

2018 10(1):35-38pp.

Publicado en línea 01 de noviembre, 2018;
www.revistamedicamd.com

Agenesia apendicular

Rodríguez-García Francisco Antonio, Guerrero-Ramos Fernando

Autor para correspondencia

Dr. Francisco Antonio Rodríguez García. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Tecoman, Colima, MX.

Felipe Sevilla de río #599-6, Colonia jardines vista hermosa, Colima, Colima
Celular: 3339021161

Contacto al correo electrónico: pako.rodrig@hotmail.com

Palabras clave: agenesia apendicular, apendicitis aguda, clasificación Collins, laparotomía

Keywords: agenesis, appendicitis, cecal appendix, Collins classification, laparotomy

REVISTA MÉDICA MD, Año 10, número 1, agosto - octubre 2018, es una publicación trimestral editada por Roberto Miranda De La Torre, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. www.revistamedicamd.com, md.revistamedica@gmail.com. Editor responsable: Javier Soto Vargas. Reservas de Derecho al Uso Exclusivo No. 04-2013-091114361800-203. ISSN: 2007-2953. Licitud de Título y Licitud de Contenido: en Trámite. Responsable de la última actualización de este número: Comité Editorial de la Revista Médica MD, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. Fecha de última modificación 31 de octubre de 2018.





Agenesia apendicular

Rodríguez-García FA, Guerrero-Ramos F

Resumen

La agenesia del apéndice cecal es muy rara, descrita por primera vez por Morgagni en 1718. Se estima una incidencia de 1:100,000 laparotomías realizadas por sospecha de apendicitis. Reportamos el caso de un masculino de 12 años con dolor abdominal de 24 horas de evolución y con sospecha clínica de apendicitis aguda, intervenido quirúrgicamente encontrando agenesia apendicular tipo III de la clasificación de Collins.

La ausencia congénita del apéndice cecal es un diagnóstico difícil de realizar preoperatoriamente, la mayoría de los pacientes debutan con datos clínicos de abdomen agudo. Se debe realizar una revisión exhaustiva del apéndice en estos pacientes y una vez realizado el diagnóstico transoperatorio, se debe corroborar a través de estudios contrastados en el seguimiento de estos pacientes.

Palabras clave: *agenesia apendicular, apendicitis aguda, clasificación Collins, laparotomía*

Appendicular agenesis

Abstract

Agenesis of the veriform appendix is very rare condition, and was first described by Morgagni in 1718. Appendicular agenesis has a reported incidence of 1 in 100.000 laparotomies performed with suspicion of appendicitis.

We present a case of a 12-year-old male patient with abdominal pain for the past 24 hours and clinical was clinically diagnosed with acute appendicitis. He underwent surgery and was diagnosed with type III appendicular agenesis, according to the Collins classification. We describe the case, clinical manifestations, surgery findings and patient follow-up.

Congenital absence of veriform appendix is difficult to diagnose before surgery and most of the patients develop acute abdomen data as initial presentation. An exhaustive appendicular examination must be performed in these patients. Once trans-surgical is done, contrasted imaging studies must be performed during patient follow-up.

Key words: *appendicular agenesis, acute appendicitis, Collins classification, laparotomy.*

Servicio de Cirugía General, Hospital General de Tecomán, Colima, MX.

Autor para correspondencia

Dr. Francisco Antonio Rodríguez García.
Servicio de Cirugía General, Hospital General de Tecomán, Colima, MX.
Felipe Sevilla de río #599-6, Colonia jardines vista hermosa, Colima, Colima
Celular: 333902161
Contacto al correo electrónico:
pako.rodrig@hotmail.com

Introducción

El desarrollo embriológico del apéndice cecal comienza con la yema cecal, la cual aparece hacia la sexta semana en forma de una pequeña dilatación cónica de la rama caudal del asa intestinal primaria, es la última parte del intestino que regresa a la cavidad abdominal. Temporalmente, se sitúa en el cuadrante superior derecho, justo debajo del lóbulo hepático derecho. Desde aquí, desciende a la fosa ilíaca derecha, situando el colon ascendente y el ángulo hepático del colon en el lado derecho de la cavidad abdominal. Durante este proceso, el extremo distal de la yema cecal forma un divertículo estrecho, el apéndice. Como se desarrolla durante el descenso del colon, a menudo, su posición final queda detrás del ciego o el colon. Estas posiciones del apéndice reciben el nombre de retrocecal y retrocólica respectivamente.¹

La agenesia apéndicular fue descrita por Morgagni en 1718 y ha sido reportada desde entonces en casos aislados de la literatura médica. El diagnóstico suele ser incidental y comúnmente ocurre cuando un paciente con dolor abdominal agudo, sin antecedentes de cirugía previa, es explorado quirúrgicamente y no se encuentra el apéndice cecal. Collins la clasificó en 4 tipos: 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.²

Con una incidencia aproximada de una por cada 100,000 laparotomías por apendicitis aguda; se conoce de la existencia de hasta un 20% de margen de error de no concluir en apendicitis en un paciente con diagnóstico prequirúrgico de apendicitis aguda, con múltiples opciones de diagnósticos diferenciales. En este trabajo se presenta un caso con un cuadro típico de apendicitis aguda, los hallazgos quirúrgicos así como la conducta terapéutica.³

Presentación del caso

Se trata de paciente masculino de 12 años sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, el cual acude traído por sus padres por presentar dolor abdominal en fosa iliaca derecha de 24 hrs de evolución tipo cólico, localizado inicialmente en epigastrio, posteriormente migra a fosa iliaca derecha donde se mantiene constante de intensidad 8/10 en escala Evans, acompañado de náusea, vómito gastroalimentario, anorexia, además de fiebre cuantificada superior a 38 grados centígrados posterior a inicio de dolor,

evacuaciones ausentes de 48 horas, no cuadro de infección de vías respiratorias ni urinarias en última semana; refiere cuadros similares de dolor abdominal (solo dolor) en tres ocasiones de menor intensidad remitiendo con analgésicos y en algunas ocasiones espontáneo.

