

Apéndicitis del muñón apendicular

Roberto Suárez-Moreno,* Luis Virgilio Ponce-Pérez,* Fernando Vera-Rodríguez,*
Miguel Ángel Margain-Paredes,* Prixila González-Vargas*

Resumen

Introducción: la apéndicitis del muñón es un evento poco frecuente que se caracteriza por inflamación del remanente apendicular. Aunque normalmente se trata de una complicación temprana, el cuadro puede aparecer incluso 50 años después de la cirugía.

Caso clínico: paciente masculino de 66 años de edad, con antecedente de apendicectomía laparoscópica, con cuadro de dolor abdominal, leucocitosis y datos de irritación peritoneal; por todo eso se decidió operarlo y durante el procedimiento se encontró apéndicitis del muñón apendicular y peritonitis localizada, se le efectuó apendicectomía del muñón. Su evolución fue satisfactoria.

Conclusiones: el diagnóstico de apéndicitis del muñón representa un reto para el cirujano porque los estudios de imagen no han demostrado ser de gran ayuda para este fin. La resección laparoscópica del apéndice cecal es cada día más frecuente, con la posibilidad de dejar un muñón apendicular largo, quizás por dificultades técnicas. El antecedente de apendicectomía puede retrasar el diagnóstico y aumentar la morbilidad y mortalidad. El cuadro clínico se resuelve con cirugía laparoscópica o abierta y con resección del remanente apendicular.

Palabras clave: apéndicitis del muñón, apéndicitis aguda, obstrucción intestinal, abdomen agudo.

Abstract

Background: stump appendicitis is a rare disease characterized by inflammation of the appendiceal remnant. Although normally this is an early complication that can be present until 50 years after surgery.

Clinical case: male patient of 66 years old with antecedent of laparoscopic appendectomy, that present abdominal pain, leucocytosis and peritoneal irritation was decided surgical management finding stump appendicitis, doing stump appendectomy. His evolution was satisfactory.

Conclusions: the diagnosis is a challenge for the surgeon, because imaging studies have not proved very helpful for diagnosis. Resection of the cecal appendix by laparoscopic techniques is now more common, giving it the possibility to leave a long stump, perhaps due to technical difficulties. A history of appendectomy may delay diagnosis thus increasing the morbidity and mortality. The resolution of appendiceal stump appendicitis by surgery is performed either by laparoscopic or open resection of the remnant appendiceal.

Key words: appendiceal stump appendicitis, acute appendicitis, intestinal obstruction, acute abdomen.

Introducción

De acuerdo con Semm, la primera apendicectomía la realizó Claudio Amyand, en 1736. En 1889 McBurney argumentó la necesidad del diagnóstico e intervención quirúrgica tempranos y practicó la incisión de división muscular que lleva su nombre. En 1982 el ginecólogo alemán Kurt Semm efectuó la primera apendicectomía laparoscópica.¹

La apéndicitis del muñón es una inflamación aguda del remanente apendicular, complicación rara de la postapendicectomía que puede manifestarse en el postoperatorio inmediato o incluso, 50 años después del procedimiento. La primera publicación de esta complicación la hizo Rose en 1945 y desde entonces, en la bibliografía médica se han reportado muy pocos casos de apéndicitis del muñón.²

Objetivo: describir el caso de un paciente con apéndicitis del muñón apendicular un año después de la apendicectomía laparoscópica.

Caso clínico

Paciente masculino de 66 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de siete años de evolución con tratamiento médico, evento vascular cerebral con stent carotídeo, resección transuretral prostática un año antes y apendicectomía por laparoscopia doce meses previos al cuadro clínico motivo de este reporte.

El padecimiento se inició tres días antes de su ingreso al hospital, con dolor abdominal, tipo cólico, localiza-

* Cirugía General.

Servicio de Cirugía General, Hospital Ángeles Metropolitano, México, D.F.

Correspondencia:

Dr. Luis Virgilio Ponce Pérez

Dirección: Tlalocatlpan 59, sótano, Torre Diamante, Enseñanza.

Colonia Roma Sur. Cuauhtémoc, C.P. 06760. México, D.F.

Tel.: Consultorio: 52651800 ext. 4006 / 5564 0782 y 7263

Correo electrónico: kamelv@hotmail.com.

Recibido para publicación: 13-07-2011

Aceptado para publicación: 22-09-2011

do en el hipogastrio, de intensidad 8/10 e imposibilidad para evacuar y expulsar gases. Durante la exploración física se advirtieron los siguientes datos: regular estado de hidratación, taquicardia sin afectación cardiopulmonar aparente, abdomen distendido, resistencia muscular involuntaria, dolor a la palpación media y profunda. El tacto rectal se percibió con ámpula vacía. De los estudios de laboratorio efectuados al ingreso destacaron: leucocitosis de 11,300 y segmentados de 83%. En la radiografía de abdomen se observaban múltiples niveles hidroáreos y ausencia de gas en el ámpula rectal (Figura 1). El tratamiento inicial consistió en: hidratación, antibiótico y sonda nasogástrica sin mejoría en las primeras seis horas. Por la sospecha de oclusión intestinal se decidió efectuarle una laparoscopía diagnóstica que se convirtió a laparotomía exploradora en la que se encontraron: peritonitis purulenta, dos fecalitos en la cavidad abdominal y apendicitis de muñón apendicular de 2 cm (Figuras 2 y 3). Se resecó el muñón, lavó la cavidad y se colocó un drenaje cerrado.

