

Duplicación del Apéndice Vermiforme. Reporte de Caso.

Francisco Cardona¹, Rolando Girón², Alitza Gutiérrez R.³

¹Cirujano General, Miembro de Asociación de Cirujanos de Guatemala, ²Cirujano General, ³Residente de Cirugía Hospital Universitario Esperanza, Guatemala. Autor Correspondiente: Dr. Francisco Cardona Lehnhoff. 6 avenida 8-71 zona 10. Edificio clínicas Herrera Llerandi sur. E. Mail: fcardonal@gmail.com.

RESUMEN

Dar a conocer una presentación inusual de una patología frecuente. Se presenta caso de paciente masculino de 27 años con cuadro clínico de apendicitis aguda. Se realiza apendicetomía abierta en la cual se identifican dos apéndices vermiformes. Se confirma el diagnóstico por medio de anatomía patológica, una con apendicitis aguda perforada y otra con peri-apendicitis. Es importante el conocimiento de esta patología para que se pueda reconocer y evitar errores de juicio durante el procedimiento quirúrgico y futuras complicaciones para el paciente.

Palabras clave: Apendicitis Aguda, Duplicación apendicular, Tratamiento de Apendicitis Aguda.

ABSTRACT

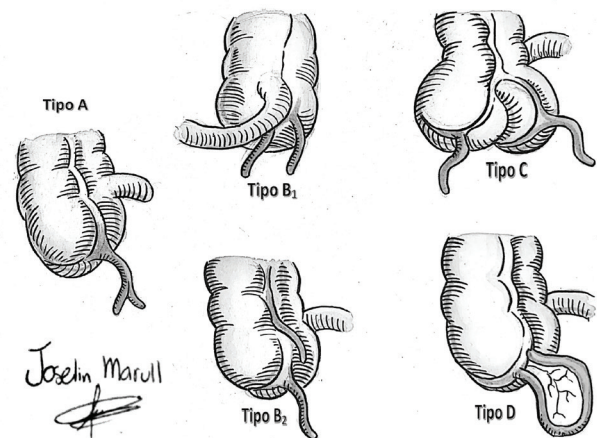
Vermiform Appendix Duplication - Case Report

Report an unusual presentation of a common pathology. A case of a 27-year-old male with a clinical picture of acute appendicitis is presented. An open appendectomy is performed in which two vermiform appendages are identified. The diagnosis is confirmed by pathology, one with perforated acute appendicitis and the other with peri-appendicitis. Knowledge of this pathology is important so that errors of judgment can be recognized and avoided during the surgical procedure and future complications for the patient.

Key words: Acute Appendicitis, Appendicular Duplication, Acute Appendicitis Treatment

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda se define como inflamación de la capa interna del apéndice vermiforme que se extiende a otras áreas. Se han logrado avances en diagnóstico por imágenes y tipos de abordaje.⁴ Continúa siendo una de las causas más común de dolor abdominal agudo.² Existen variantes anatómicas del apéndice cecal las cuales son raras, se pueden identificar alteración en la ubicación y el número (agenesia, duplicación, triplicación). No está establecida la causa de estas malformaciones, pero se cuenta con la hipótesis de que se consideran anomalías en el desarrollo embriológico del intestino.⁵ El desarrollo embriológico del intestino resulta de una formación de un divertículo, quiste o gemelización de un segmento del intestino con la consecuencia de un segundo apéndice cecal de manera transitoria. Este se localiza en el vértice del ciego al comienzo de la quinta semana y se atrofia hacia la séptima semana de gestación hasta desaparecer.^{4,5} Se han identificado posibles factores ambientales como el trauma o la hipoxia durante el desarrollo fetal temprano.^{1,2,5}



Tipos de Duplicación Apendicular

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 27 años que consulta a emergencia de hospital privado referido por médico particular con diagnóstico de apendicitis aguda. Con historia de dolor abdominal de 24 horas de evolución que inicio en epigastrio y posteriormente se irradió a fosa ilíaca derecha donde permanece y se hace constante aumentando en intensidad. No refiere fiebre, náusea, vómitos, diarrea o disuria. No antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia. Al examen físico, afebril, presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 88x', frecuencia respiratoria 18x', abdomen simétrico sin distensión, dolor abdominal en región inguinal derecha sobre punto de McBurney con rebote positivo (Blumberg+). Hematología con leucocitosis (11,000 glóbulos blancos a expensas de polimorfonucleares) y examen de orina normal. Prueba covid-19 negativa.

