



Apendicitis Aguda de Localización Subhepática en Paciente Pediátrico: Reporte de Caso.

Acute Appendicitis of Subhepatic Localization in Pediatric Patient: Case Report.

Editado por:

Maureen Yolanda Salas-Isaac. Médico Cirujano y Partero, Universidad de Guadalajara, México.

*Correspondencia

Paola Ivette Ramos-Galvez
Correo: paolagalvez017@gmail.com

Recibido: 25 de septiembre, 2024.

Aceptado: 11 de octubre, 2024.

Publicado: 04 de febrero, 2026.

Cómo citar este artículo:

Ramos-Galvez PI, Meza-Gonzalez KE, Rubio-Ortega MA, Gómez-Vargas C, González-Mariscal BL, Ruiz-Ruvalcaba BY. Apendicitis aguda de localización subhepática en paciente pediátrico: Reporte de caso. Universidad de Guadalajara, México. Ósmosis Revista Médica Estudiantil. 2026;(4, Suppl):páginas 48-53.

Paola Ivette Ramos-Galvez ¹, Karyn Estephania Meza-Gonzalez ¹, Marian Alexa Rubio-Ortega ¹, Carlos Gómez-Vargas ¹, Brenda Leticia González-Mariscal ², Briana Yanahi Ruiz-Ruvalcaba ².

Licenciatura en Médico Cirujano y Partero, Universidad LAMAR, Centro Universitario Vallarta. ¹
Servicio de Urgencias Pediatría, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca". ²

Resumen

La apendicitis aguda representa una de las principales causas de abdomen agudo en la edad pediátrica. Sin embargo, las variaciones anatómicas, como la localización subhepática del apéndice vermiforme, pueden dificultar el diagnóstico oportuno.

Se presenta el caso de un paciente masculino de nueve años con dolor abdominal tipo cólico, fiebre y vómitos, inicialmente tratado de forma ambulatoria sin resolución clínica. A la evaluación hospitalaria, se documentaron signos físicos compatibles con apendicitis y estudios de imagen que evidenciaron un apéndice inflamado en localización subhepática, complicado con plastrón. El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante apendicectomía sin complicaciones.

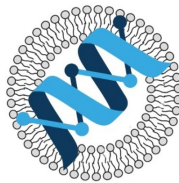
Este caso destaca la importancia de considerar variantes anatómicas en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal en pacientes pediátricos, así como la necesidad de un abordaje integral y oportuno para evitar complicaciones graves.

Palabras clave: Reporte de Caso, apendicitis, apéndice subhepático, pediatría

Introducción

La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo y constituye la principal indicación de cirugía de urgencia a nivel mundial, especialmente en la población pediátrica. Su etiología se relaciona principalmente con la obstrucción luminal del apéndice vermiforme, lo cual desencadena un proceso inflamatorio que, si no se trata a tiempo, puede progresar a complicaciones como perforación o peritonitis. El diagnóstico suele sustentarse en la combinación de hallazgos clínicos, estudios de laboratorio, imagenología y herramientas como la Escala Pediátrica de Apendicitis (PAS, por sus siglas en inglés) y la escala de Alvarado, las cuales permiten estratificar el riesgo en niños con dolor abdominal [1,2].

Una variable crítica en la presentación clínica de la apendicitis es la posición anatómica del apéndice. Aunque la localización retrocecal es la más frecuente, existen variantes menos comunes como la localización subhepática. Esta última puede alterar los signos clásicos de presentación, simulando otras patologías y retrasando el diagnóstico. La apendicitis subhepática representa un reto clínico debido a lo atípico de los síntomas, y su diagnóstico requiere una alta sospecha clínica y estudios de imagen dirigidos. El presente caso clínico resalta la importancia de reconocer estas variantes anatómicas en la práctica médica diaria, ya que un abordaje oportuno puede ser determinante en el pronóstico del paciente pediátrico [1].



