

Caso clínico

Apéndice gigante, reporte de caso

Reyes-Hernández K.L. (1) Reyes-Martínez H.A. (2) de la Osa-Busto M. (3) Reyes-Gómez U. (2) Reyes-Hernández M. U. (2), López-Cruz G. (2) Luévanos-Velázquez A. (4) Perea-Martínez A. (5) Reyes-Hernández D. (2)

(1) Residente de Pediatría, Centro Médico la Raza, México. (2) Departamento de Investigación, Servicio de Pediatría y Cirugía; Clínica Diana de Especialidades, Oaxaca. (3). Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Regional No. 1 "Ignacio García Téllez" del Instituto Mexicano del Seguro Social, Mérida, Yucatán, Universidad Autónoma de Yucatán. (4) Servicio de Infectología Pediátrica, Antiguo Hospital Civil, Guadalajara, Jalisco, México. (5) Servicio de Adolescentes Instituto Nacional de Pediatría, México.

Resumen

Adolescente femenino de 14 años quien cursa con cuadro clásico de apendicitis aguda de menos de 24 horas de evolución. El hallazgo interesante motivo de este reporte fue el tamaño inusual del apéndice vermiforme, localizado en posición retrocecal, enrollado en su tercio distal sobre el medio, el cual medía 20 cm. De acuerdo a lo reportado en la literatura rebasaba con mucho el tamaño promedio, que es de 9 a 12 cm. El reporte histopatológico mostró infiltrado linfocitario de las fibras de la capa muscular, y de la lámina propia, confirmando el proceso inflamatorio apendicular. El presente caso es inusual, con manifestaciones clínicas habituales.

Palabras clave: Adolescente, apéndice gigante, variante anatómica.

Summary

A female teenager of 14 years, who attended with classic picture of acute appendicitis of less than 24 hours of evolution. The interesting finding in this report was the unusual size of the vermiform appendix which measured 20 cm; located in retrocecal position, funky in its distal third on the environment. According to reports in the literature, it exceeded the average size 9 to 12 cm. The histopathological report showed lymphocytic infiltration of the fibers of the muscle layer, and the lamina propria, confirming the appendiceal inflammation. This corresponds to an unusual case, with usual clinical manifestations.

Key words: Teenager, giant appendix, anatomical variant

Introducción

El apéndice fue descrito formalmente en 1524 por da Capri, y en 1543 por Vesalius.¹ Su origen se encuentra en

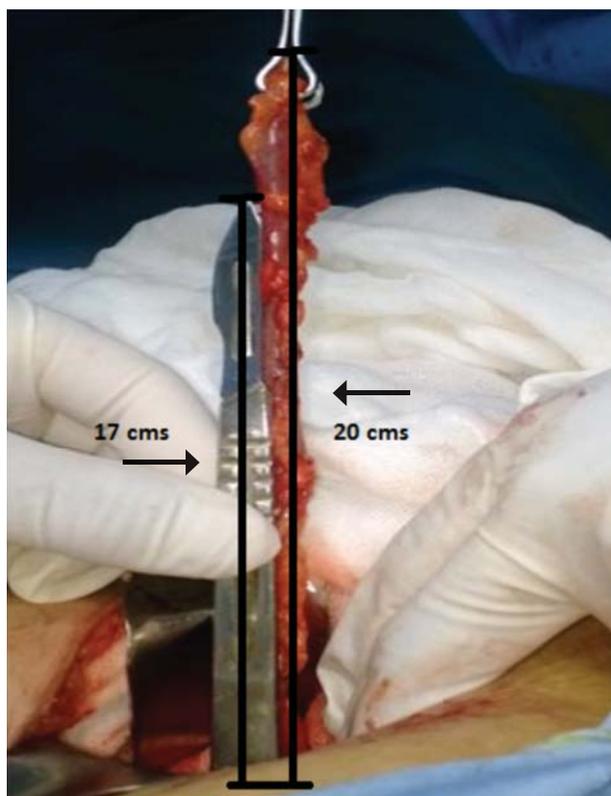
el lado posteromedial del ciego, aproximadamente a 1.7 cm del extremo del íleon, del cual se han descrito cinco localizaciones. En cuanto a sus dimensiones, han sido descritas por múltiples autores longitudes entre 7 a 12 cms, con una media 9 cms, diámetro externo entre 3 a 8 mm, y su luz de 1 a 3 mm.²⁻⁴ Se reporta el caso de paciente femenino de 14 años de edad, con variante anatómica en su longitud.

