



Manejo laparoscópico en apendicitis endometriósica

José Luis Ibarrola-Calleja,* Jaime Ordóñez-Céspedes,† Mauricio Rodríguez G,§
Adrián García-Garma M,‡ Jesús Escrivá,|| Guillermo Foncerrada,|| Miguel Eljure-Eljure,||
Danny Soria-Céspedes,¶ Francisco Núñez B§

Resumen

El caso clínico aquí expuesto tiene el objetivo de reflejar la amplia gama de causas y presentaciones, que aunque raras, deben ser tomadas en cuenta al realizar un diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, en este caso producido por una patología ginecológica como es la endometriosis extragenital, dando como consecuencia una apendicitis aguda con obstrucción intestinal parcial y cuadro abdominal agudo solucionado por vía laparoscópica, medida que llevó a la paciente a una pronta recuperación y a un postoperatorio sin contratiempos.

Palabras clave: Apendicitis aguda, apendicitis endometriósica, apéndice, endometriosis, apendicectomía laparoscópica.

Summary

This clinical case has the objective to show the variability of the causes and presentations, though are rare, it must be taken in account to make a diagnostic of surgical abdomen disease, that in this case was produced by a gynecological pathology as is the extragenital endometriosis, having as consequence, an acute appendicitis and partial gut obstruction and acute abdominal pathology, episode handled by a laparoscopic procedure, measure that lead the patient to a prompt recuperation and a post-operative without mishap.

Key words: Acute appendicitis, endometriotic appendicitis, appendix, endometriosis, laparoscopic appendicectomy.

INTRODUCCIÓN

La condición patológica más común tratada por cirujanos es la apendicitis aguda. Cerca de un 7% de la población total presentará este cuadro durante algún momento de su vida.¹ El caso clínico que ponemos a consideración en esta publicación, describe una forma inusual de presentación de la apendicitis aguda. Entre algunas de las causas más infrecuentes de apendicitis que podemos nombrar están la esquistosomiasis, leucemia, ascariasis, tuberculosis, tumores, endometriosis, entre otras.^{2,3}

Una causa muy poco común de apendicitis aguda es la endometriosis; esta patología ginecológica crónica que en mujeres durante la edad fértil se considera bastante frecuente, afecta aproximadamente del 2 al 10% de la población mundial. En el año 2002 se ha calculado que su costo médico anual aproximado es de 22 billones de dólares, lo cual es considerablemente mayor a los gastos que producen la enfermedad de Crohn y la migraña. La endometriosis presenta mecanismos etiopatogénicos que conllevan anomalías inmunológicas, genéticas, así

* Jefe del Curso de Cirugía Laparoscópica Avanzada.

† Cirujano Alumno del Curso de Cirugía Laparoscópica Avanzada.

§ Cirujano General y Laparoscopia.

|| Residente de Cirugía General.

¶ Patólogo – Hospital Ángeles, León-Guanajuato.

Hospital Ángeles Pedregal, México, D.F.

Correspondencia:

Jaime Ordóñez Céspedes

Camino a Santa Teresa Núm. 1055 Consultorio 1042 TA. 10700 México D.F.

