

AGENESIA APENDICULAR

CASO CLÍNICO

RESUMEN

Carlos Gustavo Delgado Avila, Dr
Médico Tratante Servicio de Cirugía
General Hospital General Francisco
Orellana
ORCID: 0000-0001-8827-6893

Karen Julissa Manrique Veliz, MD
Médico Residente Servicio de Cirugía Ge-
neral Hospital General Francisco Orellana
ORCID: 0000-0001-5047-5993

Maria Isabel Apolo Cardenaz, MD
Médico Residente Servicio de Cirugía Ge-
neral Hospital General Francisco Orellana
ORCID:0000-0001-9030-796X

Jaime Raul Sotamba Quezada, MD, Mgtr.
Médico Residente Servicio de Cirugía
General Hospital General Francisco
Orellana
ORCID: 0000-0002-7646-5352

Año
2022

La agenesia del apéndice cecal es una de las patologías poco frecuentes misma que fue descrita por Morgagni en 1719. Con una ocurrencia del 0.001% del total de procedimientos quirúrgicos realizados bajo el supuesto de apendicitis aguda.

En este caso se habla de una paciente de sexo femenino, de 60 años de edad, que acudió al servicio de emergencias por presentar un cuadro de dolor abdominal inicialmente localizado en mesogastrio, que se irradia a fosa iliaca derecha, acompañado de náuseas sin llegar al vómito. Al examen físico evidencia un abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, con signos apendiculares positivos. Exámenes de laboratorio que reportaron Leucocitos 12 890 mil, Neutrófilos 78.6%. Examen ecográfico negativo.

Posterior a ello se formuló el diagnóstico de apendicitis aguda, por lo que se realizó abordaje quirúrgico tipo Rockey Davis, identificando una agenesia apendicular tipo III de Collins. Por su difícil diagnóstico prequirúrgico y la rareza de esta patología, no se recomienda dar por sentada su existencia hasta revisar la región ileocecal y retro cecal durante el transquirúrgico.

Palabras clave: Apéndice, apendicitis, reporte de caso, cirugía general.

ISSN: 2737-6486

APPENDICULAR AGENESIS

CLINICAL CASE

ABSTRACT

Carlos Gustavo Delgado Avila, Dr

Treating physician General Surgery
Service General Hospital Francisco
Orellana

ORCID: 0000-0001-8827-6893

Karen Julissa Manrique Veliz, MD

Treating physician General Surgery Service
General Hospital Francisco Orellana

ORCID: 0000-0001-5047-5993

María Isabel Apolo Cardenaz, MD

Treating physician General Surgery Service
General Hospital Francisco Orellana

ORCID:0000-0001-9030-796X

Jaime Raul Sotamba Quezada, MD, Mgtr.

Treating physician General Surgery Servi-
ce General Hospital Francisco Orellana

ORCID: 0000-0002-7646-5352

Year
2022

Agenesis of the cecal appendix is one of the less frequent pathologies, described by Morgagni in 1719, and it occurs in 0.001 % of all surgical procedures performed under the diagnosis of appendicitis.

This case is about an 60 old female patient, affected by an acute abdominal pain in the emergency department, pain was initially located in hypogastrium subsequently radiating to the right iliac fossa, nausea with absence of vomiting accompanied the medical condition. On physical examination during superficial and deep palpation, a soft, depressible, painful abdomen was evident, in addition of presenting appendicular points. Laboratory analysis reported leukocytosis of 12890, neutrofilia of 78.6% and a negative ultrasonographie.

Condition was classified as acute appendicitis, so it was surgically resolved through the rocky davis incision, identifying a Collins type III appendicular. Where finally appendix was not found due to a difficult pre-surgical diagnosis and a very rare condition, assertion is not recommended until inspection of the cecal and retrocecal region during surgery

Keywords: Appendix, appendicitis, case report, general surgery.

