

# Apéndicitis aguda sin enfermedad de Crohn en un paciente con inflamación intestinal. Informe de un caso

Ernesto Sierra-Montenegro, Eduardo Villanueva-Sáenz, José Luis Rocha-Ramírez, Javier Pérez-Aguirre, José Manuel Fernández-Rivero, René Soto-Quirino

## Resumen

**Introducción:** La enfermedad de Crohn fue descrita por primera ocasión en 1932; la asociación de apéndicitis aguda con esta enfermedad es muy rara y ante afectación del ciego el riesgo de fistula es muy alto. El objetivo fue informar un caso de apéndicitis aguda en un paciente con diagnóstico de enfermedad de Crohn.

**Caso clínico:** Mujer de 48 años de edad, con diagnóstico reciente de enfermedad de Crohn quien presentó cuadro clínico de dolor abdominal intenso en fossa iliaca derecha con tratamiento médico inicial sin mejoría, por lo cual fue necesaria la resolución quirúrgica por vía laparoscópica.

**Conclusiones:** La incidencia de la enfermedad de Crohn que afecta el apéndice varía de 12 a 16 % en pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a resección intestinal. Si no afecta el ciego se debe realizar solo apendicectomía con colocación de drenaje blando, y el abordaje laparoscópico es adecuado.

**Palabras clave:** Apéndicitis aguda, enfermedad de Crohn, laparoscopia.

## Summary

**Background:** Crohn's disease was described for the first time in 1932. The association of acute appendicitis with this disease is very rare and when the cecum is involved, risk of fistula is very high.

**Clinical case:** We present the case of a 48-year-old female who had been diagnosed with Crohn's disease several months earlier. The patient complained of intense abdominal pain in the right lower quadrant and was treated medically without improvement. Thus, laparoscopic surgery was decided upon.

**Conclusions:** The appendix was affected in 12-16% of all patients with Crohn's disease who had intestinal resection. If the cecum is not affected, appendectomy using laparoscopic procedure with soft tissue drainage is adequate.

**Key words:** Acute appendicitis, Crohn's disease, laparoscopy.

## Introducción

En 1932, Crohn informó de una enfermedad del ileón terminal que afectaba a adultos jóvenes, caracterizada por cuadro inflamatorio subagudo o crónico necrotizante y cicatrizante.<sup>1</sup>

En 1953, Meyerding y Bertam reseñaron por primera vez la enfermedad de Crohn limitada al apéndice cecal.<sup>2</sup> Aunque afecta a éste en 25 % de los casos con variedad ileítis, raramente solo se involucra al apéndice cecal como manifestación primaria de la enfermedad.<sup>3,4</sup>

La apéndicitis aguda y la enfermedad de Crohn a nivel ileocecal se manifiestan con dolor en fossa iliaca derecha, pero por fortuna las dos condiciones raramente coexisten ya que requieren tratamientos dramáticamente opuestos.<sup>5</sup>

El objetivo aquí es informar el caso de una paciente con diagnóstico de enfermedad de Crohn quien presentó apéndicitis aguda.

## Caso clínico

Mujer de 48 años de edad con diagnóstico reciente de enfermedad de Crohn, variedad colitis con afección perianal, en tratamiento con 6 g diarios de mesalazina por vía bucal y supositorios de 250 mg cada 12 horas (figura 1). Dos semanas antes de su ingreso hospitalario presentó dolor abdominal tipo cólico difuso de intensidad variable, que se localizó en fossa iliaca derecha, fiebre de 38 °C. A la exploración física se identificó plastrón inflamatorio en fossa iliaca derecha. Las radiografías de abdomen de pie y decúbito mostraron niveles hidroaéreos, así como ausencia de aire en recto. La biometría hemática indicó leucocitosis de 16 mil y desviación a la izquierda.

Departamento de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F.

