

# Cirugía y Cirujanos

Volumen 73  
Volume

Número 4  
Number

Julio-Agosto 2005  
July-August

*Artículo:*

Apendicitis del muñón apendicular.  
Informe de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de  
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

# Apendicitis del muñón apendicular. Informe de un caso

Dr. Felipe Robledo-Ogazón,\* Dr. Luis Bojalil-Durán,\*\*  
Dra. Adriana Vargas-Rivas, \*\* Dr. Leopoldo Torres-Vieyra, \*\*\* Dra. Yuriria Valle-Carmona\*\*\*\*

## Resumen

La apendicitis aguda es la primera causa de cirugía en el mundo, aproximadamente se reportan 1.4 casos por mil en la población general. Por su parte, la apendicitis en el muñón apendicular es un evento muy raro que ocurre cuando se realiza una appendicectomía incompleta secundaria a una mala apreciación de la base del ciego por edema del ciego, acodamiento del apéndice, abscesos o múltiples adherencias. En la actualidad no se conoce con exactitud la incidencia de este padecimiento, sin embargo, existen reportes que sugieren va en ligero aumento quizás por la aparición de la appendicectomía por vía laparoscópica. En este informe se pretende hacer hincapié en la posibilidad diagnóstica de apendicitis del muñón apendicular, en pacientes con dolor abdominal agudo sugestivo de patología apendicular y cuando exista antecedente de appendicectomía, ya que esto podría influir directamente sobre la evolución o el retraso en el diagnóstico.

**Palabras clave:** muñón apendicular, apendicitis aguda, apendicitis del muñón apendicular, absceso del muñón apendicular.

## Summary

Acute appendicitis is still the first cause of abdominal surgery worldwide, with 1.4 cases/1000 in the general population. As frequent as this is, appendiceal stump appendicitis is a very rare surgical event, due to an incomplete appendix resection and misleading cecum base identification due to cecum edema, abscesses, abnormal anatomy position of the appendix or multiple adhesions. The incidence of appendiceal stump appendicitis is not well known; however, there are some reports that suggest a slight increase in this pathology possibly due to laparoscopic surgical techniques. This report attempts to point out this diagnostic possibility to be considered by the surgeon when presented with a patient with acute abdominal pain and a past appendectomy.

**Key words:** appendiceal stump, acute appendicitis, appendiceal stump appendicitis, appendiceal stump abscesses.

## Introducción

A principios del siglo XVI, el apéndice cecal fue reconocido como una estructura anatómica independiente.<sup>1</sup> En 1554, Fernal<sup>2</sup> describió un caso de apendicitis aguda en una niña de siete años que fue tratada médicaicamente por diarrea y posteriormente por dolor abdominal intenso; la autopsia reveló

apendicitis aguda necrótica y perforada. El primer informe de una appendicectomía se le atribuye a Amyand,<sup>3</sup> quien encontró un apéndice perforado en un saco herniario inguinal, resecándolo e informando una buena evolución del paciente. A mediados de 1800 empiezan a surgir los informes de abscesos apendiculares detectados antes de morir el paciente, los cuales se drenaban dando una oportunidad de sobrevida.

A finales del siglo XIX se estableció el tratamiento moderno de la apendicitis aguda: la resección total del órgano y limpieza de la cavidad. A Lawson Tait,<sup>4</sup> en Londres, se le atribuye haber quitado con éxito una apéndice gangrenada y posteriormente a Reginald Fitz, de Harvard, el establecimiento de la fisiopatología del padecimiento.<sup>5</sup>

A finales de los años ochenta y principios de los noventa del recién siglo pasado, se empezaron a popularizar las técnicas de cirugía por vía laparoscópica, dentro de las cuales estaba la appendicectomía,<sup>6</sup> técnica que a últimas fechas ha ganado muchos adeptos y cuyas características hacen que en ocasiones exista una resección incompleta del órgano, dejando un muñón largo que podría favorecer la aparición de esta patología.