Departamento de
Biología Molecular y
Genómica CUCS|UdeG



La propiedad intelectual de este artículo le pertenece a los autores. "Ósmosis Revista Médica Estudiantil" es una revista de libre acceso y se rige completamente bajo el criterio legal de *Creative Commons* en su licencia Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional ([CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)).

Abstract

Acute appendicitis represents one of the main causes of acute abdomen in pediatric age. However, anatomical variations, such as the subhepatic location of the vermiform appendix, may hinder timely diagnosis.

A nine-year-old male patient with colic-type abdominal pain, fever and vomiting was initially treated as an outpatient without clinical resolution. At the hospital evaluation, physical signs compatible with appendicitis and imaging studies were documented that showed an inflamed appendix in subhepatic localization, complicated with plastron. The patient was surgically operated by uncomplicated appendectomy.

This case highlights the importance of considering anatomical variants in the differential diagnosis of abdominal pain in pediatric patients, as well as the need for a comprehensive and timely approach to avoid serious complications.

Palabras clave: Case Report, appendicitis, subhepatic appendix, pediatrics.

Reporte de caso

Paciente masculino de 9 años sin comorbilidades asociadas, que acude al servicio de Urgencias Pediátricas en el Hospital Civil de Guadalajara "Juan I. Menchaca" por presentar dolor abdominal tipo cólico. Inicia padecimiento un día previo a su ingreso con 10 vómitos de contenido gástrico, por lo que es llevado a su centro de salud, sin embargo, no es atendido. Por lo que, acude con médico particular quien administra tratamiento intramuscular no especificado; con mejoría parcial de los síntomas. Posteriormente, presenta fiebre cuantificada de 40°C que cede con la administración de medios físicos e ibuprofeno en casa. Finalmente, durante la noche, de manera súbita inicia dolor de tipo cólico en fosa ilíaca derecha, por lo que acude a urgencias pediatría de nuestra Institución. A la exploración física destacan facies de dolor, palidez mucotegumentaria, abdomen en tabla, doloroso a la palpación superficial y profunda, con signo de McBurney positivo, Blumberg positivo, Psoas positivo, talopercusión positivo. A su ingreso, se solicitan laboratoriales (**Cuadro 1**), donde destaca leucocitosis neutrófila. Se utiliza la escala PAS (Escala Pediátrica de Apendicitis) (**Cuadro 2**) donde se obtuvo un puntaje de 9, por lo que se solicita interconsulta con cirugía pediátrica.

Cuadro 1. Laboratoriales al ingreso del paciente

Biometría hemática	Resultado	Unidad
Eritrocitos	5.37	10^6/uL
Hemoglobina	15.62	g/dl
Hematocrito	45.44	%
VCM	84.70	fl
HCM	29.12	pg
RDW	10.9	%
Plaquetas	302.1	10^3/uL
VPM	6.361	fl
Leucocitos	22.74	10^3/uL
Linfocitos	0.98	10^3/uL
Monocitos	2.04	10^3/uL
Eosinófilos	0.01	10^3/uL
Basófilos	0.22	10^3/uL
Neutrófilos	19.49	10^3/uL

Fuente: Elaboración propia

VCM: Volumen Corpuscular Medio.
HCM: Hemoglobina Corpuscular Media.
RDW: Red Cell Distribution Width o Amplitud de Distribución Eritrocitaria.
VPM: Volumen Plaquetario medio.

Cuadro 2. Criterios de la Escala Pediátrica de Apendicitis (PAS) e interpretación

Criterio	Puntos
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Dolor migratorio	1
Náuseas o vómitos	1
Anorexia	1
Dolor en cuadrante inferior derecho al toser, percutir o saltar	2
Fiebre (≥38.0°C)	1
Leucocitosis	1
Neutrofilia	1

Interpretación
0 – 3 puntos: Baja probabilidad de apendicitis (manejo ambulatorio y observación).
4 – 6 puntos: Probabilidad intermedia, se recomienda estudios de imagen (ultrasonido TAC).
≥7 puntos: Alta probabilidad de apendicitis, se indica valoración quirúrgica inmediata

Fuente: Elaboración propia

VCM: Volumen Corpuscular Medio.