La evolución hospitalaria fue de mejoría, asintomático, con tolerancia adecuada a la dieta, sin problemas para la expulsión de gases ni para evacuar, por eso se le dio de alta del hospital.



Figura 1. Radiografía de abdomen con múltiples niveles hidroáreos, ausencia de gas en el ámpula rectal con imagen sugerente de obstrucción intestinal.



Figura 2. Foto macroscópica de apendicitis del muñón apendicular.

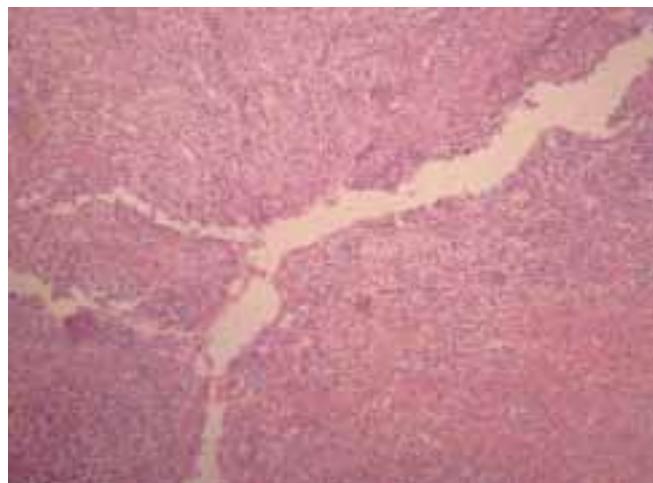


Figura 3. Foto microscópica de apendicitis del muñón apendicular.

Discusión

La apendicitis del muñón apendicular es un evento excepcional que en el Reino Unido y Gales tiene una incidencia de 1 en 50,000 casos, que puede aparecer en cualquier momento posterior a la cirugía inicial.³

El tiempo de establecimiento va de dos semanas a incluso décadas después de la apendicectomía.⁴

Se han reportado varios padecimientos asociados con el muñón apendicular, como: tumores (mucocele), abscesos y hemorragia del tubo digestivo bajo, todas con el común denominador de haber dejado un muñón apendicular largo.⁵

El diagnóstico clínico es un reto. En una serie de cinco casos se comprobó que 60% de los pacientes iniciaron con un cuadro de dolor en el epigastrio, 80% con náuseas, febrícula y dolor en la fosa iliaca derecha. En los pacien-

tes apendicectomizados el signo de Blumberg positivo y la leucocitosis pueden manifestarse incluso en 100% de ellos.⁶

Williams estableció que los síntomas y el dolor persistente o intermitente en la fosa iliaca derecha en un paciente con antecedente de apendicectomía, obliga a descartar el diagnóstico de apéndicitis del muñón.⁷

La utilidad del ultrasonido en el diagnóstico de apéndicitis aguda está bien establecida, pero no lo suficientemente valorada en el diagnóstico de apéndicitis del muñón. En algunos pacientes, el ultrasonido identifica los cambios infla-

matorios iniciales originados por la apéndicitis edematosas del muñón.⁸

Los hallazgos en la tomografía computada de abdomen en casos de apéndicitis del muñón son inespecíficos. Hay cambios inflamatorios pericecales, engrosamiento de la pared del ciego, formación de colecciones y abscesos en la pared parietocólica derecha.⁹

Cervantes et al., comentan que al no tener una amplia exposición, el cirujano laparoscopista puede ligar lo que él cree que es la base apendicular y dejar inadvertidamente un

Cuadro I. Comparación de nuestro caso con lo reportado en la bibliografía mundial.

Reporte		Edad					Apendicectomía	Muñón
	Reporte	Sexo	en años	Síntomas	Signos	Laboratorios y gabinete		
Baldisserotto ⁸	Fem	13		Dolor abdominal FID Náusea Vómito	Rebote Fiebre	Leucocitosis USG líquido libre Dos ganglios	2 meses	8 mm
Cervantes ¹⁰	Fem	55		Dolor abdominal FID Escalofríos	Taquicardia Rebote Fiebre	Leucocitosis Bandemia Rx de abdomen ileo reflejo TC masa en ciego, paredes engrosadas, disminución de lumen	5 meses	3 cm
Clark ³	Fem	34		Dolor abdominal FID	Rebote	TC absceso intraabdominal	10 días	3cm
Estévez ⁶	Mas	28		Dolor abdominal	Febrícula	Leucocitosis	2 meses	2 cm
	Mas	52		FID	Rebote		25 años	3 cm
	Mas	46		Náusea			2 años	5 cm
	Mas	26		Vómito			2 años	2 cm
	Fem	20					4 meses	3 cm
Robledo ⁵	Fem	80		Dolor abdominal FID Náusea Vómito	Febrícula Tumoración FID Rebote	Rx de abdomen inflamación en FID USG zona aumentada de densidad en FID TC engrosamiento paredes ciego Colonoscopia tumoración ulcerada	50 años	3 cm
Gasmí ⁴	Mas	9		Dolor abdominal FID Vómito	Fiebre Rebote	Leucocitosis Rx de abdomen con ileo reflejo Fecalito USG fecalito	3 años	3 cm
Uludag ⁹	Mas	47		Dolor abdominal Diarrea Anorexia Náusea	Rebote Tumoración en FID	Leucocitosis USG tumoración en FID TC estructura tubular que se extiende desde el ciego a la pared Ganglios	20 años	2 cm
Suárez (nuestro caso)	Mas	66		Dolor abdominal Hipogastrio No evacua, ni expulsa gases	Distensión abdominal Rebote	Leucocitosis Rx de abdomen con múltiples niveles hidroaéreos	1 año	2 cm