\* Jefe de la División de Cirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

\*\* Servicio de Cirugía Gastrointestinal, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

\*\*\* Servicio de Anestesiología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

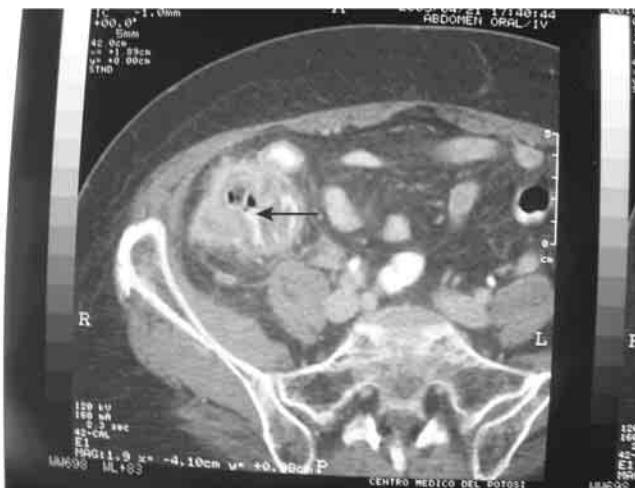
\*\*\*\* Alumna de la Escuela de Medicina, Universidad Anáhuac.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Felipe Robledo-Ogazón,  
Camino a Santa Teresa 1055-217, 10700 México, D. F.  
Tels.: 5652 6586 y 5761 2125. E-mail: faro@att.net.mx

Recibido para publicación: 21-09-2004

Aceptado para publicación: 17-11-2004



**Figura 1.** Tomografía abdominal con datos de tumoración a nivel de fosa iliaca derecha.

Baumgardner<sup>7</sup> fue el primero en describir un caso de apendicitis del muñón en una paciente de 44 años de edad operada previamente de apendicitis aguda y que años más tarde presentó cuadro abdominal agudo secundario a perforación del muñón apendicular de 1 cm de longitud, que se reportó en el examen de histopatología.

La posibilidad de presentar un nuevo cuadro abdominal agudo (apendicitis) puede surgir posterior a la resección del apéndice cecal por cirugía abierta.

En otras ocasiones es frecuente encontrarse con pacientes con herida en la fosa iliaca derecha relacionada con la extracción del apéndice cecal, el cual no fue extraído presentándose eventualmente una cuadro de abdomen agudo secundario a apendicitis aguda, siendo éste quizás el último de los diagnósticos sospechados. Referimos el siguiente caso debido a la rareza, dificultad en su diagnóstico e importancia quirúrgica.



**Figura 2.** Edema y engrosamiento de paredes.

## Caso clínico

Mujer de 80 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia: hipertensión arterial de 40 años de evolución, controlada actualmente con inhibidores de la ECA y appendicectomía a los 30 años de edad sin complicaciones. Inició su padecimiento 48 horas antes de ingresar al hospital con dolor moderado en fosa Iliaca derecha acompañado de náusea, vómito, astenia, adinamia y febrícula. A la exploración física se encontró frecuencia cardiaca de 85 x minuto, temperatura de 37.8 °C, tensión arterial de 150/90, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, con dolor a la palpación en hemi-abdomen inferior derecho. Se palpó tumoración dura, fija, ligeramente dolorosa de aproximadamente 5 cm de diámetro y a la presión y descompresión la paciente refería dolor, sugestivo de irritación peritoneal y peristalsis disminuida.

Al ingreso al hospital, a la paciente se le realizaron:

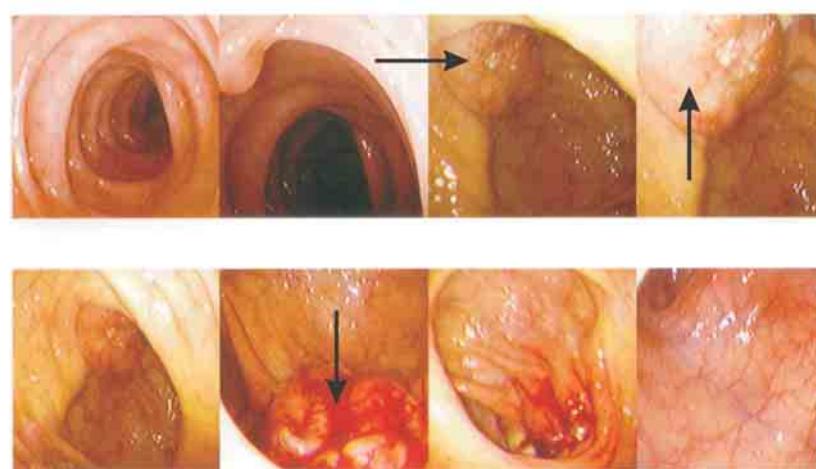
- Estudios paraclínicos y preoperatorios completos.
- Placas simples de abdomen en donde se observó datos en relación a proceso inflamatorio en fosa iliaca derecha.
- Ultrasonido abdominal con presencia de zona aumentada de densidad en fosa iliaca derecha.
- Tomografía axial computarizada abdominal donde se encontró aumento de la densidad grasa en la región correspondiente al ciego, con engrosamiento importante de sus paredes y edema localizado en la fosa iliaca derecha (figuras 1 y 2).
- Se realizó colonoscopia (figura 3) donde se observó tumoración ulcerada, friable, que protrusión hacia la luz del ciego, reportada como probable cáncer de colon y cuyas biopsias reportaron datos en relación a inflamación aguda y crónica.

