

REPORTE DE CASO: APÉNDICE LOCALIZADO EN RECTO CASE REPORT: APPENDIX LOCATED AT RIGHT

Veimar Vergara Fernández¹, Edgar Hugo Fernandez Rios², Daniela Flores Herrera³

¹ Cirujano Oncólogo, Caja Nacional de Salud, Hospital Obrero N°2, ² Médico Cirujano General, Caja Nacional de Salud, Hospital Obrero N°2. ³ Hospital Clínico Viedma, Diplomado en Educación Superior. Correspondencia requerida a Dr. Veimar Nino Vergara Fernandez, veimarv@hotmail.com

Recibido el 14 de abril; Aceptado para publicación el 25 de julio de 2016.

RESUMEN:

Las variaciones anatómicas referentes a su posición y longitud del apéndice vermiforme no son constantes y la información acerca de sus variaciones es limitada, más aun la localización en recto. Presentamos el caso de un paciente de 78 años de edad, que ingresa al servicio de oncología con diagnósticos de abdomen agudo, cáncer de colon recto-sigmoides perforado, Hipertensión arterial, se realiza la intervención quirúrgica y estudio histopatológico que reporto adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado infiltrante, apéndice cecal sin alteraciones patológicas localizado en recto.

Palabras clave: apéndice vermiforme, cáncer colorrectal, recto.

ABSTRACT:

The anatomical variations concerning their position and length of the vermiform appendix are not constant and about its variations is limited, even more so at right location.

We report the case of a patient of 78 years of age, entering the oncology service with a diagnosis of acute abdomen, perforated recto- sigmoid colon, hypertension cancer surgery and histopathological study reported moderately differentiated adenocarcinoma infiltrating ulcerated performed, cecal appendix without pathological changes located at right.

Key words: vermiform appendix, colorectal cancer, rectum.

INTRODUCCION:

Embriológicamente el apéndice vermiforme, deriva del intestino medio junto con el intestino delgado, ciego, colon ascendente y mitad derecha de colon transverso. A nivel del ciego se localiza en su cara postero-medial, en la conjunción de las tres tenias coli, sin embargo puede haber variaciones de posición en relación al ciego^{1,2}.

La mayoría de los estudios realizados para determinar la posición del apéndice, se realizaron en cadáveres y los estudios clínicos basados en la observación directa en el vivo son muy escasos, más aun no se encontró bibliografía que reporte casos de apéndice localizados a nivel del recto.

En ciertos casos se han reportado agenesia apendicular, apéndices dobles o triples, apéndice de localización ectópica ubicados en la región supra-hepática o cuadrante superior derecho, mucho más infrecuente es la localización en el cuadrante inferior izquierdo en estos casos suele acompañarse de transposición de vísceras y dextrocardia³.

Entre las malformaciones congénitas del apéndice, las más comunes son la agenesia y la duplicación⁴. La agenesia apendicular fue descrita por Morgagni en 1718, tiene una incidencia de una por cada 100 000 laparatomías por apendicitis aguda^{5, 6}, suele asociarse a otras malformaciones congénitas como la atresia ileocecal, agenesia de la válvula ileocecal y mesenterium comun^{7, 8}. Suele asociarse también a dextrocardia, hexadactilismo, catarata congénita, síndrome de intestino corto y antecedente de exposición a la talidomida^{5, 9, 10}.

CASO CLINICO:

Paciente de sexo femenino, de 78 años de edad, que ingresa al servicio de oncología con diagnósticos: abdomen agudo, cáncer de colon recto-sigmoides perforado e hipertensión arterial.

Cuadro clínico de larga data caracterizado por cambios en las deposiciones, cuadros de diarrea alternadas con estreñimiento, acude a emergencias por presentar dolor abdominal de tipo intermitente, localizado en la región infra-umbilical, de moderada intensidad.

Al examen físico ruidos hidroaéreos disminuidos, signos de irritación peritoneal. Resto del examen sin particular.

Presenta estudios diagnósticos previos de fecha 20-02-15; colonoscopia, que reporto lesión tumoral de 15 cm del margen anal, lesión friable al contacto, con áreas de necrosis, probable adenocarcinoma rectal estenosante infiltrante que deja luz residual de 8 mm, se toma biopsia con estudio histopatológico que reporto adenocarcinoma bien diferenciado intestinal invasor, tipo histológico: adenoma tubulovelloso.

El estudio tomográfico de misma fecha reporta adenopatías periaórticas, menores de 1 cm y gran lesión neoplásica en colon y recto-sigmoides.

Se realiza junta médica en la presencia de oncólogo clínico, terapia intermedia y cirugía oncológica ante el abdomen agudo se decide intervención quirúrgica de urgencia.

El 05-03-2015, se realiza hemicolectomía izquierda y colostomía por cáncer abscedado perforado en recto sigmoides y se retira líquido abdominal libre aproximadamente 200 c.c., se envía a estudio histopatológico, el cual reporta: adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado infiltrante a la capa muscular externa atravesándola, de 9 cm de eje mayor con intensa respuesta inflamatoria, dos ganglios linfáticos con hiperplasia, márgenes quirúrgicos libres de lesión, hallazgo de apéndice vermiforme localiza a nivel de recto, sin alteraciones patológicas (malformación congénita). Ver figuras 1 y 2.