HCM: Hemoglobina Corpuscular Media.

RDW: Red Cell Distribution Width o Amplitud de Distribución Eritrocitaria.

VPM: Volumen Plaquetario medio.

También se solicita radiografía simple de abdomen (Figura 1) donde se observa dilatación de asas intestinales, seguido por un ultrasonido abdominal (Figura 2) donde se observa en primer lugar la localización subhepática del apéndice vermiforme, así como engrosamiento de las paredes, asociado a cambios inflamatorios periapendiculares; los estudios de imagen confirman apendicitis, motivo por el cual, el servicio de cirugía pediátrica decide intervenir al paciente de forma urgente.

Durante el procedimiento, se realizó una incisión tipo Rocky-Davis de 3 cm y, tras disecar los planos anatómicos, se encontró escaso líquido purulento en la cavidad. Se identificó un apéndice en fase V, subseroso, retrocecal y con dos tercios distales adheridos al íleon y la válvula ileocecal. Debido a la complejidad, se amplió la incisión y se realizó una apendicectomía retrógrada. El procedimiento concluyó sin complicaciones adicionales y el

paciente fue trasladado en estado estable al área de hospitalización pediátrica para vigilancia y manejo postquirúrgico con el siguiente esquema antibiótico: Ampicilina IV 100 mg/kg/día, Amikacina 15 mg/kg/día, Metronidazol 25 mg/kg/día.

Se da el alta por mejoría clínica con Paracetamol y Cefixima 200 mg VO cada 24 hrs por 7 días, con cita de seguimiento por consulta externa.

Figura 1. Radiografía de abdomen al ingreso.

