



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-690 - VARIANTES ANATÓMICAS APENDICULARES Y SU PATOLOGÍA: APENDICITIS AGUDA SUBHEPÁTICA VS. COLECISTITIS AGUDA

Díaz Granados, Ana; Rodríguez Morillas, Diego; Ramos Sandfiel, Jorge; de Castro Monedero, Paola; Cañas García, Inés; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda es una de las emergencias quirúrgicas más comunes a nivel mundial (riesgo estimado del 7-8% a lo largo de la vida). El apéndice vermiforme puede presentar variaciones anatómicas mimetizando diversos cuadros de dolor abdominal agudo. La apendicitis de localización subhepática (incidencia del 0,08%) puede ocasionar dolor en hipocondrio derecho, imitando una colecistitis aguda en cuanto a elevación de reactantes de fase aguda, dolor abdominal de inicio repentino y defensa peritoneal localizada a la exploración.

Caso clínico: Mujer de 63 años sin antecedentes personales de interés, que acude por dolor abdominal en epigastrio con irradiación hacia flanco e hipocondrio derecho de dos días de evolución. Presenta malestar general sin fiebre, con náuseas, vómitos y diarrea. El abdomen es blando y depresible, con dolor a la palpación en flanco derecho, Blumberg +, Rovsing +, Murphy dudoso y sin signos de irritación peritoneal generalizada. Analíticamente elevación de reactantes de fase aguda (PCR 245,9, PCT > 100, leucocitosis de 18.120 con neutrofilia 95,2% y LDH 258) y transaminasas (GOT 492, GPT 754, GGT 281, FA 167). La TC con contraste intravenoso informa de hallazgos compatibles con apendicitis aguda con cambios inflamatorios periapendiculares, en región subhepática y perivesicular. Se realiza intervención quirúrgica urgente por vía laparoscópica. La cavidad abdominal impresiona de peritonitis purulenta localizada a nivel de hipocondrio derecho, con gran cantidad de fibrina en borde libre hepático que cubre la vesícula. Se identifica válvula ileocecal con anclaje peritoneal posterior y el ciego se encuentra plegado sobre colon ascendente, lateral al mismo y reposando en ángulo hepático cubierto por un plastrón inflamatorio. Ante la imposibilidad de visualizar el apéndice y los cambios inflamatorios perivesiculares, se decide conversión a laparotomía media suprainfraumbilical. Tras estudio de la cavidad, se evidencia apéndice flemonoso-purulento en posición retrocecal con orificio de perforación en su base. La vesícula biliar no presenta patología aparente. Se realiza apendicectomía más cequectomía distal.

Discusión: La localización subhepática del apéndice se debe más frecuentemente a un déficit en el descenso del colon y en la rotación del intestino delgado, donde el ciego se adhiere a la pared posterior del abdomen y queda craneal respecto al colon ascendente. Las variantes anatómicas del apéndice vermiforme requieren la necesidad de un adecuado diagnóstico diferencial en casos de abdomen agudo al poder mimetizar otros cuadros como la colecistitis aguda, así como patología duodenal o urológica.