ISSN: 2737-6486

INTRODUCCIÓN

El desarrollo embrionario del apéndice cecal da inicio con la yema cecal, la misma que surge alrededor de la sexta semana como una diminuta expansión de forma cónica de la rama inferior del asa intestinal primaria, que es la luz final del intestino que regresa a la cavidad abdominal; en ese sentido, se aloja temporalmente en el extremo superior derecho, justo por debajo de uno de los lóbulos hepáticos. Desde ese punto, migra a la fosa ilíaca del costado mencionado en el párrafo anterior, ubicando el colon ascendente y el ángulo hepático de este a la derecha del abdomen.

Entonces, durante este recorrido, el extremo distal de la yema cecal forma un saco estrecho, el apéndice; y, dado que se forma durante el descenso del colon, su posición

final suele ser detrás del ciego o colon, lo cual se conoce como retrocecum y retrocolon, respectivamente. ⁽¹⁾

La agenesia apendicular es una anomalía en el desarrollo, cuyo resultado es la ausencia total del apéndice vermiforme. ⁽²⁾ Morgagni, en 1719, dio a conocer el primer caso de esta patología, la cual corresponde a una anomalía congénita muy rara, con ocurrencia de 0,001% de las laparotomías realizadas bajo la suposición de apendicitis aguda ^(3,4), las mismas que, exploratorias o completas, son el único camino para el diagnóstico correspondiente ^(5,6). En una investigación que involucró más de cincuenta mil casos de supuesta apendicitis, Collins identificó ocho malformaciones de este, siendo cuatro

casos de agenesia y cuatro duplicaciones parciales o totales⁽⁷⁾, motivo por el cual propuso una clasificación dirigida a agruparlas por sus condiciones, siendo la siguiente:

- Tipo I, ausencia completa del apéndice y el ciego.
- Tipo II, ciego rudimentario y ausencia del apéndice.
- Tipo III, ciego normal sin apéndice.
- Tipo IV, ciego normal y apéndice rudimentario.
- Tipo V, ciego gigante sin apéndice.

Siendo la más común la del numeral III⁽⁸⁾.

Además, se han informado otras anomalías como: triplicación, apéndice accesorio sin comunicación con el ciego, apéndice espiral, apéndice intramural y fístula

umbilicoapendicular, con escasa documentación relacionada, por lo que se las considera raras y de insignificante relevancia clínica; no obstante, en caso de presentarse, provocan confusión de síntomas, incluyendo el análisis diferencial.⁽⁹⁾ En ese sentido, el diagnóstico intraoperatorio del apéndice hipoplásico es complicado, pues su verificación solo puede lograrse mediante una búsqueda cuidadosa, así que los médicos cirujanos deben estar familiarizados con la intervención quirúrgica, tanto del ciego como del apéndice, pues es la apendicitis una de las indicaciones más comunes para realizar el procedimiento.

El diagnóstico de apendicitis no suele ser difícil; sin embargo, la atípica localización, así como otras anomalías anatómicas puede generar confusión.⁽¹⁰⁾