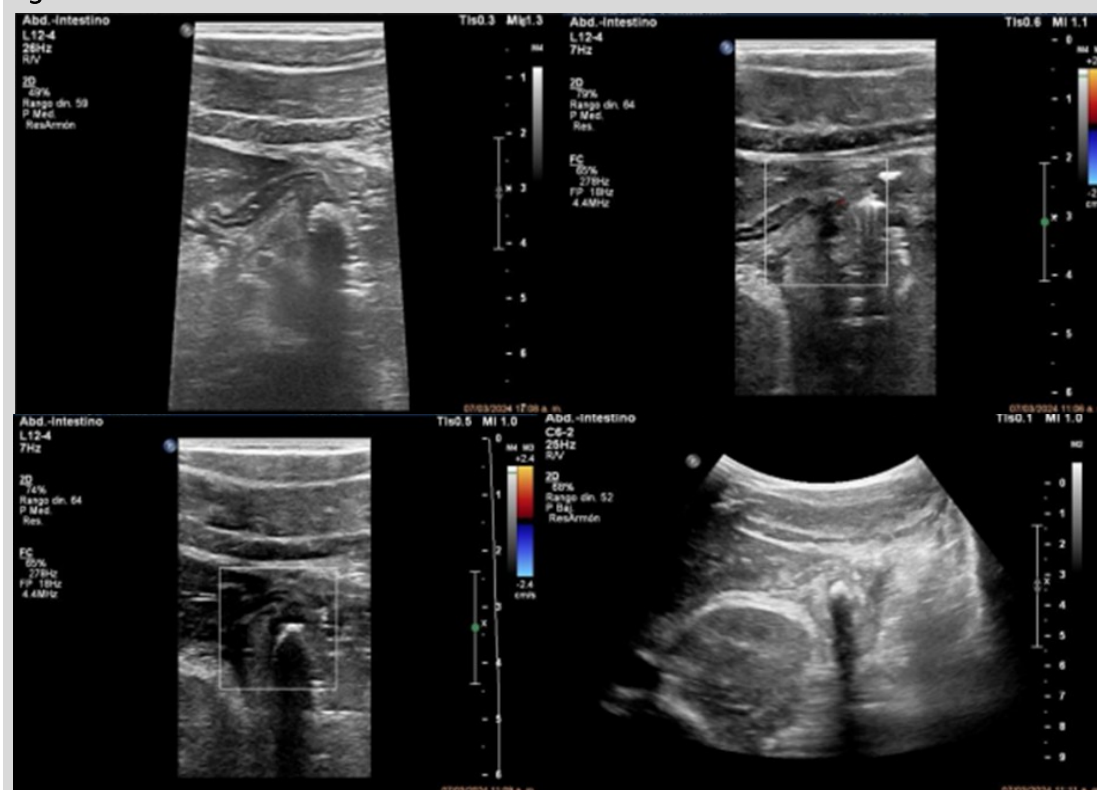


Se observa dilatación de asas intestinales.

Discusión

La apendicitis aguda es una patología frecuente en la práctica médica pediátrica, sin embargo, su presentación puede variar significativamente en función de la posición anatómica del apéndice. En la mayoría de los casos (65%), este se localiza en posición retrocecal; en un 30%, en posición pélvica; y solo en un 5% de los casos se encuentra en ubicaciones atípicas como la posición subhepática,

Figura 2. Estructura molecular de KIM-1.



Se observa localización subhepática de apéndice vermiforme por posición alta del ciego, engrosamiento de las paredes, no compresible mostrando aumento de la ecogenicidad pericial donde existe disminución de la peristalsis y múltiples cambios inflamatorios pericecales que podría corresponder con plastrón.

retrocólica, subcecal, preileal o posileal. Estas variantes anatómicas están determinadas por alteraciones en la rotación y fijación del intestino durante el desarrollo embrionario y pueden alterar considerablemente la presentación clínica del paciente [1,2].

La apendicitis subhepática es particularmente rara y puede simular otras patologías intraabdominales como colecistitis, hepatitis o abscesos hepáticos, lo que puede llevar a un retraso diagnóstico y terapéutico [3]. Gulzar et al. reportaron únicamente cuatro casos de apendicitis subhepática entre 160 pacientes con apendicitis aguda, lo que resalta su baja prevalencia y el potencial riesgo de ser pasada por alto clínicamente. En este contexto, la literatura enfatiza la importancia de considerar variantes anatómicas ante cuadros clínicos atípicos de dolor abdominal [7].

En el caso presentado en este artículo, la localización ascendente del apéndice hacia la región

subhepática, adherido parcialmente al íleon y la válvula ileocecal, dificultó su diagnóstico oportuno. La presentación clínica incluyó dolor cólico en fosa iliaca derecha, fiebre persistente y vómitos, lo que inicialmente fue interpretado como un cuadro gastrointestinal común. La falta de mejoría tras el tratamiento ambulatorio motivó una nueva valoración en urgencias, donde se realizaron estudios de laboratorio e imagen que orientaron finalmente al diagnóstico correcto. Esta demora contribuyó a que el paciente evolucionara a una apendicitis fase V con formación de plastrón, lo cual implicó una intervención quirúrgica más compleja [1].

Sin embargo, la decisión oportuna de realizar estudios de imagen y la intervención quirúrgica inmediata tras la confirmación diagnóstica evitó complicaciones adicionales. La ecografía abdominal, aunque operador-dependiente, permitió identificar signos clave como el engrosamiento de las paredes apendiculares, disminución de la peristalsis y

cambios inflamatorios pericecales. La cirugía fue exitosa y el paciente tuvo una buena recuperación, lo que evidencia una adecuada resolución quirúrgica.

No obstante, una limitación importante fue el abordaje inicial del cuadro clínico, donde la variante anatómica no fue considerada entre los diagnósticos diferenciales por el médico de primer contacto, lo que retrasó el tratamiento definitivo.

Este caso subraya la necesidad de reforzar la formación médica en cuanto a las presentaciones atípicas de patologías comunes, así como la aplicación sistemática de escalas clínicas como PAS (Pediatric Appendicitis Score) que, aunque no específicas para variantes anatómicas, pueden incrementar la sospecha diagnóstica y reducir la tasa de apendicectomías negativas [1,2,6].

