

Apendicitis del muñón apendicular. La apendicitis del apendicectomizado

Stump appendicitis, appendectomized patients with appendicitis

Mario Andrés González-Chávez,^{*,**} Alejandro Díaz-Girón-Gidi,^{*,**}
Daniel González-Hermosillo-Cornejo,^{***} Francisco Manuel Vélez-Pérez,^{*,**} Eduardo Villegas-Tovar,^{*,**}
Regina Faes-Petersen,^{*,**} María José Robles-Menchero,^{*,**} Fredy Chablé-Montero,^{**}
Luis Pablo Alessio Robles-Landa,^{**} Pablo Andrade-Martínez-Garza^{**}

* Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle.

** Fundación Clínica Médica Sur. *** Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Panamericana.

RESUMEN

La apendicetomía sigue siendo una de las cirugías más frecuentemente realizadas por el cirujano general. Una complicación a largo plazo de este procedimiento es la apendicitis del muñón. El objetivo del presente artículo es describir una forma poco común de apendicitis. Se presenta el caso de un paciente de 24 años de edad con antecedente de apendicetomía a los 12 años, ingresado a Urgencias con dolor abdominal y fiebre de 38°C. A la exploración física se encontraron signos apendiculares, paraclínicos compatibles con un proceso infeccioso, además de una tomografía axial computarizada simple que denotó una lesión heterogénea en la fosa iliaca derecha compatible con plastrón, por lo que se decidió abordaje quirúrgico. Concluimos que la apendicitis del muñón es una causa poco frecuente de dolor abdominal en pacientes apendicectomizados.

Palabras clave. Abdomen agudo. Laparoscopia. Cirugía general.

ABSTRACT

Appendectomy is one of the most frequently performed operations by general surgeon. One of the long-term complications of this procedure is the appendicitis of the stump. The objective of this article is to describe a rare form of appendicitis. We present the case of a 24-year-old patient who have been surgically intervened for acute appendicitis at the age of 12, being admitted to the Emergency Department presenting abdominal pain and fever of 38°C. On physical examination, abdominal pain and appendicular signs were found and the laboratory tests were suggestive of an infectious process. Accordingly, a computed tomography was indicated, showing a heterogeneous lesion on the right iliac fossa compatible with a plastron at the same level, thus surgical treatment was planned. We conclude that stump appendicitis is a rare cause of abdominal pain in appendectomised patients.

Key words. Acute abdomen. Laparoscopy. General surgery.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice, es una de las causas más comunes de dolor abdominal que requieren manejo quirúrgico a nivel mundial.^{1,2} La apendicitis ocurre principalmente en la segunda y tercera décadas de la vida.³ La fisiopatología de esta entidad incluye la obstrucción de la luz apendicular, produciendo un aumento en la presión intraapendicular de manera progresiva, lo que limita el flujo venoso y posteriormente arterial, causando necrosis de la pared apendicular y

perforación. El diagnóstico continua siendo clínico.⁴ El tratamiento de elección es la apendicetomía. El objetivo del presente artículo es describir una forma poco común de la apendicitis aguda, de manera que el médico general guarde alta sospecha diagnóstica ante esta patología.⁵

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de 24 años de edad con antecedente quirúrgico de apendicetomía abierta a la edad de 12 años. Ingresó al Servicio de Urgencias

Correspondencia:

Dr. Mario Andrés González-Chávez
Torre de Hospitalización, primer piso, residencia de Cirugía General
Puente de Piedra, Núm.150. Col. Toriello Guerra. C.P. 14050, México, D.F.
Tel.: (+52) 5424-7200. Correo electrónico: Medicina00@gmail.com

Fecha de recibido: julio 03, 2015.

Fecha de aceptado: julio 23, 2015.

con dolor abdominal de 24 h de evolución tipo cólico, localizado en fosa iliaca derecha, fiebre, náusea y vómito. La exploración física reveló dolor en la fosa iliaca derecha, con datos francos de irritación peritoneal. Los estudios de laboratorio reportaron: leucocitosis de 19.4 células/mm³ y neutrófilos absolutos de 14.9 células/mm³. La tomografía de abdomen reveló un plastrón en fosa iliaca derecha (Figura 1). Se realizó laparoscopia diagnóstica, encontrando: plastrón y perforación cecal de 3 mm con peritonitis generalizada y 50cc de material purulento. Se realizó ileocequectomía con íleo-ascendente anastomosis laparoscópica. El diagnóstico histopatológico final fue de una apendicitis aguda gangrenosa del muñón apendicular con peritonitis fibrino purulenta secundaria

(Figura 2). El paciente egresó a los seis días de estancia intrahospitalaria sin complicaciones.