**Solicitud de sobretiros:**  
Ernesto Sierra-Montenegro,  
Cañar 607, Guayaquil-Ecuador.  
E-mail: gesierra21@yahoo.com

Recibido para publicación: 12-01-2007  
Aceptado para publicación: 17-04-2007



**Figura 1.** Úlceras profundas cubiertas de exudado fibrinopurulento.

La paciente fue tratada de manera conservadora con hidratación, dosis máxima de mesalazina vía oral y esteroides (300 mg diarios de hidrocortisona), sin mejoría a las 48 horas, por lo cual se le realizó laparoscopia diagnóstica con la cual se encontró plastrón inflamatorio sobre el área apendicular (figura 2); se identificó el apéndice edematoso en tercio medio y distal, la base del apéndice y el ciego de aspecto normal; íleon terminal normal, con grasa pericólica cubriendo la parte anterior del colon ascendente. Se realizó lisis de adherencias y apendicectomía tipo Pouche, con endoloop de vicryl (dos) y colocación de drenaje blando tipo Penrose, con evolución posquirúrgica satisfactoria. El drenaje fue retirado a las 48 horas y la paciente fue egresada con 4.5 g de mesalazina vía bucal sin esteroides.

A la observación macroscópica de la pieza se identificó plastrón apendicular de  $7.5 \times 1$  cm de diámetro, de consistencia blanda, color pardo gris con áreas congestivas blanco rosadas e irregulares más áreas hemorrágicas, adherido al mesocongestivo, de aproximadamente  $4 \times 3$  cm. El estudio histopatológico identificó mucosa interrumpida por epitelio ulcerado conformado por células polimorfonucleares más áreas de ulceración y hemorragia, sin células de Langhans, compatibles con apendicitis aguda sin enfermedad de Crohn (figura 3).



**Figura 2.** Plastrón apendicular.

La paciente, tras un seguimiento de tres meses se mantenía estable sin dolor abdominal ni datos de complicación. En el control endoscópico a los seis meses se observó ausencia de lesiones ulcerosas iniciales e íleon terminal de aspecto normal.

## Discusión

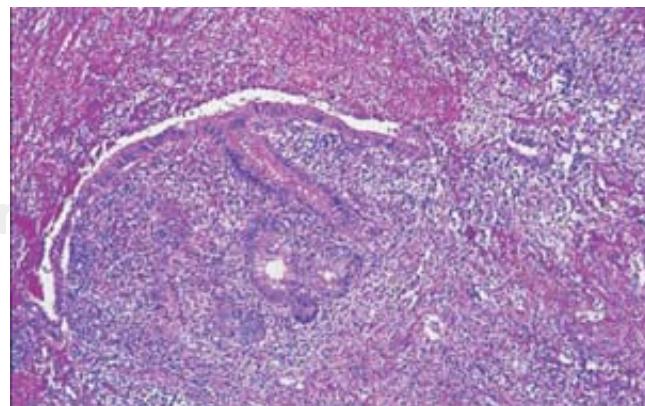
La incidencia de la enfermedad de Crohn que afecta el apéndice varía de 12 a 16 % en pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a resección intestinal,<sup>6</sup> y en 50 % en pacientes con enfermedad de Crohn que afecta el colon.<sup>7</sup>

La apendicectomía es el procedimiento rutinario cuando la enfermedad de Crohn está limitada al apéndice cecal,<sup>6,8</sup> con bajo índice de fistula enterocutánea, sin embargo, su incidencia en el posoperatorio es de 3.5 %,<sup>4</sup> mientras que en los pacientes con enfermedad de Crohn que afecta el segmento ileocecal el rango se incrementa a 15 %.<sup>9</sup>

En 1982, Fonkalsrud y colaboradores publicaron una serie de nueve pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn que fueron intervenidos por apendicitis aguda, de los cuales siete presentaron obstrucción o fistula, y dos no tuvieron complicaciones; concluyeron que el riesgo de fistula se incrementa ante afectación cecal.<sup>10</sup>