PRESENTACIÓN DE CASO

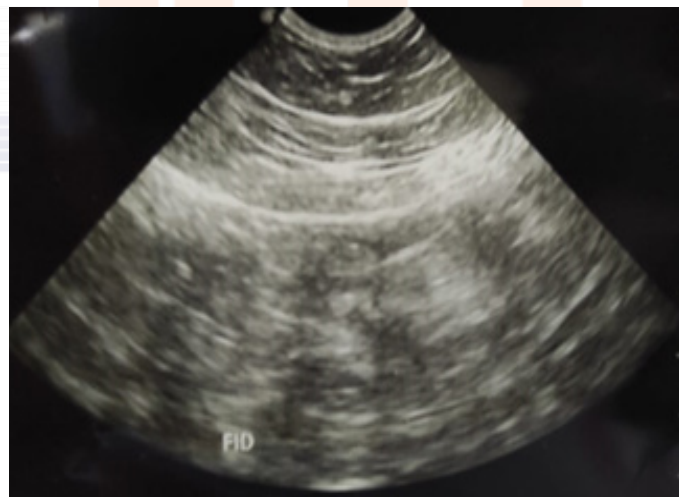
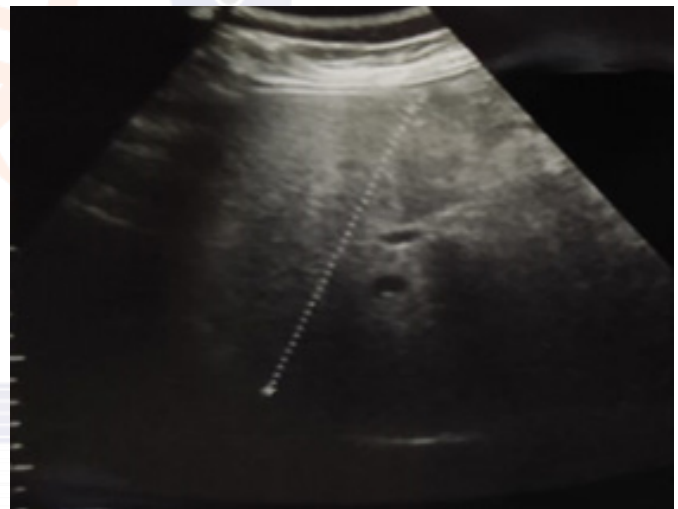
Paciente femenina de sesenta años de edad, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, refiere alergia a medios de contraste no especificados; en consecuencia, acude al servicio de emergencia, proveniente del primer nivel de atención, tras presentar un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal de, aproximadamente, cuarenta y ocho horas de evolución, localizado en el mesogastrio, irradiándose a la fosa ilíaca derecha en el cual se mantiene constante y con intensidad de 7/10 en la escala EVA. Además, presenta náusea que no llega al vómito y alza térmica no cuantificada en las últimas veinticuatro horas. Al examen físico, la tensión arterial es de 110/70mmHG, con frecuencia cardíaca de ciento doce latidos por minuto; y, respiratoria de veinte en el mismo lapso, con temperatura axilar de 38.5°C.

Luce consciente, orientada en las tres esferas, mucosas orales secas, expansibilidad conservada de tórax, corazón rítmico normofonético, sin ruidos sobreañadidos. De igual manera, pulmones ventilados, murmullo vesicular conservado, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profundo a nivel de fosa ilíaca derecha, con McBurney, Rovsing, Blumberg y Dunphy positivos, sumándose ruidos hidroaéreos.

En cuanto a laboratorio se refiere, los siguientes datos: Leucocitos: 12 890 mil, Neutrófilos 78.6%, Hemoglobina 13.9 mg/dl, Hematocrito 42.2%, Plaquetas 27 7000 103ul, Glucosa basal 162mg/dl, Urea 28.8 mg/dl, Creatinina 1.15mg/dl, TGO 22U/L, TGO 38U/L, Amilasa 7U/L, Lipasa 15U/L, Elemental y Microscópico de Orina no infeccioso.

Respecto a imagen, se realiza rastreo abdominal completo, el mismo que reporta hígado de forma habitual, bordes regulares, parénquima homogéneo, vesícula biliar sin patología, riñones en condiciones normales con bordes definidos,

relación cortico medular conservada, bazo con parénquima homogéneo, asas intestinales con peristaltismo conservado, apéndice no visible, vejiga parcialmente llena con paredes finas y ausencia de líquido libre en cavidad.