Correo electrónico: ushisho29@hotmail.com

Aceptado: 18-09-2010.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

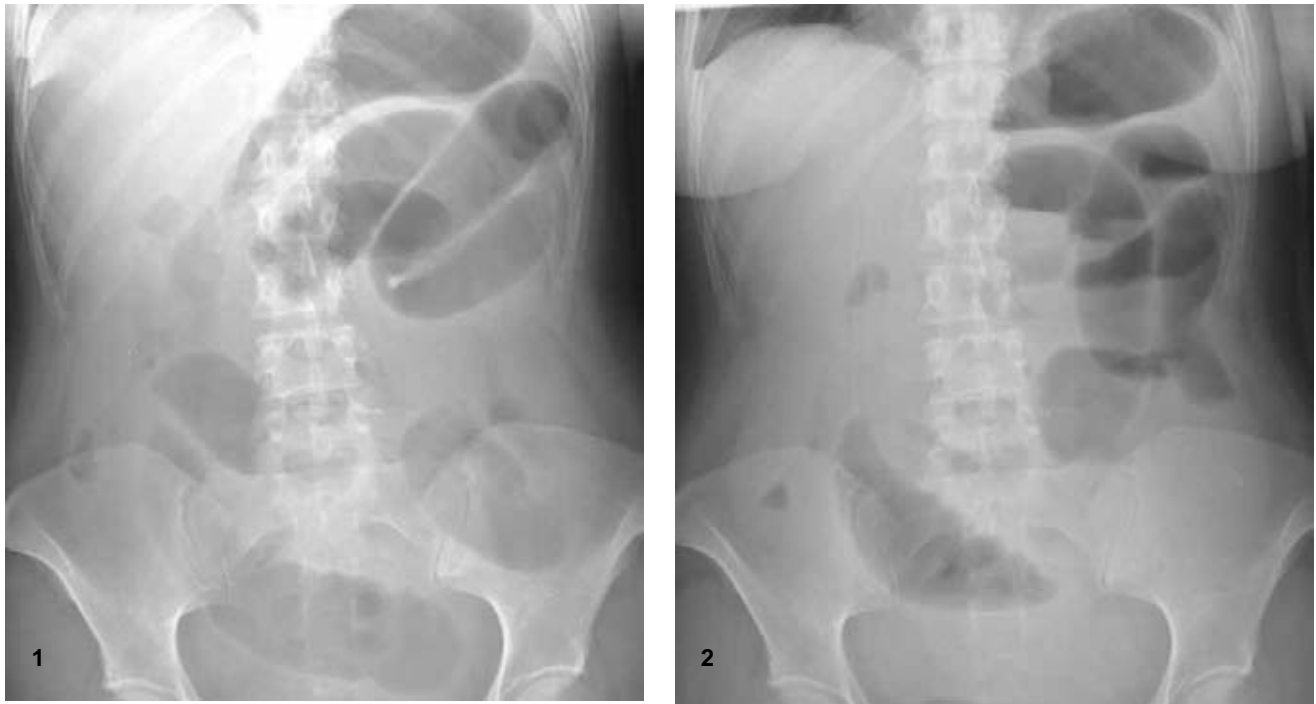
como familiares y a nivel gastrointestinal existe la denominada "hipótesis neurológica", llamada así porque la infiltración de las lesiones fueron encontradas a lo largo de los nervios de la pared intestinal.^{4,5} A pesar de que el tubo digestivo es el sistema más afectado por la endometriosis extragenital con un 5 a 10%, sigue siendo un cuadro raro y es mucho menos frecuente que se presenten focos endometriósicos en el apéndice cecal y por supuesto que produzcan signo-sintomatología sugerente de apendicitis aguda.⁶ Las regiones del tracto gastrointestinal más afectadas son el recto y el sigmoides con un 70 a 90% de los casos, el apéndice entre 3 y 17%, el íleon y el ciego en un 7% y yeyuno e intestino delgado en 3% de los casos.⁷ El diagnóstico definitivo de endometriosis solamente se puede realizar a través de un estudio de anatomía patológica, ante la presencia de tejido endometrial ectópico funcionante (glándulas y estroma), con presencia o no de hemorragia. La sospecha y la clínica de este cuadro aunque no la encontramos siempre presente, así como en este caso, debe estar en toda paciente, sobre todo si está en edad fértil, si existe historia previa de dolor pélvico crónico, infertilidad, dispareunia y/o dismenorrea, así como por la presencia de dolores abdominales atípicos, cuadros de constipación, diarreas intermitentes, distensión abdominal, tenesmo e incluso rectorragias. Aunque muchas veces, como es el caso, la clínica no se presenta de forma típica. Otro dato importante es que la presentación de los síntomas a veces se relaciona con el ciclo menstrual, lo cual sucede en aproximadamente el 15 al 40% de las pacientes.⁸ La gran mayoría de los cuadros son asintomáticos, pero también se han reportado casos complicados con apendicitis aguda, perforación, intususcepción, sangrado intestinal bajo u obstrucción intestinal.⁹ El caso presentado requirió tratamiento quirúrgico, una apendicectomía laparoscópica, técnica introducida a la práctica clínica por Kurt Semm en 1982. Según un metaanálisis de Golub *et al*, donde se comparan resultados entre la apendicectomía laparoscópica y la abierta, la primera presentó ventajas como el menor dolor postoperatorio, iniciación precoz de la dieta, estancia intrahospitalaria más corta y retorno más rápido a sus actividades normales, además de que la incidencia de infección en la herida quirúrgica en apendicitis complicadas es menor en la cirugía laparoscópica. Algunas desventajas son la supuesta mayor tasa de abscesos intraabdominales, la "PLAC" o complicación postapendicectomía laparoscópica, descrita por Serour *et al* en el año 2005 que consiste en una infección intraabdominal sin formación de absceso, en apendicitis no complicadas.¹⁰ Según estudios, la endometriosis apendicular afecta en un 56% al cuerpo apendicular y en un 44% la punta,