En la literatura se han descrito cinco casos de apendicitis aguda en pacientes con enfermedad de Crohn, pero no existe razón satisfactoria que explique esta rara asociación.<sup>11,12</sup> El tratamiento tradicional ha sido con cirugía abierta, siendo éste el primer caso en la literatura mexicana con abordaje laparoscópico. Es claro que el desarrollo de fistula del muñón apendicular sólo se produce si el ciego está afectado,<sup>10,13</sup> y existe evidencia de que los pacientes jóvenes tienen mayor riesgo de desarrollar fistulas comparados con los de mayor edad.<sup>10</sup>

Aun cuando nuestra paciente tenía diagnóstico de enfermedad de Crohn sin afectación del ciego e íleon terminal, presentaba apendicitis aguda y, lo más importante, en la microscopía no se encontraron células gigantes multinucleadas de Langhans,



**Figura 3.** Infiltrado inflamatorio, ulceración y hemorragia.

abscesos críticos, hiperplasia neural y linfagectasias,<sup>14</sup> que llevarían al diagnóstico de Crohn apendicular y cambiarían totalmente la presentación del caso.

La laparoscopia diagnóstica es un procedimiento seguro que ofrece la ventaja de realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos en pacientes con dificultad diagnóstica.

## Conclusiones

El tratamiento del paciente con enfermedad de Crohn y dolor abdominal en fossa iliaca derecha debe iniciarse en forma médica y vigilancia estrecha; si el cuadro clínico no mejora en 24 a 48 horas está indicado realizar laparoscopia diagnóstica o laparotomía exploradora, a fin de evitar complicaciones enmascaradas por el uso de esteroides, sin embargo, la intervención quirúrgica se puede retrasar por la exacerbación de la enfermedad inflamatoria intestinal. Si el ciego no se encuentra afectado se debe realizar sólo apendicectomía, ya que el riesgo de fistula es bajo; en caso de afectación del ciego se debe efectuar hemicolectomía derecha.

## Referencias

1. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GO. Regional ileitis: a pathologic and clinical entity. JAMA 1932;99:1323-1329.
2. Meyerding EV, Bertram HF. Non-specific granulomatous inflammation (Crohn's disease) of the appendix. Surgery 1953;34:891-894.
3. Vanek VW, Spirots G, Awad M. Isolated Crohn's disease of the appendix. Two case reports and a review of the literature. Arch Surg 1988;123:85-87.
4. Cuberes R, Picardo A, Dela Plaza R. Apéndicitis granulomatosa y enfermedad de Crohn apendicular; análisis de nuestra experiencia y revisión de la bibliografía. Cir Esp 1998;64:113-116.
5. Korelitz BI, Sommers SC. Perforated non-granulomatous appendicitis in the course of regional ileitis. Gastroenterology 1973;64:1020-1025.
6. Bak M, Andersen J. Crohn disease limited to the vermiform appendix. Acta Chir Scand 1987;153:441-446.
7. Allen DC, Biggart JD. Granulomatous disease in the vermiform appendix. J Clin Pathol 1983;36:632.
8. Cerdán F, Balsa T, Torres-Melero J. Enfermedad de Crohn apendicular. Rev Esp Enf Digest 1995;87:331-334.
9. Ariel I, Vinograd I, Hershlag A. Crohn's disease isolated to the appendix: truths and fallacies. Hum Pathol 1986;17:1116-1121.
10. Fonkalsrud EW, Ament ME, Fleisher D. Management of the appendix in young patients with Crohn's disease. Arch Surg 1982;117:11-14.
11. Honore LH. Early Crohn's distal ileitis, acute appendicitis and carcinoma of the proximal transverse colon in a 39-year-old woman: a case report. Am J Proctol Gastroenterol Colon Rectal Surg 1982;33:6-10.
12. Kovalcik P, Simstein L, Weiss M, Mullen J. The dilemma of Crohn's disease: Crohn's disease and appendectomy. Dis Colon Rectum 1977;20:377-380.
13. Marx FW Jr. Incidental appendectomy with regional enteritis: advisability. Arch Surg 1964;88:546-551.
14. Prieto-Nieto I, Pérez-Robledo JP, Hardisson D, Rodríguez-Montes JA, Larrauri-Martínez J, García-Sancho ML. Crohn disease limited to the appendix. Am J Surg 2001;182:531-533.