Paciente es llevado a sala de operaciones con diagnóstico clínico de apendicitis aguda, se inicia cobertura antibiótica con Ceftriaxona 1 gramo IV stat. Incisión Rockey-Davis de 6 cms, a la exploración digital se palpa masa indurada adherida firmemente a pared abdominal lateral que corresponde a plastrón apendicular el cual se logra desmantelar con cierta dificultad evidenciando fecalito impactado en perforación cecal en lo que parece la base apendicular, llamando la atención que no se encontró resto del órgano sino restos de tejido necrosado y abundante fibrina (Figura 1). Se desbridan bordes necróticos y se realiza cierre primario del ciego con sutura circular corrediza (en bolsa de tabaco). Al extraer ciego en su totalidad lo cual fue difícil por el proceso inflamatorio del mismo, se identificó estructura que corresponde al apéndice cecal, el cual se encontraba hiperémico y edematoso. Se procede a realizar apendicetomía con invaginación del muñón, adicionalmente se realiza omentectomía parcial (Figura 2). Por hallazgos, se adiciona Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas. Paciente sale de sala de operaciones estable y pasa a recuperación.

Paciente egresa a las 36 horas postoperatorias por insistencia de familia por el temor a que pudiera contagiarse con Covid-19. Se deja cobertura antibiótica por vía oral con Metronidazol y Cefixima. A los 3 días postoperatorios, desarrolla eritema en extremo lateral de herida que se extiende hacia flanco, el cual desaparece completamente al séptimo día al retirar grapa y aplicando calor local sobre área.

Estudio de patología reporta en la muestra número uno apéndice cecal con infiltrado inflamatorio linfoplasmacitario. Hay perforación y hemorragia. Los cortes histológicos de la muestra dos presentan peri-apendicitis con infiltrado inflamatorio rico en neutrófilos en la serosa.

Los cortes histológicos de la muestra tres corresponden a epiplón, en cual contiene peritonitis con formación de micro abscesos.

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO

Apéndice cecal No. 1: Apendicitis aguda perforada y plastronada

Apéndice cecal No. 2: Peri apendicitis

Epiplón: plastrón



DISCUSIÓN

La duplicación apendicular llega a tener una incidencia entre 0.004% a 0.009%.^{1,4} Se han reportado entre 80 y 100 casos a nivel mundial. Se puede llegar a diagnosticar como hallazgo incidental durante una cirugía, por imágenes, o por medio de enemas de bario.¹ Es de suma importancia tener conocimiento sobre enfermedades apendiculares dobles y buscar de forma detenida por hallazgos incidentales.

Según la implantación de los apéndices se pueden clasificar acorde a la clasificación de Cave Wallbridge:^{1,2}

- Tipo A: los 2 apéndices tienen una base en común (duplicación parcial) y no se asocia a otras anomalías congénitas.
- Tipo B:
 - B1: segundo apéndice está localizado en el ciego justamente encima de la válvula ileocecal.
 - B2: el segundo apéndice está ubicado en una de las tenias del ciego.
 - B3: a lo largo de la tenia en el ángulo hepático del colon
 - B4: a lo largo de la tenia, en el ángulo esplénico del colon