siendo la base del apéndice la porción con ausencia de focos endometriósicos.¹¹ Durante el transoperatorio, la sospecha macroscópica del compromiso endometriósico del apéndice es muy improbable y difícil, razón por lo que la gran mayoría de los diagnósticos se realizan en el postoperatorio con el reporte histopatológico.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente femenino de 42 años, sin antecedentes de importancia, que inicia su padecimiento 24 horas antes de su ingreso, con cuadro de dolor abdominal tipo cólico, de moderada intensidad, en hemiabdomen superior, no irradiado, acompañado de distensión abdominal y dificultad para canalizar gases; se autoadministra antiespasmódico vía oral, sin mejoría del cuadro. Posteriormente la localización del dolor cambia a hipogastrio y fosa iliaca derecha, acompañándose de estado nauseoso y vómito de contenido gastro-bilioso, en aproximadamente 10 ocasiones. Al examen físico, signos vitales normales. Abdomen distendido, ruidos peristálticos de lucha, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda a predominio de fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo, Blumberg dudoso, sin datos francos de irritación peritoneal. Los laboratorios reportan leucocitosis 15.400 cel/mm³, neutrofilia 87%, linfopenia 5%, resto de la biometría y bioquímica hemática normales. Radiografía de abdomen con dilatación importante de asas intestinales (*Figuras 1 y 2*).

La tomografía de abdomen presentó imagen que sugiere proceso ocupativo a nivel de íleon distal que condiciona suboclusión intestinal secundaria. Se decide realizar laparoscopia diagnóstica, en la cual se encuentra plastrón en región cecoapendicular. Una vez liberado e individualizado el apéndice cecal, se encontró un apéndice corto, edematoso, eritematoso, tenso, con base ancha, de difícil tracción y movilización, con tiflitis, razón por la que se decide proceder a la apendicectomía, resecaando el apéndice y parte de ciego, utilizando engrapadora lineal de 60 mm Echelon, previo manejo de mesoapéndice (ligadura y sección); se dejó drenaje J-vack en fondo de saco y el procedimiento no tuvo complicaciones. La evolución postoperatoria fue adecuada, dando de alta a la paciente al cuarto día postoperatorio. El resultado histopatológico reportó: se recibe apéndice cecal de 6 por 3 cm, de superficie nodular, color café claro y de consistencia blanda. En los cortes histológicos se identificaron numerosas glándulas tubulares rectas, algunas dilatadas, revestidas por células cilíndricas sin atipia y rodeadas por células estromales, de núcleos ovoides e hiper cromáticos. Tanto las glándulas como el estroma están rodeados por células musculares lisas y afectan todo el espesor de la pared (*Figura 3*).



Figuras 1 y 2. Placas radiográficas simples de abdomen en decúbito y de pie, mostrando dilatación importante de asas intestinales delgadas, con edema de pared, con niveles hidroaéreos y signo de “pila de monedas” en formación.