Con estos estudios la paciente fue sometida a cirugía con diagnóstico de probable tumoración de colon derecho.

Durante el procedimiento quirúrgico se encontró tumoración de 8 x 5 cm a nivel del ciego, la cual estaba adherida a la pared abdominal derecha (corredera parietocólica), así como presencia de ganglios en mesocolon aumentados de tamaño (2 a 3 cm). Por diagnóstico de probable tumoración maligna, se procedió a realizar una hemicolecctomía derecha con ileo transverso anastomosis-latero-lateral. La pieza se envió a estudio histopatológico: en el lugar que correspondería al apéndice cecal se encontró tumoración nodular firme por la superficie serosa, de aproximadamente 3 cm de longitud x 1.5 cm de diámetro, que microscópicamente correspondió a apendicitis aguda.

Dado el antecedente quirúrgico de la paciente, se diagnóstico como una apendicitis del muñón apendicular. Los ganglios analizados correspondieron a proceso inflamatorio agudo.

La paciente evolucionó sin complicaciones y fue egresada a la semana de su internamiento.



**Figura 3.** Imagen de la colonoscopia con presencia de tumoración ulcerada en ciego.

## Discusión

La apendicitis del muñón es una entidad poco considerada al momento de evaluar a un paciente con dolor abdominal del cuadrante inferior derecho y abdomen agudo con antecedente de apendicectomía, lo cual ocasiona retraso en el diagnóstico y tratamiento. Es difícil establecer la frecuencia debido a que se informa poco en la literatura. En 1941, el doctor Schrager, de Chicago, analizó varias técnicas quirúrgicas en cuanto a la remoción de la apéndice cecal y el manejo del muñón apendicular, e informó acerca de la posibilidad de abscesos, tumoraciones y ruptura del muñón posterior a apendicectomía, estableciendo algunas recomendaciones.<sup>8</sup> En junio de 2004, el doctor Watkins informó que únicamente existían 29 casos reportados en la literatura mundial.<sup>9</sup>

En otro estudio, el doctor Williams estableció que la presencia de síntomas recurrentes y dolor persistente o intermitente en fosa iliaca derecha, en un paciente con antecedente de apendicectomía, obliga a descartar el diagnóstico de apendicitis del muñón. Además, mencionó como etiología la remoción profiláctica del apéndice a través de incisiones inadecuadas o por la presencia de un absceso que impide visualizar correctamente la base apendicular.<sup>10</sup>

Han sido reportadas varias patologías asociadas a un muñón apendicular, como por ejemplo tumoraciones (mucocele), abscesos y hemorragia del tubo digestivo bajo, todas con el común denominador de haber dejado un muñón apendicular largo.<sup>11-14</sup>

Se puede presentar tanto en cirugía abierta como en cirugía laparoscópica. En el primer caso, la presencia de edema, absceso o múltiples adherencias, así como dificultades técnicas por variantes anatómicas o vías de acceso, dan como

resultado la remoción incompleta del apéndice y como consecuencia el poder desarrollar esta apendicitis del muñón apendicular.<sup>15,16</sup>

Si bien la resección del apéndice cecal mediante técnicas laparoscópicas es cada vez más frecuente, existe la posibilidad de dejar un muñón apendicular largo, ya sea por dificultades técnicas o por la curva de aprendizaje y, por ende, la posibilidad de la patología referida.<sup>17-19</sup>

Consideramos que el presente caso tiene aspectos importantes para analizar. El antecedente de una apendicectomía previa, la edad de la paciente, la presencia de una tumoración palpable clínicamente en la fosa iliaca derecha, corroborada por tomografía y el resultado de la colonoscopia en el que se encontró una tumoración ulcerada en la base del ciego, podrían apoyar la posibilidad diagnóstica de una neoplasia probablemente maligna del colon, a pesar del resultado negativo a malignidad en las biopsias.

Si bien es cierto que la presentación clínica habitual de las neoplasias no es el dolor, en algunas ocasiones cuando existe perforación y sellamiento éstos pueden ser su manifestación clínica inicial.<sup>16</sup> En nuestra paciente definitivamente el antecedente de una apendicectomía desorientó al diagnóstico y al tratamiento oportuno, situación característica en estos casos.