DISCUSION

La apendicitis aguda es la patología más frecuente que requiere cirugía, con un riesgo de padecerla durante la vida de 8.6% en hombres y 6.7% en mujeres. Fue Rose, en 1945, el primero en describir una apendicitis del muñón (AM) en dos pacientes.⁶ La AM es una complicación rara, pero potencialmente grave; actualmente se cree que está infradiagnosticada debido a que es una entidad poco conocida (en el 2012 había alrededor de 50 casos reportados a nivel internacional), cada vez hay más reportes de

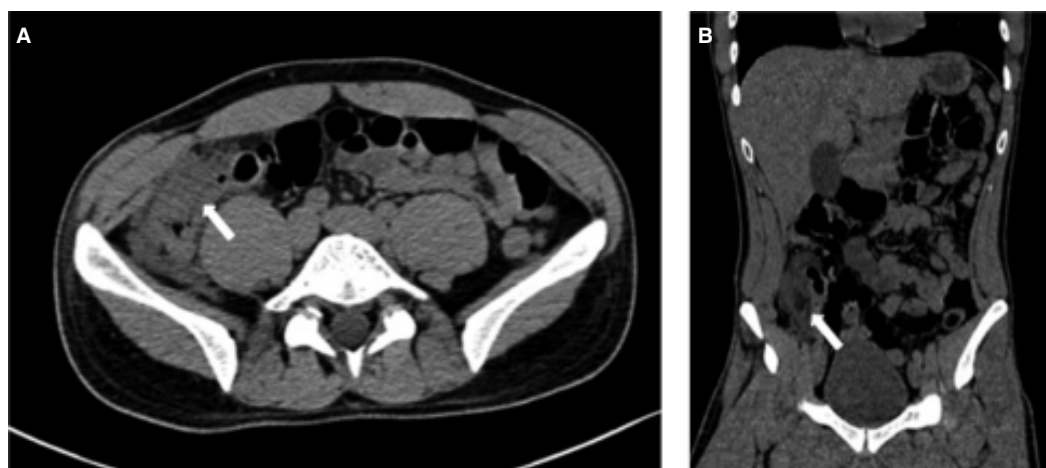


Figura 1. Tomografía axial computarizada en corte transversal (A) y corte coronal (B) a la altura de la fosa iliaca derecha, evidenciando una lesión heterogénea en fosa iliaca derecha compatible con plastrón a este nivel (flechas).

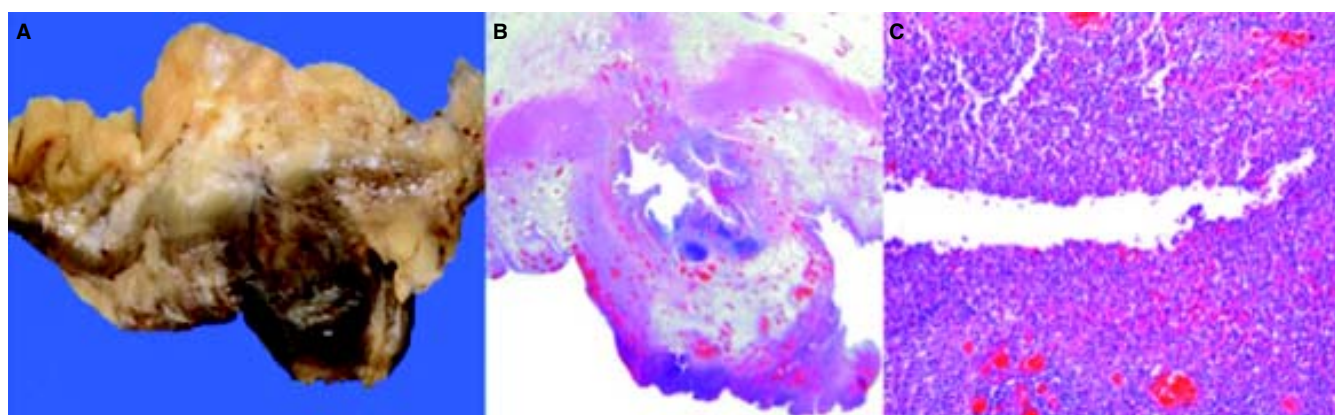


Figura 2. A. Corte transversal del ciego a nivel del sitio anatómico del apéndice cecal. Se identificó muñón apendicular con hemorragia reciente que afectaba a los tejidos blandos periapendiculares. B. Fotomontaje del ciego a nivel del sitio anatómico del apéndice cecal. El muñón apendicular, delimitado por la capa muscular propia del ciego, mostró preservación parcial de la mucosa intestinal. La pared del muñón mostró edema intenso, hemorragia reciente y congestión vascular moderada. C. Mucosa apendicular extensamente ulcerada con infiltrado neutrofilico intenso. La lámina propia mostró vasos sanguíneos con congestión leve.