Caso clínico

Femenino de 14 años de edad quien se ingresa al servicio de urgencias de Pediatría por referir inicio aproximado de 6 horas previas con dolor abdominal en mesogastrio el cual migra a fosa iliaca derecha, acompañado de anorexia, náusea sin vómito y mal estado general. A la exploración física: tensión arterial de 110/70 mmhg, frecuencia cardíaca de 106 por minuto, frecuencia respiratoria de 24 por minuto, temperatura 37.8 °C, peso de 54 kgs (p60) talla 1.58 cms (p30), consciente, orientada, cooperadora, y con facies de dolor. Abdomen con hipersensibilidad a la palpación superficial; signos de Mc Burney, Von Blumberg y Psoas presentes; rebote positivo en hemiabdomen inferior. La citometría hemática reportó: 12,300 leucocitos por mm³ con desviación a la izquierda de neutrófilos en 85%, y bandemia de 9%. Se decide su intervención quirúrgica, realizando apendicectomía con abordaje Tipo Mc Burney. Se observó escaso líquido de reacción peritoneal, apéndice largo, en posición retrocecal, su tercio distal enrollado sobre tercio medio, con longitud de 20 cms, edema e hiperemia de su pared. (Imagen I, II y Fig. 1) La evolución posquirúrgica fue satisfactoria, toleró la vía oral y fue egresada a las 48 hrs. El estudio histopatológico reportó: Capa muscular

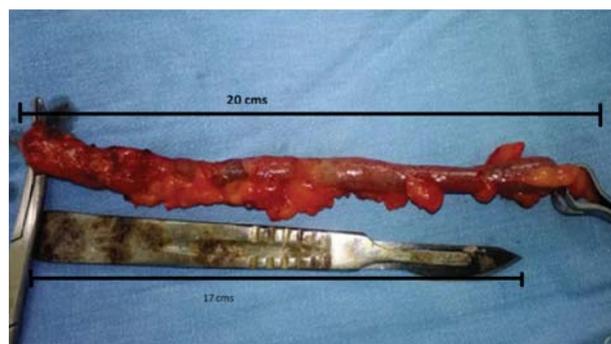
longitudinal externa, infiltrada por células inflamatorias agudas difusas en las fibras, lámina propia infiltrada por linfocitos. Se concluyó como: Apendicitis aguda no supurativa.

Imagen I.



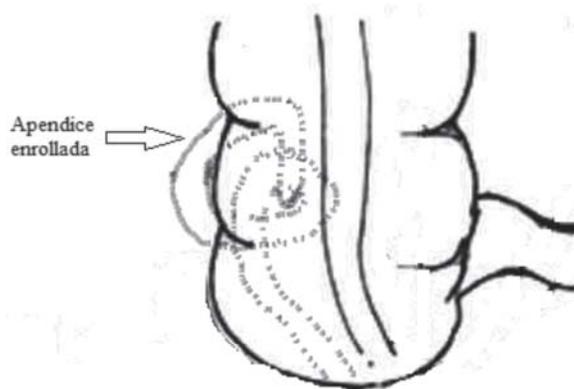
Apéndice vermiforme con hiperemia y edema, extendido desde la base hasta su punta, longitud 20 cms.

Imagen II.



Se muestra variante de longitud apendicular inusual, comparado con escalpelo que mide 17 cms.

Figura 1.



Apéndice en posición retrocecal, tercio Distal, enrollado sobre su tercio medio.

Discusión

La apendicitis aguda se acepta como la causa más frecuente de dolor abdominal agudo en los servicios de urgencias, con una incidencia de 11 casos por 10,000 habitantes, siendo un poco más frecuente en varones, con proporción de 1.4:1, esperando un riesgo de apendicitis de 8.6% en el lapso de vida de los varones y del 6.7% en mujeres.¹⁻⁶ 70% de los pacientes con apendicitis aguda tienen menos de 30 años, por lo que la edad joven es un factor de riesgo. La incidencia más alta se encuentra en el grupo de 10 a 14 años de edad,⁷ como en el presente reporte, donde la edad de la paciente fue de 14 años. Después de los 65 años de edad el riesgo de apendicitis perforada es mayor, hasta en un 50% más de las veces.⁸ Fisiopatológicamente, la obstrucción de la luz apendicular se acepta ampliamente como la causa primaria de la apendicitis,⁹ esta puede presentarse a cualquier edad, con cierto predominio en adolescentes y adultos jóvenes.