Es un hecho que actualmente existe mayor posibilidad de dejar un muñón apendicular largo cuando el apéndice se extrae por vía laparoscópica, ya sea por dificultad técnica, edema del ciego y dificultad para encontrar su base, posición anatómicamente anormal del apéndice o múltiples adherencias, sin embargo, también existe esa posibilidad en cirugía abierta, siendo poco o nunca considerada al momento de realizar un diagnóstico diferencial.

En cuanto a la resección quirúrgica efectuada en nuestra paciente, con los antecedentes mencionados consideramos

que es adecuada dada la posibilidad de una tumoración maligna.<sup>11</sup> Una resección más conservadora hubiera dejado pendiente la posibilidad de una reintervención.

## Conclusión

La presencia de un muñón apendicular largo es una complicación que se presenta al momento de una apendicectomía incompleta, debido a edema de la base del ciego, abscesos, adherencias, posición anómala del apéndice y recientemente al aumento de la resección del apéndice cecal por vía laparoscópica. Por este motivo, es importante hacer hincapié en la resección total del apéndice cecal, sin importar la vía de abordaje. Las complicaciones secundarias reportadas varían desde la dehiscencia del muñón, hemorragia intestinal baja, abscesos, tumoraciones y la presencia nuevamente de un cuadro inflamatorio agudo.

La apendicitis del muñón apendicular es una patología poco frecuente y por lo general diagnosticada tarde, sin embargo, es importante que sea considerada en el diagnóstico diferencial del paciente con dolor abdominal en la fossa iliaca derecha y abdomen agudo. En el presente informe se desea puntualizar la existencia de esta patología para que sea considerada por el cirujano al momento de la exploración del paciente y así evitar retraso en el diagnóstico y sus complicaciones.

## Referencias

1. Meade RH. An introduction to the history of general surgery. Philadelphia: W.B. Saunders; 1968. pp. 291-304.
2. Fernal J. Universal medicina, 1554. Classic description of disease. US: Springfield; 1932. pp. 614-615.
3. Amyand C. Of an inguinal rupture, with a pin in the appendix coeci encrusted with a stone, and some observations on wounds in the gut. Phil Trans R Soc Lond 1736;39:329-342.
4. Tait L. Surgical treatment of typhlitis. Birmingham Med Rev 1890; 27:26-34.
5. Fitz RH. Perforating inflammation of the vermiform appendix, with a special reference to its early diagnosis and treatment. Am J Med Sci 1886;92:321-346.
6. Golub R, Siddiqui F, Pohl D. Laparoscopic versus open appendectomy: a metaanalysis. J Am Coll Surg 1998;186:545-553.
7. Baumgardner LO. Rupture of appendiceal stump three months after uneventful appendectomy with repair and recovery. Ohio State Med J 1949;45:476-477.
8. Schrager VL. Pathology of appendiceal stump. With suggestions for prophylaxis. Am J Surg 1941;LIV.
9. Watkins BP, Kothari SN. Stump appendicitis: case report and review. Surg Laparosc Endosc Perc Tech 2004;14(3):167-171.
10. Williams BT. Residual appendiceal stump. Am J Surg 1969;118:121-122.
11. Lien W-C, Liu K-L, et al. Mucocele of appendiceal stump. Surgery 2004;136:93-94.
12. Pocard M, Chasserman P, Parc R. Massive rectal bleeding after appendectomy: report of two new cases and review of the literature. Ann Chirurg 2002;127:703-705.
13. Harris CR. Appendiceal stump abscess ten years after appendectomy. Am J Emerg Med 1989;7:411-412.
14. Siegel SA. Appendiceal stump abscess; a report of stump abscess twenty-three years postappendectomy. Am J Surg 1954;88:60-632.
15. Williams RA, Myers P. Pathology of the appendix. London: Chapman and Hall; 1994. pp. 1-7.
16. Ellis H, Nathanson LK. Appendix and appendectomy. In: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H, editors. Maingot's abdominal operations. 10th ed. Stamford, CT: Appleton and Lange; 1997. pp. 1191-1227.
17. Thomas SE, Denning DA, Cummings MH. Delayed pathology of the appendiceal stump: a case report of stump appendicitis and review. Am Surg 1994;60(11):842-844.
18. Mangi AA, Berger DL. Stump appendicitis. Am Surg 2000; 66(8):739-741.
19. Erzurum VZ, Kasirajan K, Hashmi M. Stump appendicitis: a case report. J Laparoendosc Adv Surg Tech 1997;7(6):389-391.