A la exploración física los signos vitales con tensión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca con 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, temperatura de 38.4 °C. Palidez leve de piel y tegumentos; mala hidratación; cabeza y cuello sin alteraciones, tórax sin alteraciones; abdomen plano, se auscultó peristaltismo disminuido, a la palpación media y profunda doloroso en fosa iliaca derecha, palpándose además plastrón de fosa iliaca derecha hasta línea media, signos Mc Burney, Rovsing, psoas y obturador presentes, con datos fracos de irritación peritoneal.

Laboratorialmente presentó leucocitos de 12.4 miles/mcl, Hb de 12.8 g/dl, plaquetas de 198 miles/mcl, neutrófilos: 77.7%. Examen general de orina normal. Las radiografías de abdomen pie y decúbito supino mostraron asa fija en fosa iliaca derecha, coproestasia de predominio en colon ascendente.

Se concluyó que el paciente contó con datos clínicos y laboratoriales de probable apendicitis aguda con puntaje en escala de Alvarado de 10 puntos, y se intervino quirúrgicamente para realizar apendicetomía esperando encontrar apendicitis aguda no complicada.

Cirugía

En el procedimiento quirúrgico se realizó una incisión Rocky Davis de 3 cm, encontrando ciego con ausencia apéndicular (Figura 1), se decidió ampliar la herida quirúrgica a 6 cm para mayor visualización, localizando nuevamente unión de tenias sin evidenciar apéndice, se disecó fascia de Toldt en busca de apéndice cecal de misma manera sin evidenciarla, se realiza revisión en 5 ocasiones de ciego sin localizarla (figura 2); se continuó revisión de íleon 100 cm encontrándolo normal, la revisión de colon ascendente fue normal, visualizamos epiplón el cual se encontró normal; se localizan adenopatías múltiples en meso íleon hasta yeyuno el mayor conglomerado hasta 20 cm proximal de válvula ileocecal (figura 3); sin más hallazgos transquirúrgicos.

El paciente fue hospitalizado y manejado con analgésicos, antibiótico (ceftriaxona 500 mg), líquidos intravenosos además de ayuno; se inició dieta a las 24 horas posterior a cirugía una vez re establecido transito intestinal, se decidió su egreso 30 horas posterior a evento quirúrgico por mejoría,



Figura 1, ausencia de apéndice



Figura 2, visualización ciego, válvula ileocecal e íleon



Figura 3, adenopatías en íleon



Figura 4, colitis por estenosis en el ciego

evacuando, tolerando dieta normal y afebril.

A la semana postquirúrgica se reportó colon por enema corroborando ausencia de apéndice cecal. (**figura 4**) Y en el seguimiento ambulatorio al mes posterior a cirugía con buena evolución, ya realizando una vida normal.

Discusión

Se trata de paciente masculino de 12 años con cuadro apendicular franco con una escala de Alvarado en 10 puntos, indicativo para realizar apendicetomía. El paciente fue sometido a cirugía sin encontrar apendicitis, mas, sin encontrarnos con su apéndice cecal; cabe mencionar que este menor cursó con un cuadro clínico de apendicitis sin evidencia en el interrogatorio, exploración física y estudios de gabinete de alguna otra patología que pudiese dar este cuadro de dolor agudo en este paciente; la frecuencia de apendicitis es alta y con ello la mortalidad por lo que es indicativo de someter a cirugía un paciente con estas características, claro está que la incidencia de agenesia apendicular es mínima por lo que estamos obligados a revisar exhaustivamente el ciego

del paciente en busca de su apéndice cecal no en busca de su ausencia y al evidenciar esta ausencia buscar otra causa del dolor abdominal como son la infinidad de diagnósticos diferenciales tanto quirúrgicos como no quirúrgicos, por ello hoy en día a pesar de los avances radiológicos el diagnóstico certero de apendicitis es un reto para el cirujano y por el ende el alto índice de errores al intervenir a un paciente con cuadros “típicos” de apendicitis.

Conclusiones

La agenesia apendicular es un diagnóstico difícil de realizar preoperatoriamente en ocasiones por la premura del cuadro urgente de abdomen agudo y otras por falta de recursos en nuestro medio, por lo que se opta de primera instancia la intervención quirúrgica, los reportes encontrados anteriormente coinciden en realizar una revisión amplia de la cavidad abdominal en busca de otras patologías así como la exploración completa del ciego y colon ascendente posterior a la intervención quirúrgica corroborar ausencia con estudios de imagen.

Referencias bibliográficas

1. Langman Embriología médica 12va edición; capítulo 15, aparato digestivo; editorial T.W.Sadler, Ph.D. 222-231
- 2, Collins DC. A study of 50,000 specimens of the human vermiform appendix. Am J Surg 1974;127:704-707.
- 3, Collins DC. Agenesis of the vermiform appendix. Am J Surg 1951;82:689-696.