

Introducción:

La localización subhepática del apéndice cecal es una variante anatómica rarísima con una incidencia anual reportada de 0,09/100.000 habitantes^{1,2,3}, esta localización puede retrasar el diagnóstico confundiéndolo con patología biliar, gastrointestinal o urinaria¹ lo cual aumenta el riesgo de complicaciones como perforación y peritonitis^{1,2}.

Presentación del escenario clínico:

Mujer, 26 años de edad, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 1 día de evolución caracterizado por dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho irradiado a zona periumbilical y flanco derecho no asociado a otra sintomatología.

Pregunta clínica:

¿En paciente con dolor en hipocondrio derecho, se debe plantear apendicitis aguda como diagnóstico diferencial?

Abordaje metodológico:

Examen físico: Abdomen blando, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, signo de Blumberg positivo. Ante duda diagnóstica se solicita tomografía computada de abdomen y pelvis la cual informa signos compatibles con apendicitis aguda retrocecal ascendente subhepática, vesícula y vía biliares sin alteraciones.

Laboratorio: Leucocitos 13100, resto sin alteraciones. Se hospitaliza con el diagnóstico de apendicitis aguda.

Resolución del caso:

Se realiza apendicectomía laparoscópica confirmándose la localización subhepática del apéndice la cual se encontraba perforada y aplastronada, paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta.



Figura 1: Tomografía computada de abdomen y pelvis donde se evidencia apéndice de localización subhepática.

Discusión y conclusiones:

Conociendo la dificultad diagnóstica que implica una presentación atípica de esta patología, la cual ocurre por una anomalía en la rotación del intestino durante la gestación la cual resulta en una fijación incompleta de este¹, asociado además a la muy baja incidencia de este tipo de localización^{1,2,3} y a la gravedad de sus complicaciones, se debe considerar como diagnóstico diferencial de algia de hipocondrio derecho para de esta manera asegurar un mejor desenlace y una resolución óptima para la vida del paciente^{1,2,3}.

Palabras clave:

Apendicitis aguda, apendicectomía, apéndice subhepática.

Bibliografía

- 1.-Viteri, L. (2018, 1 mayo). Apendicitis de presentación atípica. Repositorio Universidad Tecnica de Ambato, Ecuador. Recuperado 11 de septiembre de 2022, de <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/27952>
- 2.-Chong, H. (2016, 7 agosto). Ciego subhepático malrotado con apendicitis subhepática: diagnóstico y tratamiento. Department of Surgery, Hospital Queen Elizabeth, Kota Kinabalu, Sabah, Malaysia. Recuperado 22 de agosto de 2022, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5014981/pdf/CRIS2016-6067374.pdf>
- 3.-Hakim, M. (2020, 12 septiembre). Manejo quirúrgico de la apendicitis perforada subhepática: reporte de un caso. Department of General Surgery, Saudi German Hospital, Al-Aseer, Kingdom of Saudi Arabia. Recuperado 17 de septiembre de 2022, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7488453/pdf/13256_2020_Article_2499.pdf