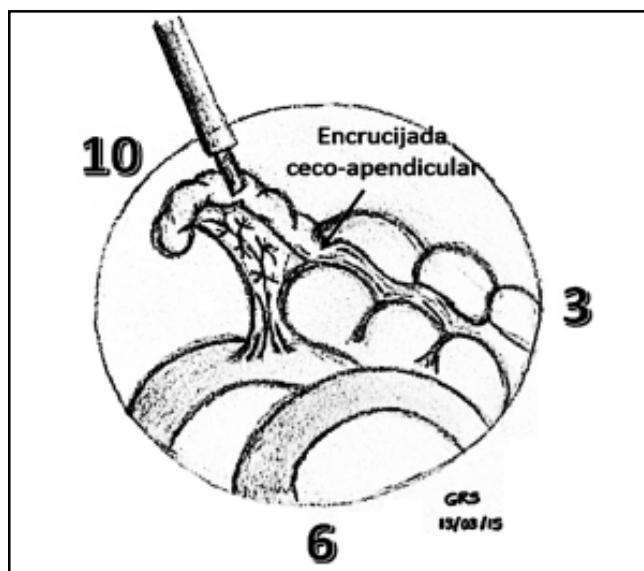


Figura 3. Visión crítica apendicular de Subramanian y Lang: apéndice cecal a las 10 del reloj, la tenia libre a las 3 del reloj y el íleon terminal a las 6 del reloj.

casos en la literatura.⁷ Los factores asociados a AM son: apendicitis complicadas, técnica laparoscópica, longitud del muñón, visualización inadecuada de la encrucijada cecoapendicular y la experiencia del cirujano. Algunos autores han propuesto que con la cirugía laparoscópica se ha presentado un incremento en los casos; sin embargo, la mayoría de los casos de AM reportados en la literatura se describen en apendicectomía abierta.⁸

La mayoría de los autores recomiendan dejar muñones apendiculares menores de 0.5 cm para minimizar la incidencia de AM. La incorrecta identificación de la anatomía quirúrgica ha sido el principal factor asociado a AM. La identificación de la encrucijada cecoapendicular es el paso crítico de la apendicectomía y resulta un objetivo esencial.⁹ Para identificar la encrucijada cecoapendicular, Subramanian y Lang proponen que así como está descrita la visión crítica de Strasberg para una colecistectomía segura, debe existir también una visión crítica apendicular, la cual consiste en ver el apéndice cecal a las 10 del reloj, la tenia libre a las 3 del reloj y el íleon terminal a las 6 del reloj (Figura 3). La presentación clínica es similar a la de la apendicitis clásica, dolor en mesogastrio que posteriormente se dirige más hacia el cuadrante inferior derecho, acompañado de náusea, vómito, hiporexia, piroxia, peritonismo y leucocitosis; sin embargo, el diagnóstico se dificulta por el antecedente de una apendicetomía

previa, lo que generalmente desvía la atención del médico sin experiencia quien excluye esta patología. La importancia de esta enfermedad radica en la morbilidad asociada, por el retraso diagnóstico, ya que presenta alta incidencia de complicaciones. El diagnóstico de AM es difícil de establecer, debe tenerse un alto índice de sospecha clínica y combinarlo con el método diagnóstico adecuado. En los casos reportados, para establecer el diagnóstico, se ha utilizado desde el ultrasonido y la tomografía, hasta colonoscopia y el tránsito con bario. No es inusual que los pacientes terminen en laparoscopia diagnóstica o laparotomía exploradora para lograr un diagnóstico certero. Completar la apendicectomía es el tratamiento de elección. En ocasiones es necesario extender la resección, dependiendo de los hallazgos transoperatorios. En los casos en los que el ciego está involucrado en el proceso inflamatorio, perforado o ante la sospecha de malignidad, se recomienda la resección ileocecal o la hemicolectomía derecha con ileostomía o anastomosis ileocólica primaria. El manejo conservador con antibióticos, en casos seleccionados ha demostrado ser eficaz.¹⁰ La apendicitis del muñón continúa siendo una entidad poco conocida por el personal médico, siendo una causa poco frecuente de dolor abdominal en pacientes apendicectomizados, por lo que se deberá de guardar una alta sospecha diagnóstica para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

REFERENCIAS

1. Williams GR. Presidential address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance. *Ann Surg* 1983;197(5):495.
2. Fitz RH. Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment. *Am J Med Sci* 1886; 92:321.
3. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 1990;132(5):910.
4. Jaffe BM, Berger DH. Apéndice. En: Brunicki FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE (eds.). *Shwartz Principios de Cirugía*. 8a. Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2006, p. 1119-38.
5. Andersson RE. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg* 2004;91(1):28.
6. Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. *Med J Aust* 1945;32: 352-9.
7. Kumar A, Sharma A, Khullar R, et al. Stump appendicitis: a rare clinical entity. *J Minim Access Surg* 2013; 173-62
8. Crocco S, Pederiva F, Zanelli E, et al. Stump appendicitis seven years after appendectomy. *APSP J Case Rep* 2013; 4:33.
9. Tang XB, Qu RB, Bai YZ, Wang WL. Stump appendicitis in children. *J Pediatric Surg* 2011;46:233e6.
10. Roberts KE, Starker LF, Duffy AJ, Bell RL, Bokhari J. Stump appendicitis: a surgeons dilemma. *JSLs* 2011;15: 373-8.