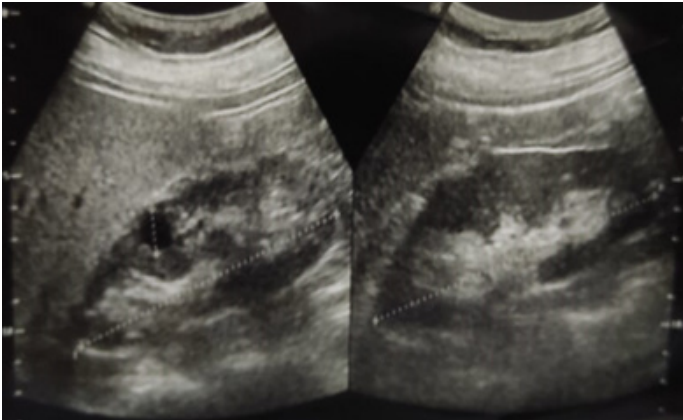


Imagen 1: ecografía abdominal. A Hígado, B Fosa iliaca derecha, C Riñón derecho e izquierdo.

La paciente presenta los datos clínicos y complementarios, sugestivos de un cuadro apendicular agudo, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente, realizando abordaje por incisión de Rockey Davis, de 3cm de diámetro inicial, encontrando ciego normal sin apéndice en la confluencia de las tres tenias, por lo que se realiza expansión de herida a 6cm obteniendo un mejor campo quirúrgico para la exploración, evidenciando líquido inflamatorio escaso, se revisa íleon terminal hasta dos metros de la válvula ileocecal sin encontrar patología alguna.



Imagen 2: Ciego terminal en ausencia de apéndice cecal.

Paciente es hospitalizada y manejada con analgesia y antibioticoterapia (Cefazolina 1gr intravenoso cada 6 horas), durante las primeras 24 horas posquirúrgicas, la paciente presenta mejoría clínica, tensión arterial 110/80mmHg, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 16 por minuto, temperatura 36,5°C, refiriendo dolor de leve intensidad a nivel de herida quirúrgica EVA 2/10.

Al Examen físico, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación a nivel de fosa iliaca derecha, ruidos hidroaéreos presentes. Se procede a solicitar Tomografía simple de abdomen y pelvis, debido al antecedente de alergia a los medios de contraste (No especificado), en la cual no se evidencia apéndice cecal.

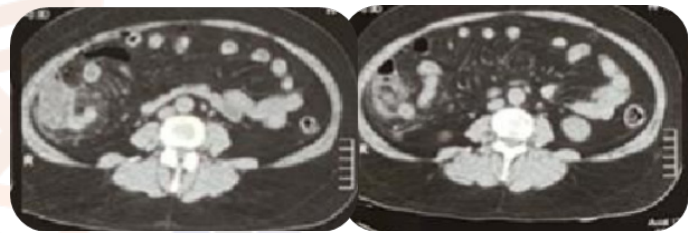


Imagen 3: Tomografía posterior al procedimiento quirúrgico, no evidencia apéndice cecal.

A las 48 horas postquirúrgicas, paciente con estabilidad hemodinámica, con buena tolerancia oral, tensión arterial 110/70mmHg, frecuencia cardiaca 84 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 16 por minuto, temperatura 36,5°C, refiere leve dolor a nivel de herida quirúrgica por lo que se procede a dar el alta médica con analgésicos orales y un diagnóstico de agenesia apendicular tipo III de Collins.

DISCUSIÓN

Una de las teorías que se postula a la causa de la ausencia del apéndice es secundaria a un accidente vascular intrauterino. ⁽⁴⁾ La detención del desarrollo puede ocurrir en cualquier etapa y dar lugar a la ausencia de ciego y apéndice (tipo 1), ciego cónico como sin apéndice (tipo 2), ciego simétrico longitudinal con bandas musculares longitudinales que convergen hacia su ápice, pero sin apéndice (tipo 3), o ciego asimétrico sin apéndice (tipo 4). ⁽¹¹⁾ El caso en discusión aquí es la variedad tipo 3 de ausencia congénita de apéndice. El detectar preoperatoriamente la agenesia apendicular es difícil e inexacto debido a la falta de síntomas específicos, marcadores séricos y hallazgos físicos. Las imágenes preoperatorias, como la tomografía computarizada abdominal, pueden considerarse y ser útiles en algunos pacientes. ^(12,4)

