

Anomalia di impianto della base appendicolare: caso clinico



Ann. Ital. Chir., LXXI, 1, 2000

F. Scanavacca, V. Bresadola, C. Cedolini, E. Baracchini, S. Intini

Università degli Studi di Udine
Cattedra di Chirurgia Generale
Direttore: Prof. Fabrizio Bresadola

Introduzione

Il processo vermiforme o appendice è inserito al margine posteromediale del cieco, circa 2,5 centimetri sotto il punto di unione ileo-cecale, reperibile anatomicamente seguendo distalmente la tenia longitudinale anteriore.

Se, nella comune pratica chirurgica, è frequente il riscontro di variazioni di posizione della parte distale dell'appendice, molto più difficile è invece il ritrovamento di anomalie congenite quali la duplicazione, l'agenesia e i diverticoli dell'appendice o delle rarissime anomalie di impianto della sua base.

Essendo riferiti in letteratura solamente quattro casi di anomalia d'impianto della base dell'appendice (1) (2) (3) (4), portiamo un contributo a questa casistica con la descrizione di un caso giunto alla nostra osservazione, insieme ad alcune considerazioni di tipo clinico ed embriologico.

Caso clinico

C.M., bambino di 8 anni ricoverato in Clinica Pediatrica per dolori addominali maggiormente accentuati ai quadranti medio ed inferiore di destra, senza nausea o vomito, con mantenimento della canalizzazione a feci e gas. L'esame obiettivo evidenziava una dolorabilità alla palpazione profonda nel punto di Mc-Burney con contrattura in difesa e ridotta peristalsi. La temperatura rettale era di mezzo grado centigrado superiore alla temperatura ascellare (38°). L'esame emocromocitometrico evidenziava una leucocitosi (WBC 12300) con neutrofilia (78%). Il paziente veniva sottoposto a laparotomia esplorativa per il sospetto di appendicite acuta.

Abstract

ANOMALOUS IMPLANTATION OF THE BASE OF THE APPENDIX: CASE REPORT

The authors report a case of anomalous implantation of the base of the appendix, observed in a 8-year-old boy, arising from the anterior wall of ascending colon at 15 cm from the ileo-cecal valve.

After a brief review of the most frequent congenital anomalies of the appendix and the few cases of anomalous implantation described in international literature, the authors emphasize the importance of an accurate exploration and mobilization of the ascending colon to reduce the risk of diagnostic and therapeutic mistakes, also related to the small incision of Mc-Burney, usually made for the routinary laparotomic appendectomy.

Key word: Appendix, congenital anomalies, surgery.

Dopo incisione cutanea secondo Mc-Burney di circa 3 centimetri, l'esplorazione del cieco e la sua successiva mobilizzazione, non permetteva il reperimento del processo vermiforme. Prima di considerare il paziente affetto da agenesia appendicolare, si procedeva ad allungamento dell'incisione ed ulteriore mobilizzazione del colon ascendente che permetteva di reperire l'appendice sulla faccia anteriore del colon ascendente ad almeno 15 centimetri superiormente alla valvola ileo-cecale. Previa scheletrizzazione del mesenterio appendicolare, si completava pertanto l'appendicectomia. Il decorso post-operatorio del paziente non presentava problemi con regolare ripresa dell'alimentazione per os in terza giornata e dimissione in quarta. Il referto istologico sul pezzo operatorio deponiva per un quadro di appendicite acuta congestizia in appendicopatia cronica con fibrosi parietale ed iperplasia follicolare linfoide.

Discussione

L'appendicectomia è considerata una procedura chirurgica semplice e quindi spesso affidata a giovani chirurghi.

Pervenuto in Redazione il 14 Aprile 1999

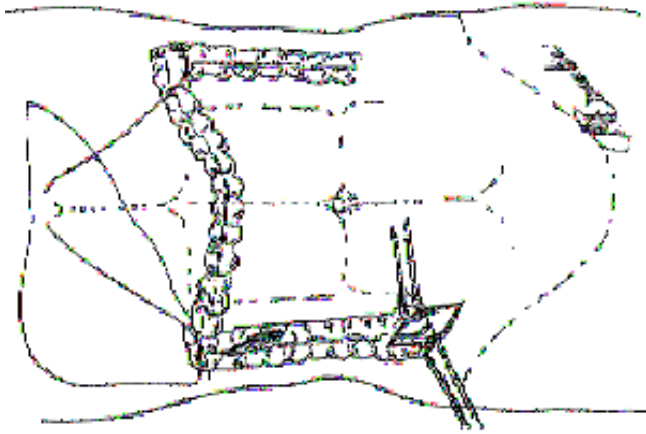


Fig. 1: Accesso chirurgico per appendicectomia sec. Mc-Burney con mancato reperimento dell'appendice nella sua abituale sede di origine. Diagnosi differenziale tra atresia appendicolare e impianto anomalo.