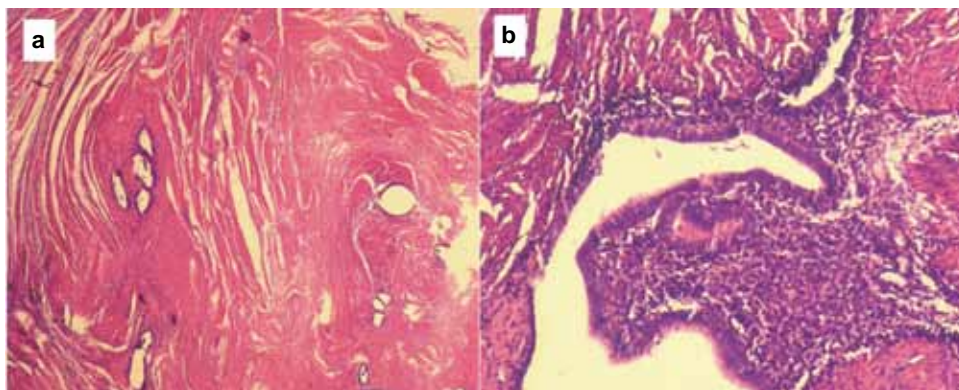


Figura 3. a. Fotomicrografía de pared de apéndice cecal (túnica muscular) que presenta varias glándulas tubulares rectas, algunas dilatadas, rodeadas por estroma celular y por células musculares lisas (200X. H y E). **b.** A mayor acercamiento las glándulas están revestidas por células cilíndricas sin atipia y rodeadas por células estromales pequeñas, de núcleos ovoides e hiper cromáticos (400X H y E).

DISCUSIÓN

La endometriosis del apéndice cecal es un cuadro infrecuente, siendo el diagnóstico preoperatorio difícil y bastante improbable; por lo tanto, la gran mayoría de los casos son diagnosticados a través del estudio histopatológico de la pieza operatoria. Este cuadro se presenta en general como asintomático, pero también puede presentarse acompañado de complicaciones como la obstrucción parcial del intestino y la apendicitis aguda, como en el

caso aquí presentado. Se debe tomar en cuenta, durante el transoperatorio, que a pesar del importante proceso inflamatorio y del plastrón periapendicular encontrado, la ausencia de proceso fibrinopurulento fue muy llamativo y nos debe orientar a sospechar de esta patología. Actualmente, para el manejo de este tipo de cuadros tenemos a disposición una técnica bastante accesible y menos cruenta, que es la laparoscopia, que en nuestros días y con publicaciones de estudios más grandes, soportan y orientan cada vez con mayor fuerza hacia la cirugía de

mínima invasión, con menor porcentaje de complicaciones y mayor cantidad de ventajas sobre la cirugía abierta, a pesar de que el costo de esta técnica sigue siendo el aspecto negativo más importante y aunque algunas veces existen dificultades técnicas, la apendicectomía por vía laparoscópica está siendo aceptada y usada cada vez con mucha mayor frecuencia.

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Imagenología del Hospital Ángeles Pedregal.
Al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Ángeles Pedregal.

REFERENCIAS

1. Hardin DM Jr. Acute appendicitis: review and update. *Am Fam Physician* 1999; 60: 2027-34.
2. Señuque-Artini M, López de Cenarruzabeitia I, Rodríguez-Conde N et al. Schistosomiasis as a cause of acute appendicitis. *Cir Esp* 2009; 85(6): 387-9.
3. Wani I, Maqbool M, Amin A et al. Appendiceal ascariasis in children. *Ann Saudi Med* 2010; 30(1): 63-6.
4. Rockville, MD. *Endometriosis*: National Institutes of Health, National Institute of Child Health and Human Development, US Department of Health and Human Services 2002. NIH Publication 02-2413.
5. Podgaec S, Abrao MS, Dias Jr JA et al. Endometriosis: an inflammatory disease with a Th2 immune response component. *Hum Reprod* 2007; 22(5): 1373-9.
6. Idetsu A, Ojima H, Saito K et al. Laparoscopic appendectomy for appendiceal endometriosis presenting as acute appendicitis: Report of a case. *Surg Today* 2007; 37: 510-513.
7. Prystowsky JB, Stryker SJ, Ujjiki GT et al. Gastrointestinal endometriosis: incidence and indications for resection. *Arch Surg* 1988; 123: 855-8.
8. Pillay SP, Hardie IR. Intestinal complications of endometriosis. *Br J Surg* 1980; 67: 677-9.
9. Yildirim S, Nursal T, Tarim A et al. Colonic obstruction due to rectal endometriosis: Report of a case. *Turk J Gastroenterol* 2005; 16(1): 48-51.
10. Soler-Dorda G, Fernández-Díaz MJ, Martín-Parra I et al. Complicaciones sépticas intraabdominales tras apendicectomía laparoscópica: descripción de una posible nueva complicación específica de la apendicectomía laparoscópica. *Cir Esp* 2007; 82(1): 21-26.
11. Mittal VK, Choudhury SP, Cortez JA. Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis. *Am J Surg* 1981; 142: 519-21.