargo, el riesgo de someterse a una apendicetomía es mucho menor para los hombres que para las mujeres (12 vs. 23%) y ocurre con mayor frecuencia entre las edades de 10 y 30, con una relación Hombre: Mujer de aproximadamente 1.4:1. En los países desarrollados, ocurre en una tasa de 5.7–50 pacientes por 100,000 habitantes por año, con un pico entre las edades de 10 y 30 años. Se reportan diferencias geográficas, con un riesgo del 9% en EE. UU, 8% en Europa y 2% en África. La tasa de perforación varía del 16% al 40%, con una mayor frecuencia en grupos de edad más jóvenes (40–57%) y en pacientes mayores de 50 años (55–70%).

El diagnóstico de las presentaciones infrecuentes requiere de una alta sospecha diagnóstica, estudios imagenológicos complementarios y un abordaje quirúrgico preferiblemente laparoscópico, que facilite la evaluación de toda la cavidad abdominal y permite un tratamiento definitivo. Se puede decir que el apéndice vermiforme es el único órgano del cuerpo humano que no tiene una anatomía fija debido a que está sujeto a cambios en su posición a medida que la parte proximal del intestino grueso se alarga y es así que se reportan: Retrocecal: se extiende hacia arriba detrás del ciego, y puede alcanzar la porción inicial del colon ascendente, Pélvica: se dirige hacia abajo, sobre el psoas mayor, Subcecal: se ubica debajo del ciego, descansa sobre la fosa ilíaca derecha, Pre-ileal: la porción distal del apéndice se encuentra en una posición anterior-superior al íleon terminal, Paracecal: Está situado lateralmente al ciego y al colon ascendente; Posiciones (ectópicas): el apéndice no encaja en ninguna de las posiciones descritas anteriormente (figura 2).

Presentación Del Caso

El paciente era un varón de 34 años, de instrucción primaria, sin antecedentes patológicos, familiares ni quirúrgicos de importancia. Se presentó al servicio de urgencias por presentar cuadro clínico de aproximadamente 30 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso de gran intensidad que se inició en mesogastrio y que a las 8 horas migró hacia cuadrante inferior derecho, el cual

progresivamente se generalizó a toda la cavidad abdominal, y que se acompaña de náuseas y vómitos de contenido alimenticio.

Al examen físico: ingreso con los siguientes signos vitales: Tensión arterial: 100/65 mmHg, Frecuencia cardiaca: 92 por minuto, Frecuencia respiratoria: 17 por minuto, Saturación de oxígeno: 92% aire ambiente temperatura: 37,3 °c. Orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15, Mucosa oral: secas, Tórax: simétrico; cardiorrespiratorio sin patologías. Abdomen: no evidencia de cicatrices, doloroso a la palpación superficial y profunda de forma generalizada, a predominio de hemiabdomen derecho; además evidencia de signos (Blumberg, Rovsing, Dumphy y Mussy positivos) ruidos hidroaéreos disminuidos a la auscultación.

Los análisis de laboratorio revelaron: Leucocitos: 12.18, neutrófilos: 89.1, Linfocitos: 5, Monocitos: 4.7, Basófilos: 4.2, Hemoglobina: 14.7, Hematocrito: 44.6 Plaquetas: 438. Urea: 23.22, Creatinina: 0.85. Con el cuadro clínico descrito, se consideró se trataba de un cuadro clínico de abdomen agudo inflamatorio de aparente origen apendicular, por lo que se decidió resolución quirúrgica mediante laparoscopia, mediante la utilización de 3 trócares: 1. Umbilical 10 mm, 2. Suprapúbico 5 mm, 3. En fosa iliaca izquierda 10 mm; encontrando los siguientes hallazgos trans quirúrgicos:

Presencia de líquido purulento en cavidad de aproximadamente 200 cc que ocasiona peritonitis generalizada de los cuatro cuadrantes abdominales.

Ciego de localización en fosa iliaca derecha sin presencia de apéndice.

Plastrón en cuadrante superior derecho conformado por epiplón, hígado, ángulo hepático del colon y apéndice de tamaño aproximado de 8x1.5 cm de longitud y diámetro, necrótica en toda su extensión, localizada a nivel subhepático, cuyo origen se localiza a nivel del ángulo hepático del colon (figura 3)

Base apendicular de mala calidad con perforación de aproximadamente 1.5 cm en su origen (figura 4).

Abundantes gleras fibrinopurulentas en hemiabdomen derecho a predominio de cuadrante superior.