Se debe realizar una laparotomía exploratoria para un diagnóstico preciso de agenesia apendicular. Si un cirujano no detecta el apéndice, el primer paso debe ser seguir la taenia coli hasta la convergencia. Si esto no ayuda, el ciego y el colon ascendente deben movilizarse para explorar toda el área ileocecal y retro cecal. Si estas maniobras aún no pudieron identificar el apéndice, se debe palpar el ciego con cuidado para excluir invaginación o invaginación apendicular. ^(12,4,8)

Una de las mejores formas de atribuir una aparente agenesia apendicular es la incompetencia para localizarla. Esta entidad es una de las más raras que existe y hasta el momento se han reportado muy pocos casos. ⁽¹⁰⁾

La agenesia apendicular se ha considerado una de las patologías más infrecuentes y de difícil diagnóstico clínico y quirúrgico. Para lograr la determinación de esta patología es necesaria la exploración exhaustiva y meticulosa mediante cirugía convencional de las regiones ileocecal y retrocecal antes de declarar esta patología.

Sin embargo, no se recomienda la movilización excesiva del colon derecho dado que podría presentarse lesiones en otras estructuras, en especial las del aparato urológico. Es de vital importancia el recordar que ante la presencia de signos y síntomas clásicos de apendicitis aguda, se puede encontrar agenesia apendicular.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El paciente tratado en este artículo consintió la utilización de su archivo para fines educativos e investigativos.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no declaran conflicto de interés en la elaboración de la presente publicación.

CORRESPONDENCIA

carlosgus1982.cd@gmail.com
editor@revistafecim.org

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sadler TW. Langman Embriología Médica Ed.14º. 14th ed.: WOLTERS KLUWER; 2019.
- Yohannes B, Abebe K. Appendiceal Agenesis: A Very Rare Intraoperative Diagnosis – A Case Report. International Medical Case Reports Journal. 2021 ABRIL 09; 2021(14): p. 233–236.
- Nissler V, Fleischmann J, Hümmer H, Knorr C. Agenesis of the vermiform appendix. J Pediatr Surg. 2012; 47(6): p. 1302–1303.
- Tripathy B. Congenital absence of appendix: a Surgeon's dilemma during surgery for acute appendicitis. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2016; 21(4): p. 199.
- Martínez D, Sánchez A, Rivera F, Romano R, Torreblanca C. Appendicular agenesia. Acta Médica Grupo Ángeles. 2010; 8(3): p. 167-171.
- Maitra T, Roy S, Mondal S, Mahjabin S. Absent appendix. Bangladesh Crit Care J. 2013; 1(2): p. 109–110.
- Collins D. A study of 50,000 specimens of the human vermiform appendix. Surg Gynecol Obstet. 1974 Octubre; 101(4): p. 437-45.
- Donald C, Collins M. Agenesis of the vermiform appendix. The American Journal of Surgery. 1951 DICIEMBRE; 82(6): p. 689-696.
- Schumpelick V, Dreuw B, Ophoff K, Prescher A. Appendix and cecum embryology, anatomy and surgical applications. The Surgical Clinics of North America. 2000 FEBRERO; 80(1): p. 295-318.
- Greenberg S, Evers A, MacKay S. Congenital absence of the vermiform appendix. ANZ Journal of Surgery. 2003; 73(3): p. 166-167.
- Gladstone RJ. Congenital Absence of the Appendix of the Cæcum. J Anat Physiol. 1915 Jul; 49(4): p. 414–417.
- Gok M, Sozuer E, Topal U, Akyuz M, Bozkurt GK, Ham. A rare developmental anomaly associated with right colon cancer: appendix vermiformis agenesia. Annali Italiani di Chirurgia. 2020 febrero 10; 9.