Durante la intervención quirúrgica se evidencia la ausencia de apéndice cecal a nivel de ciego, en el posoperatorio paciente evolución favorablemente.

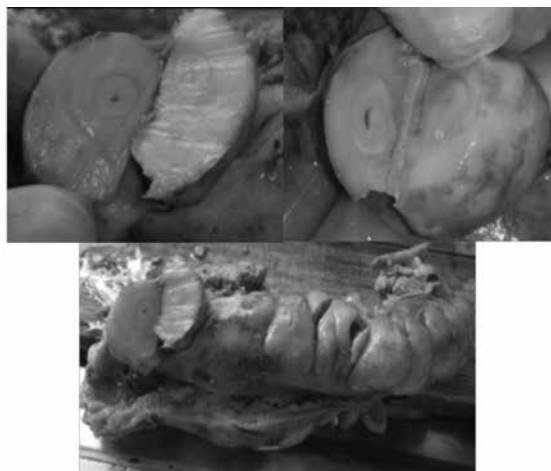


Gráfico 4. Apéndice Cecal en el recto

DISCUSIÓN:

Las variaciones de localización del apéndice vermiforme son diversas y hay pocos registros del mismo, cabe recalcar que no se encontró casos reportados de apéndice de localización en recto, correspondería a una malformación congénita, como se menciona en la embriología de la formación del apéndice, su origen

está en relación a la formación del intestino delgado, colon ascendente solo la mitad del colon transversal, no hallándose relación según su origen con su localización a nivel del recto.

El caso clínico presentado el hallazgo del apéndice a nivel del recto fue durante el estudio histopatológico, que reporto apéndice de localización en recto, con todas las capas histológicas características correspondientes y sin alteraciones patológicas.

Es un nuevo aporte dicho hallazgo debido a que a nivel del recto, colon descendente por lo general los cirujanos pensarían en la existencia de divertículos, y patologías relacionadas al mismo, se debe tomar en cuenta este tipo de malformaciones congénitas que si bien en el caso presentado fue un hallazgo casual, en cuadros de abdomen agudo será importante considerar la existencia de este tipo de malformación.

El situs inversus es una malformación genética rara, que puede afectar a un órgano o a todos los órganos del cuerpo humano. La etiología de esta anomalía es totalmente desconocida y habitualmente cursa de forma asintomática. En el ser humano, el 99,99% de los individuos tiene asimetría toraco-abdominal. En ocasiones, en 1 de cada 10.000 individuos puede existir una modificación de la posición de los órganos, estando colocados en el lado opuesto, lo que conforma una imagen en espejo conocida con situs inversus¹¹. Dicha explicación nos permite comprender el origen del apéndice a nivel de recto en el caso presentado, ya que el paciente no presentaba otras alteraciones más que la asociación del cáncer de colon.

Conflicto de Intereses: No presenta

REFERENCIAS:

1. Fallas González J. Apendicitis Aguda. Revisión bibliográfica. Medicina Legal de Costa Rica. Marzo 2012; 29 (1): 84-90. Acceso: 07 de septiembre 2015. Disponible en: <file:///C:/Users/acer/Downloads/revisi211n-bibliogr193fica-apendicitis-aguda.pdf>
2. Casado Méndez PR, Gallardo Arzuaga RL, Ferrer Macadán CE, Labrada González D. Variantes morfológicas del apéndice cecal en el vivo. Rev. Med. Electrón 2014; 36 (1): 49-59.
3. Saavedra Martínez M, Bohórquez Garnica S, Bohórquez Camargo D, Amaya Uribe L, Forero Porras PL, Corzo Gómez EG. Posición anatómica y longitud del apéndice vermiforme en una población de raza mestiza de la ciudad de Bucaramanga – Colombia. MedUNAB. 2009;12(3): 116-120.
4. Misdraji J, Graeme-Cook FM. Miscellaneous conditions of the appendix. Semin Diagn Pathol. 2004 May; 21(2):151-63.
5. Lima M, Antonellini C, Aquino A, Dòmini M, Libri M, Centonze N, Ruggeri G, Pigna A. Agnesis of the appendix vermiformis. Pediatr Med Chir. 2003 Sep-Oct; 25(5): 370-2.
6. Chèvre F, Gillet M, Vuilleumier H. Agnesis of the vermiform appendix. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2000; 10(2): 110-2.
7. Cserni T, Magyar A, Németh T, Paran TS, Csízy I, Józsa T. Atresia of the ileocecal junction with agnesis of the ileocecal valve and vermiform appendix: report of a case. Surg Today 2006; 36(12): 1126-8. 11.
8. Valla JS, el Gharbi N, Daoud N, Grinda A. Ileo-caeco-appendicular agnesis. 1 case. Chir Pediatr 1989; 30(6): 288-9.
9. Sarimurat N, Celayir S, Elicevik M, Dervisoglu S, Yeker D. Congenital short bowel syndrome associated with appendiceal agnesis and functional intestinal obstruction. J Pediatr Surg. 1998 Apr; 33(4): 666-7.
10. Shand JE, Bremner DN. Agnesis of the vermiform appendix in a thalidomide child. Br J Surg 1977; 64(3): 203-4.
11. Fernández Pacheco C, Cobo Molinos J. Estrategias de intervención en el situs inversus totalis. Revisión bibliográfica. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10953.1/1762>