Resto de órganos macroscópicamente normales

Con los hallazgos descritos, se procedió a liberación de los elementos que conforman el plastrón, se realiza disección e identificación de apéndice de localización a nivel subhepática, observándose de forma llamativa su origen a nivel del ángulo hepático del colon, por lo que se decidió la introducción de 2 trocares adicionales para mejor visualización del campo operatorio: 4. En epigastrio para trocar de 10 mm, 5. En flanco derecho para trocar de 5 mm. Se realizó sección del apéndice a nivel de su base y posterior rafia del ángulo hepático del colon con vicryl 2.0, lavado de cavidad abdominal con 16 litros de solución salina 0,9%, colocación de drenajes de Jackson Pratt: a nivel subhepático y a nivel pélvico, el cierre de las incisiones de la pared abdominal fue realizado, y el resto del procedimiento continuó sin complicaciones. Describiendo como diagnóstico postquirúrgico una apendicitis aguda complicada con peritonitis generalizada. El curso postoperatorio del paciente transcurrió sin incidentes. Se le manejó con antibioticoterapia base de Piperacilina/Tazobactam, permanece 7 días con adecuada evolución postquirúrgica, drenes con contenido seroso escaso por lo que se decidió retirarlos y se dio alta médica.

La patología reportó: Apéndice adherida a escaso meso, serosa verdosa marrón con áreas negruzcas, gleras fibrinopurulentas, al corte luz dilatada con áreas negruzcas, gleras fibrinopurulentas, al corte luz dilatada con material hemorrágico, mucosa negruzca. Microscopia: Apéndice cecal con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y polimorfonuclear en todas sus capas, que produce necrosis transparietal, meso con infiltrado inflamatorio mixto. [Figura 4(a) - 4(b)].

METODOLOGÍA

Reporte de caso de paciente masculino con abdomen agudo inflamatorio atendido en el Hospital General Docente De Calderón, se realizó la revisión de todo el expediente clínico del paciente para poder describir el caso en el presente reporte.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Entre las anomalías del apéndice vermiforme identificadas se encuentran la agenesia y la duplicidad, y las variaciones anatómicas se relacionan con la longitud y el posicionamiento. Es así que la duplicidad apendicular es considerada una de las anomalías más frecuente reportadas, seguida de la agenesia. La posición más frecuente es la retrocecal y pélvica en orden de frecuencia. Se han descrito casos muy raros de apéndices ectópicas ubicadas en el cuadrante superior izquierdo o en la región subhepática por lo que se procedió a reportar este caso de variación de posición del apéndice a nivel subhepática, y más aún debido a la identificación de origen único en el ángulo hepático de colon ya que son muy pocos los datos que se encuentran reportados. En diversos estudios se han revisado las variaciones en la posición y longitud del apéndice vermiforme, en distintas poblaciones mundiales. Los datos son escasos y existen muy pocas publicaciones al respecto y en los cuales se reporta además que la posición del ciego se ubicó en la fosa ilíaca derecha en la mayoría de los casos [e]. Por lo tanto, es necesario analizar las anomalías congénitas y las variaciones anatómicas del apéndice y el mesoapéndice para ayudar en el diagnóstico clínico y la intervención quirúrgica en pacientes con sospecha de apendicitis aguda u otras patologías asociadas, así como para ayudar en la capacitación de profesionales de la salud.