La ridotta visione intra-addominale dovuta a piccole incisioni non permette spesso un agevole visione della regione colica. Per questo motivo la conoscenza di eventuali variabili anatomiche deve essere bagaglio culturale di tutti gli operatori.

Numerose e frequenti sono le variazioni di sede della parte mobile dell'appendice legata alla mobilità della stessa, fissata attraverso il lasso mesenteriole al cieco. Le percentuali di variabilità di posizione risultano essere diverse in rapporto alla casistica da cui ci prendono i dati: 65% ascendente nel recesso retrocecale, 31% discendente nella fossa iliaca, 2,5% paracolica, 1% ascendente preiliaca e 0,5% ascendente retroiliaca secondo uno studio su 10.000 casi di Wakeley (5), mentre Ganio (2) riporta una posizione ascendente o retrocecale nel 13% dei casi, discendente nel 42% e mediale nel 19%. La difformità di questi dati farebbe dedurre che non esiste una posizione anatomica "classica" dell'estremità appendicolare e nel contempo, ciò non ha una importante ripercussione sul tempo chirurgico di reperimento dell'appendice essendo questo basato sulla ricerca della sua base d'impianto, la cui sede è praticamente costante.

Anche il riscontro delle rare alterazioni congenite come le agenesie (meno di 100 casi riportati in letteratura) e le duplicazioni appendicolari, non raramente associate ad altre alterazioni dello sviluppo dell'apparato gastro-enterico e/o uro-genitale e quindi dovute ad un'alterazione dello sviluppo embriogenetico dell'intestino non dovrebbero essere causa di errori di trattamento: nel caso dell'agenesia si dovrà ipotizzare una diversa causa a sostenimento del quadro clinico in fase di trattamento, mentre nella duplicazione si procederà all'appendicectomia modulata in rapporto al tipo di duplicazione.

Più interessanti sono i casi di anomalia d'impianto della base appendicolare, sia per la loro rarità (cinque casi descritti in letteratura con questo contributo) e quindi

la minore attenzione del chirurgo a individuarla con la possibilità di confonderla con un'atresia appendicolare, sia per la difficoltà del suo reperimento. Nel caso qui descritto, la base dell'appendice vermiforme era localizzata a 15 cm dalla valvola ileocecale e quindi non visualizzabile in prima istanza mediante la routinaria incisione chirurgica.

Nel caso di anomalia della sede d'impianto, la causa sembrerebbe da ricercare in un alterato sviluppo del "complesso anatomico" cieco-appendice, non solo degli ultimi mesi di vita intrauterina ma anche durante la vita neonatale e giovanile. Rifacendosi infatti all'ipotesi eziopatogenetica di Ganio (2), un eccessivo sviluppo della parete posteriore del cieco potrebbe aver comportato la risalita della zona di passaggio tra quest'ultimo e la base appendicolare, causando l'anomalia descritta.

Conclusioni

Tra le anomalie sia di posizione che di sviluppo, l'anomalia d'impianto della base appendicolare oltre ad essere la più rara, è sicuramente quella che più facilmente può portare il chirurgo ad un errore terapeutico confondendola con un'atresia appendicolare. La conoscenza di questa possibilità deve quindi condurre l'operatore che non riesce a reperire la base d'impianto appendicolare nella sua sede classica, ad una esplorazione più estesa del colon ascendente fino alla flessura epatica.

Bibliografia

- 1) Prabhu M., Mc Clary G., Tiwwara A.K.: *An unusual case of appendicitis*. Med J Aust, 144(1):43, 1986.
- 2) Ganio E., Trompetto M., Realis Luc A., Azzario G.: *Anomalia d'impianto della base appendicolare*. Minerva Chir, 43:783-4, 1988.
- 3) Lentini G., Sini R., Lacarbonara V., Bellando Randone P.: *Anomalia di impianto della base appendicolare*. Minerva Chir, 52:281-2, 1997.
- 4) Balthazar E.J., Gade M.: *The Normal and Abnormal Development of the Appendix*. Radiology, 121:599-604, 1976.
- 5) Wakeley C.P.G.: *The position of the vermiform appendix as ascertained by an analysis of 10,000 cases*. J Anat, 67:277-283, 1993.

Autore corrispondente:

Dott. Vittorio BRESADOLA
Università degli Studi di Udine
Cattedra di Chirurgia Generale
Piazzale S.M. della Misericordia
33100 UDINE