Conclusión

Este caso clínico de apendicitis aguda subhepática en un paciente pediátrico evidencia la importancia de considerar variantes anatómicas como parte del diagnóstico diferencial en cuadros de abdomen agudo con presentación atípica. La localización subhepática del apéndice, aunque poco común, puede modificar el cuadro clínico clásico y simular otras patologías, lo que retrasa el diagnóstico y aumenta el riesgo de complicaciones como el plastrón apendicular observado en este caso [5].

Entre los aprendizajes más relevantes, destaca la necesidad de una evaluación clínica exhaustiva y el uso oportuno de estudios de imagen, particularmente en pacientes que no presentan mejoría tras un tratamiento inicial. Además, se resalta la utilidad de escalas diagnósticas como la PAS para orientar la conducta médica en niños con dolor abdominal [4].

El abordaje definitivo fue adecuado y oportuno una vez que el paciente fue valorado en un segundo nivel de atención, lo cual permitió realizar una apendicectomía sin complicaciones mayores y con una recuperación favorable. Sin embargo, una limitación significativa fue la valoración inicial, en la que no se consideraron diagnósticos alternativos ni se solicitaron estudios complementarios que pudieron haber identificado la apendicitis en una

fase más temprana [3].

Este caso justifica su publicación por su valor educativo, al resaltar una presentación clínica infrecuente de una patología común, y sirve como recordatorio de que una adecuada hipótesis diagnóstica, apoyada por estudios de laboratorio y gabinete, es fundamental para llegar a un diagnóstico adecuado y evitar complicaciones, así como para mejorar el pronóstico del paciente pediátrico.

Consideraciones éticas/consentimiento informado

Fotografías e información del paciente utilizada bajo carta de asentamiento y consentimiento informado de su madre.

Agradecimientos

Agradecemos al Hospital Civil Nuevo de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" por el respaldo brindado para la elaboración de este caso clínico. Extendemos nuestro reconocimiento a la Dra. Brenda Leticia González Mariscal, médico adscrito, y a la Dra. Briana Yanahi Ruiz Ruvalcaba, médico residente del Servicio de Urgencias Pediátricas del mismo hospital, por su valiosa colaboración y apoyo en la preparación del presente manuscrito.

Conflicto de intereses

No se tiene conflicto de intereses.

Financiamiento

No se contó con financiamiento.

Bibliografía

1. Hernández-Cortez J, León-Rendón JL, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, José-Ramírez, H. Apendicitis aguda: revisión de la

- literatura. Cir. gen [Internet]. 2019 Mar; 41 (1):33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es
2. Monet-Fernández YE, Álvarez-Valdés MV, Denis-Pérez A. Elementos clínicos para el diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria de salud. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2024; 46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242024000100002&lng=en
3. Murúa-Millán O.A., González-Fernández M.A. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Rev Med UAS. 2020;10(4):222-232. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n4.008>
4. Galván-Montaña A, Flores-Nava G, Suárez-Roa ML, Salazar-Herrera MC, Lavallo-Villalobos A. Apendicitis subhepática con absceso subdiafragmático en paciente pediátrico sin malrotación intestinal. Informe de un caso. Cir Cir. 2010;78(1):79-81. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc101k.pdf>
5. Rebollar-González RC, García-Álvarez J, Trejo-Téllez, R. Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. Rev. Hosp. Jua. Mex 2009;76(4):210-216. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2009/ju094g.pdf>
6. Samuel M. Pediatric appendicitis score. J Pediatr Surg 2002 Jun;37(6):887-881. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12037754/>
7. Gulzar S, Umar S, Dar GM, Rasheed R. Acute Appendicitis: Importance of clinical examination in making a confident diagnosis. Pakistan Journal of Medical Sciences 2005;21 (2),125-132. Disponible en: https://pjms.com.pk/issues/aprjun05/pdf/acute_appendicitis.pdf