Se han descrito variantes de la longitud apendicular, el caso reportado muestra lo inusual de la longitud apendicular, sin modificaciones en el cuadro clínico habitual de apendicitis aguda. Así mismo resaltamos que no se observó modificación en el tiempo de evolución y/o complicaciones con el apéndice más larga que el promedio. Hemos de mencionar que al revisar la literatura, encontramos trabajos en los que se reporta que la longitud del apéndice es mayor en mujeres que en hombres,^{10,11} en Ecuador se describe que el tamaño llega a ser mayor con la edad,¹² sí existe relación entre la posición de la punta apendicular con el sitio de máximo dolor abdominal, sin hacer mayor mención sobre la modificación de

este con la longitud, salvo lo comentado por Morishita quien encontró que en apéndices en posición pélvica y dependiendo de su longitud, el dolor puede proyectarse en fosa iliaca izquierda.¹³ Llama la atención que las posiciones retrocecales o pélvicas tienden con mayor frecuencia a diagnósticos erróneos, lo que prolonga el tiempo de evolución y como consecuencia mayor probabilidad de perforación apendicular. Al parecer no hay variantes histopatológicas entre las diferentes longitudes apendiculares. En este caso, la longitud de 20 cm no influyó en una sintomatología inusual en virtud probablemente de haberse encontrado enrollado sobre sí

mismo en situación retrocecal, por tanto lo interesante del presente reporte es el hallazgo de ser un apéndice de tamaño mayor a lo habitual, sin repercusiones clínicas atípicas. Es bien sabido, que los hallazgos inusuales en ocasiones conducen a un reto diagnóstico y consecuencias poco descritas, por tal motivo hemos reportado este caso y de acuerdo con lo antes publicado, la longitud no influye sobre la evolución clínica de la apendicitis, más bien la posición de su punta. Así mismo, cabe mencionar que nuestro grupo publicó un trabajo previo de un escolar con apendicitis traumática por bullying lo que constituye una situación igualmente raramente descrita.¹⁴

Referencias bibliográficas

- Zinner JM, Ashley WS: *Operaciones abdominales* 11 ed., México, McGraw-Hill Interamericana, 2008.
- Corzo EG, Forero PL, Amaya L, Bohorquez D, Bohorquez S, Saavedra M. *Posición anatómica y longitud del apéndice vermiforme en una población de raza mestiza de la ciudad de Bucaramanga - Colombia*. Rev. Med UNAB 2009; 12(3): 1-5
- Verdugo R, Olave E. *Características anatómicas y biométricas del Apéndice vermiforme en niños chilenos operados por apendicitis aguda*. Int. J. Morphol. 2010; 28(2): 615-22
- Ahmed I, Asgeirsson KS, Beckinham IJ, Lobo DN. *The position of the vermiform appendix at laparoscopy*. Surg. Radiol. Anat. 2007; 29:165-8
- Cárdenas GH. *Etiología de la apendicitis aguda. ¿Es la posición anatómica un factor predisponente?*. Rev. Col. Cirugía 1992; 7: 34-7
- Castro J, Rojano ME, Ruiz JA, Ochoa AR. *Abdomen agudo secundario a divertículo de Meckel y apendicitis complicados*. Presentado en XXXII Congreso Internacional de Cirugía General. Veracruz 2008.
- Ashcraft, K, Murphy J, Sharp R, Sigalet D, Snyder Ch. *Cirugía Pediátrica*. 3 ed. México, McGraw-Hill Interamericana, 2002.
- Nyhus, LL.; Baker, R. & Fisher, J. *El dominio de la Cirugía*. 3 ed. Buenos Aires, Editorial Médica Panamerica, 1999.
- Arnbjornsson E, Bengmark S. *Obstruction of the appendix lumen in relation to pathogenesis of acute appendicitis*. Acta Child Scand 1993; 149:789-91.
- Baeza HC, Vidrio PF, Barrera MC, Nájera GH, Velasco SL. *Apendicetomía abierta en programa de corta estancia hospitalaria*. Acta Pediatr Mex 2011; 32(3):147-51.
- Baeza HC, Vidrio PF, Martínez LB, Godoy EH. *Acoso Severo entre iguales ("Bullying") el enemigo entre amigos*. Acta Ped Mex 2010;31(4): 148-52
- Astudillo R, Serrano GJ, Sánchez G. *Longitud del colon: variaciones en la posición del apéndice en el medio Ecuatoriano*. Rev Colombia Cir 1990;5:101-3.
- Morishita K, Gushimiyagi M, Hashiguchi M, Stein GH, Tozuda Y. *Clinical prediction rule to distinguish pelvic inflammatory disease from acute appendicitis in women of childbearing age*. Am J Emerg. Med 2007;25: 152-7.
- Reyes HU, Castell RE, Hernandez LI, Reyes GU, Reyes HK, Reyes HD, Jimenez MJ, Lira RC, Perea MA, Casillas UJ. *Una escolar con apendicitis traumática por bullying*. Rev Mex Ped 2013; 80(1): 26-9.