Abreviaturas: Mas = masculino; Fem = femenino; FID = fosa iliaca derecha; Rx = radiografía; USG = ultrasonido, TC = tomografía computada

segmento apendicular de 3 cm de longitud, que es el que origina el cuadro de abdomen agudo.¹⁰

La resección del apéndice cecal mediante laparoscopia es cada vez más frecuente y con ello la posibilidad de dejar un muñón apendicular largo, quizás por dificultades técnicas o por la curva de aprendizaje.¹¹

El cuadro clínico sólo puede resolverse mediante cirugía laparoscópica o abierta, con resección del remanente apendicular.

En el Cuadro I se incluyen los hallazgos reportados en la bibliografía a propósito de la apendicitis del muñón apendicular y también los nuestros. Todas las apendicectomías se realizaron inicialmente por laparoscopia, con síntoma pivote de dolor abdominal localizado en los cuadrantes inferiores o cercanos a la cicatriz de la apendicectomía. El signo más representativo fue el rebote; en algunos reportes mencionan tumores mal delimitados en la fossa iliaca derecha. Por lo que se refiere a los reportes de laboratorio destaca la leucocitosis. El ultrasonido no fue específico para el diagnóstico. En la mayor parte de los reportes, la tomografía computada abdominal orientó hacia un proceso inflamatorio cercano al ciego y abscesos intraabdominales. El tiempo de aparición del cuadro tuvo variaciones importantes desde una semana hasta un par de décadas. La edad se ubicó en límites de 9 y 80 años. En cuanto al sexo se reportaron más casos en pacientes masculinos, que femeninos. El tamaño del muñón apendicular fue desde 8 mm hasta 5 cm de longitud. En nuestro caso clínico fue de 2 cm, similar a lo que reportan otros casos.

Conclusión

La apendicitis del muñón apendicular es un evento excepcional que debe sospecharse en pacientes con antecedentes

de apendicectomía. En la revisión de la bibliografía internacional sólo se encontraron dos reportes de casos aislados. En realidad, no existen estudios que hayan revisado grandes series que permitan establecer la verdadera frecuencia de la apendicitis del muñón apendicular. Sin embargo, es importante tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial del abdomen agudo en pacientes con: antecedente de apendicectomía, cuadro clínico caracterizado por dolor en la fossa iliaca derecha y cercana a la cicatriz quirúrgica; y en los estudios de laboratorio y gabinete complementarios compatibles con apendicitis.

Referencias

1. Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1983;15(2):59-64.
2. Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. *Med J Agust* 1945;32:659-662.
3. Clark J, Theodorou N. Appendicitis after appendectomy. *J R Soc Med* 2004;97:543-544.
4. Gasmi M, Fitouri F, Sahli S, Jemaï R, Hamzaoui M. A stump appendicitis in a child: a case report. *Ital J Pediatr* 2009;35:35-38.
5. Robledo-Ogazón F, Bojalil-Durán L, Vargas-Rivas A, Torres-Vieyra L, Valle-Carmona Y. Apendicitis del muñón apendicular. Informe de un caso. *Cir Cir* 2005;73(4):311-314.
6. Estévez Trujillo NM, Hernández Almeida E, Pérez Suárez M, Morales González RA. Inflamación aguda del remanente apendicular. *Multimed* 1998;3(1):1-3.
7. Williams BT. Residual appendiceal stump. *Am J Surg* 1969;118:121-122.
8. Baldisserotto M, Cavazzola S, Totti Cavazzola L, Itaqui Lopes MH, Corá Mottin C. Acute Edematous Stump Appendicitis Diagnosed Preoperatively on Sonography. *AJR* 2000;175(2):503-504.
9. Uludag M, Isgor A, Basak M. Stump appendicitis is a rare delayed complication of appendectomy: A case report. *World J Gastroenterol* 2006;12(33):5401-5403.
10. Cervantes CJ, Rojas RG, Baquera J, Ortiz C, Lezama M. Apendicitis después de apendicectomía por laparoscopia: informe de un paciente. *Cir Gen* 2002;24(2):151-154.
11. Mangi A, Berger DL. Stump appendicitis. *Am Surg* 2000;66(8):739-741.