Figura 1. Hallazgos operatorios

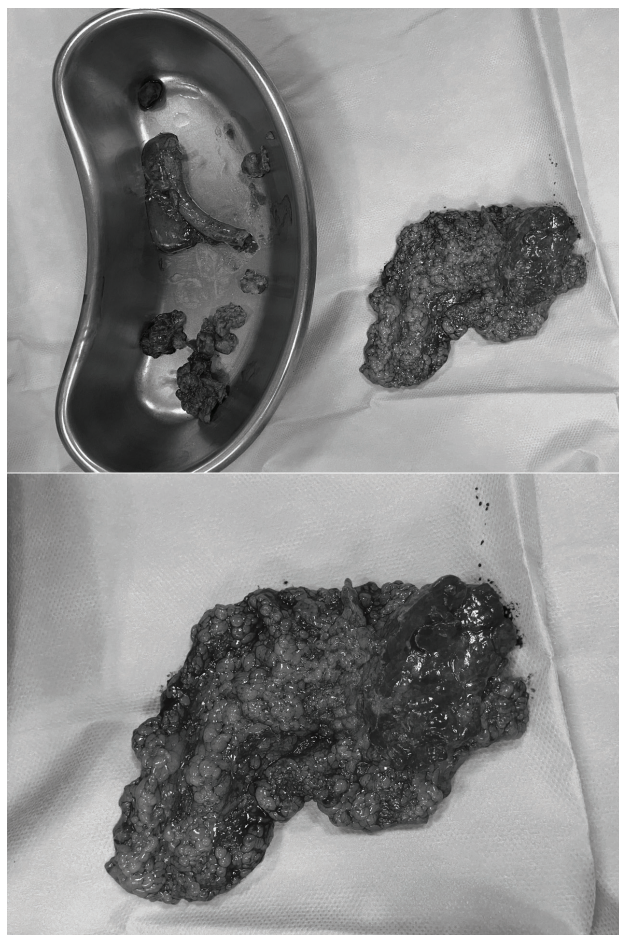


Figura 2. Piezas quirúrgicas

- Tipo C: Duplicación de ciego, cada uno con un apéndice cecal independiente
- Tipo D: Apéndice en herradura

El paciente presentaba una duplicación apendicular clasificada B2 según la clasificación de Cave-Wallbridge, en el cual se evidencio inflamación y perforación de un apéndice y el otro sin signos de inflamación macroscópica.

Un punto importante es llegar a diagnosticarlo y a resecar quirúrgicamente ambos apéndices en el momento del hallazgo aunque solo uno se encuentre inflamado.⁴ Puede llegar a ser un reto por su rareza. La importancia de hacer el diagnostico radica en que el segundo apéndice si no es resecado puede tener consecuencias clínicas y legales en el futuro.^{2,4}

CONCLUSIÓN

La duplicación apendicular es una patología rara y obviamente poco estudiada por los pocos casos reportados a nivel mundial, por lo que consideramos importante publicar este caso.

REFERENCIAS

1. R. D. Álvarez, A. O. Rodríguez, L. E. Echeverry. Revista Colombiana de Cirugía. Caso inusual de duplicación apendicular complicado con apendicitis. Cir 2016; 31: 136-9.
2. F. T. Barreto, J.r. Cruz, D. P. Blanco, D. S. Reyes, A. D. Casanova. Revista Cubana de Cirugía. Duplicación apendicular. 2011; 50(3):348-352
3. A.A. Guelmes, L. Quintero, L. Albiza, R. Bandomo, S.M.Salinas. Gaceta Médica Espirituana Unv. Ciencias Médicas. Duplicación del apéndice cecal, Presentación de caso. Vol 14 No.2 (2012). 1609-8921
4. M. Grez, R. Prado A, Al. F. Vera. Revista chilena de cirugía. Duplicación del apéndice vermiforme. Vol 63 –No3, Junio 2011, pag 313-316.
5. P.M. Fraga, C. C. Rubín. J. G. Alvarez, D. A. García, J. J. Gutiérrez. Revista Mexicana de cirugía aparato digestivo: Duplicación apendicular. Vol. 1 Num 1. Julio- Septiembre, 2012 p62-66.
6. M. Grez. P. Tepper. J.P. Lahsen Sociedad cirujanos de Chile: Segunda apendicetomía por duplicación apendicular. 2016.<https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.002>