Figura 1

Clasificación de cueva y Wall bridge

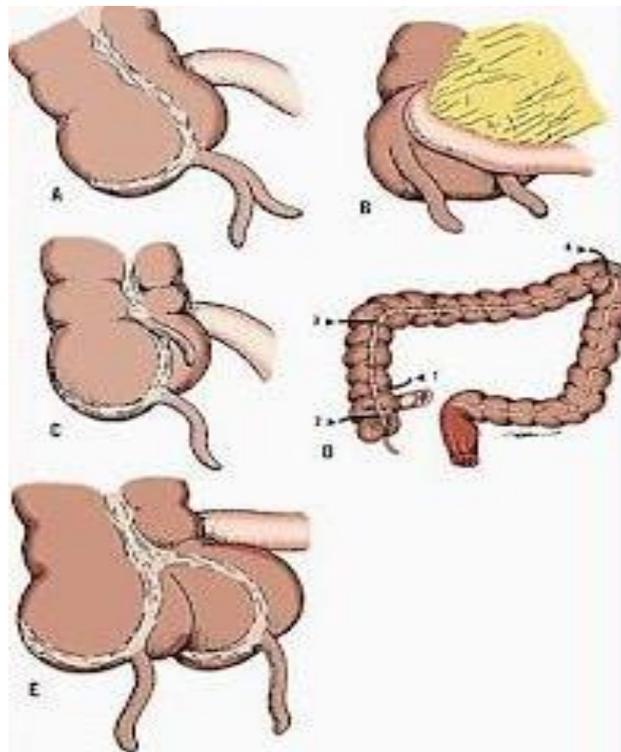


Figura 2

Posiciones del apéndice

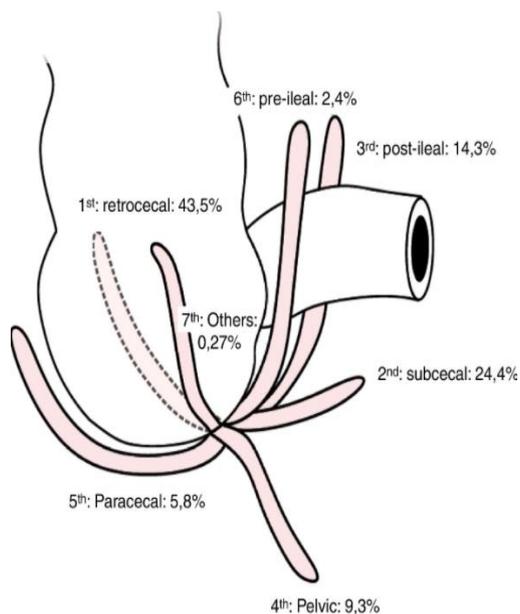


Figura 3

Apéndice de posición subhepática, por debajo del segmento hepático VI

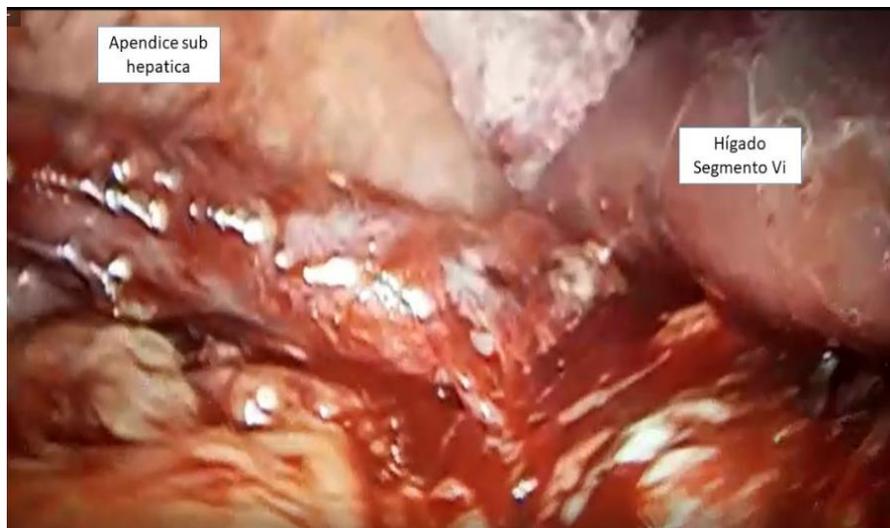


Figura 4

Base apendicular en ángulo hepático del colon, con perforación de aproximadamente 1.5 cm

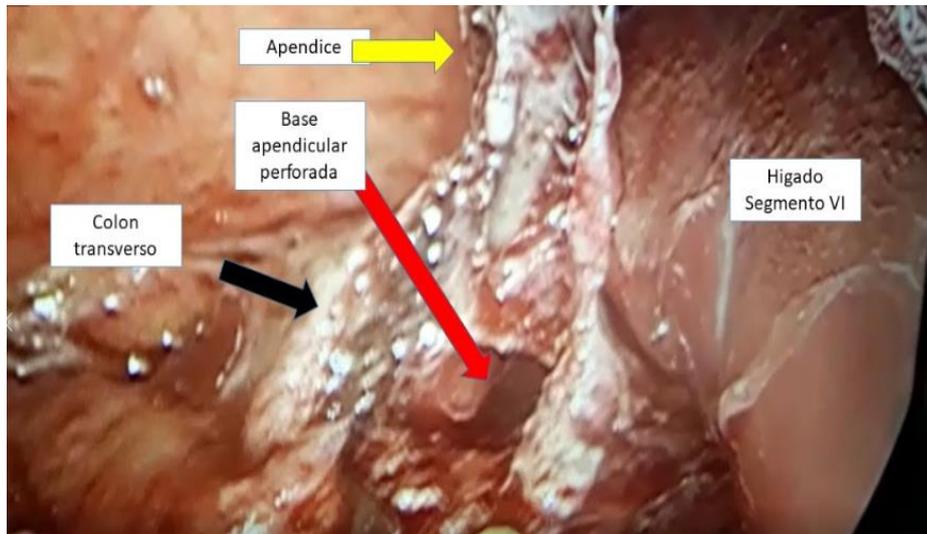
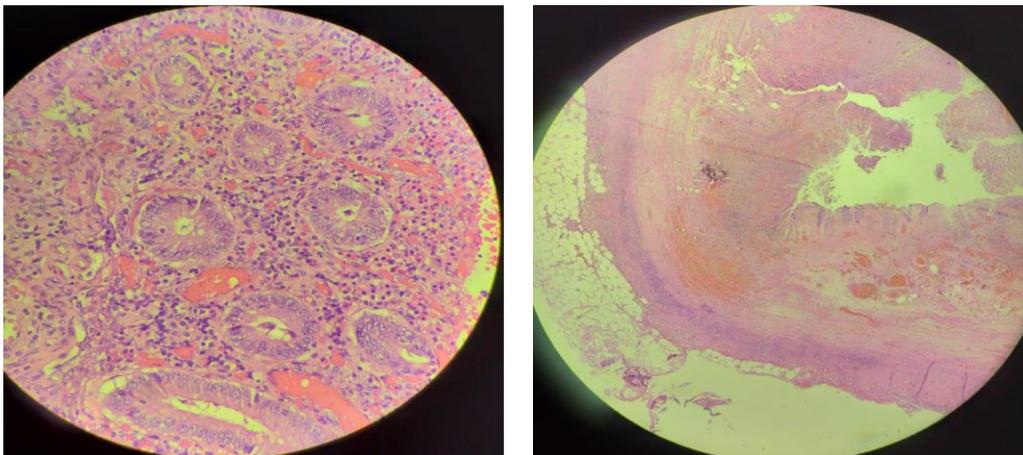


Figura 5

Infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y polimorfonuclear en todas sus capas, que produce necrosis transparietal, meso con infiltrado inflamatorio mixto



CONCLUSIONES

Este reporte de caso, buscó presentar una excepcional posición y origen del apéndice, debido a que el conocimiento sobre las variaciones anatómicas y las anomalías congénitas del apéndice vermiforme y sus asociaciones con la apendicitis aguda, contribuyen ayudar en el diagnóstico clínico y las intervenciones quirúrgicas en pacientes con sospecha de apendicitis aguda en casos especiales. Esto debido a que las variaciones de la posición anatómica pueden influir en los síntomas de la apendicitis y también dificultar su hallazgo durante la apendicectomía. Por lo tanto, es necesario analizar las anomalías congénitas y las variaciones anatómicas del apéndice y el mesoapéndice para ayudar en el diagnóstico clínico y la intervención quirúrgica en pacientes con sospecha de apendicitis aguda u otras patologías asociadas, así como para ayudar en la capacitación de profesionales de la salud. Y además

se debe tener en consideración que también en esta posición puede tomar más tiempo su localización y remoción, cuando el procedimiento se realiza por laparoscopia.

RECOMENDACIONES

Se recomienda tener conocimiento sobre las variaciones anatómicas atípicas y las anomalías congénitas del apéndice, debido a que pueden conducir a confusión en el diagnóstico y aumentar el riesgo de empeoramiento del cuadro clínico del paciente y además que permite decidir el mejor abordaje y tratamiento quirúrgico en el momento de su identificación.

REFERENCIAS

Ahmed, I.; Asgeirsson, K.; Beckinham, I. & Lobo, D. The position of the vermiform appendix at laparoscopy. *Surg. Radiol. Anat.*, 29:165-8, 2007.

Elciana de Paiva Lima Vieira, Larissa Milton Bonato, Gabriela Gonçalves Pereira da Silva, Jonás Lírio Gurgel, Congenital abnormalities and Anatomical variations of the vermiform appendix and mesoappendix, *Journal of Coloproctology*, (Rio j). 2019; 39(3):279–287.

Salomone Di Saverio, Mauro Podda, Belinda De Simone, Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem Guidelines, *World Journal of Emergency Surgery* (2020) 15:27

Sandro Cilindro de Souza, Sérgio Ricardo Matos Rodrigues da Costa, Iana Gonçalves Silva de Souza, Vermiform appendix: positions and length – a study of 377 cases and literature review, *Journal of Coloproctology* (Rio j). 2015; 35(4):212–216.

SC Souza, SRMR Costa, IGS Souza Apéndice vermiforme: posiciones y longitud: Un estudio de 377 casos y revisión de la literatura *J Coloproctol*, 35 (2015), pp. 212 – 216.

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .