

Cirujano General

Volumen **27**
Volume

Número **3**
Number

Julio-Septiembre **2005**
July-September

Artículo:

**Tumor cecal debido a apendicitis
crónica. Informe de un caso clínico**

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

**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***

Tumor cecal debido a apendicitis crónica. Informe de un caso clínico

*Cecal tumor due to chronic appendicitis.
Report of one clinical case*

*Dr. Álvaro José Montiel-Jarquín, Dr. Fernando Benítez-García Armora,
Dr. Marco Antonio Huerta-Solís, M.C. Gloria Ramos-Álvarez,
Dr. Tomás Martín Vargas-Maldonado*

Resumen

Objetivo: Describir un caso de tumoración apendicular secundario a apendicitis crónica.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción del caso: Mujer de 41 años portadora de constipación intestinal. Cuadro crónico de dolor abdominal, náuseas, hiporexia, febrícula, tratada con antibióticos, antiparasitarios, analgésicos y antiespasmódicos con mejoría leve y parcial; sin embargo, durante un año persistió con dolor crónico en vientre bajo, con predominio del lado derecho. Debido a lo anterior acudió a nuestro hospital, donde se realizó laparotomía exploradora, encontrando un tumor que ocluía la luz del ciego, debido a apendicitis crónica. Se realizó resección de ciego y de 20 cm de íleon terminal, con ileostomía. El informe histopatológico correspondió a un tumor en ciego secundario a apendicitis crónica.

Conclusión: Las características anatomopatológicas y las manifestaciones clínicas de la apendicitis crónica son diferentes a las de la apendicitis aguda. Los criterios para diagnosticar apendicitis crónica incluyen: síntomas de más de 4 semanas de duración, confirmación de la inflamación crónica por examen histopatológico, resolución de los síntomas después de la apendicectomía.

Palabras clave: Apéndice cecal, ciego, apendicitis crónica.

Cir Gen 2005;27:233-237

Abstract

Objective: To describe a case of appendicular tumor secondary to chronic appendicitis.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the case: Woman of 41 years, coursing with intestinal constipation. Chronic symptoms of abdominal pain, nausea, hyporexia, slightly feverish, treated with antibiotics, antiparasitics, analgesics, and antispasmodics, with slight partial improvement; however, for a year she persisted with chronic pain in the lower abdomen, predominating on the right side. Due to these symptoms she went to our hospital, where an exploratory laparoscopy was performed, finding a tumor that occluded the lumen of the cecum due to chronic appendicitis. The cecum was resected and 20 cm of the terminal ileum with ileostomy. The histopathological report corresponded to a tumor in the cecum secondary to chronic appendicitis.

Conclusion: The anatomopathological characteristics and the clinical manifestations of chronic appendicitis differ from those of acute appendicitis. The criteria to diagnose a chronic appendicitis include: symptoms of more than 4 weeks of evolution, confirmation of the inflammation through histopathological examination, resolution of the symptoms after appendectomy.

Key words: Cecal appendix, cecum, chronic appendicitis.

Cir Gen 2005;27:233-237

Departamento de Cirugía General y Laparoscópica, Anatomía Patológica, Pediatría y Laboratorio y Banco de Sangre del Centro Médico Nacional, "Manuel Ávila Camacho", del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, Puebla, Pue. México.

Recibido para publicación: 16 de enero de 2004.

Aceptado para publicación: 10 de diciembre de 2004.

Correspondencia: Dr. Álvaro José Montiel-Jarquín. 12 A Sur Núm. 3518 - 104, Centro Médico Anzures, Puebla, Pue. México. 72530.

Correo electrónico: dralmoja@hotmail.com

Introducción

El término apendicitis “crónica” permanece como un diagnóstico clínico de “buena fe”; sin embargo el diagnóstico patológico de esta entidad continúa en duda.¹ A través de los años, el término “apendicitis crónica” ha sido usado para describir cualquier tipo de dolor crónico que emana del apéndice donde la inflamación estuvo o no presente.²

Esta amplia categoría puede ser dividida más específicamente en: 1. Apendicitis crónica, en la cual el apéndice está infiltrado con células de inflamación crónica; 2. Apendicitis recurrente, en la que el cuadro agudo se resuelve espontáneamente antes de la intervención quirúrgica, resultando en fibrosis focal del apéndice y 3. Cólico apendiceal secundario a compromiso luminal.^{3,4}

La presentación típica de la apendicitis aguda es bien conocida, sin embargo, hay algunos pacientes que pueden presentar un cuadro atípico. En estos casos se llega al diagnóstico presuntivo mediante la realización de un ultrasonido de fosa iliaca derecha o una tomografía axial computadorizada, y al diagnóstico definitivo mediante cirugía y estudio histopatológico del apéndice cecal.⁵ En la evaluación de un paciente con dolor abdominal, una historia de episodios similares no excluye el diagnóstico de apendicitis aguda, crónica o recurrente.⁵

Durante la década de los años noventa, la apendicectomía electiva se utilizó en forma indiscriminada para tratar la llamada “apendicitis crónica”, así como para cualquier dolor crónico en cuadrante inferior derecho del abdomen no diagnosticado, resultando todo esto en un alto rango de falla en el alivio del dolor, tan alto como 40% - 75%, una mortalidad de hasta 2% y empeoramiento del dolor hasta en un 12%.⁶ En los siguientes años, las indicaciones quirúrgicas para la apendicectomía vinieron a ser más claras y la regresión de cualquier dolor abdominal recurrente o crónico por enfermedad del apéndice vino a ser un reto común.^{7,8}

La creación de diversos “scores” para reafirmar el diagnóstico de apendicitis aguda,⁷⁻¹⁹ así como la introducción de algunos métodos de diagnóstico de laboratorio y gabinete, y la mejora en ellos, han hecho posible la disminución en el rango de error diagnóstico de la patología, sin embargo, aún se llegan a observar las complicaciones de la enfermedad, pudiendo existir perforación apendicular hasta en un 15% de los casos,¹⁸ apendicectomías negativas hasta en un 10 a 30%,¹⁹ operaciones tardías y complicaciones después de la cirugía, lo que conlleva a una estancia hospitalaria prolongada y a que la evolución no sea la esperada.^{20,21}

Al realizar una laparotomía exploradora sin encontrar patología apendicular debemos buscar otras causas de abdomen agudo quirúrgico, a fin de encontrar una causa específica.^{19,22}

En este trabajo, presentamos un caso de “apendicitis crónica”, que durante un año evolucionó hasta llegar a ser una tumoración en ciego, su manejo quirúrgico, así como la evolución del caso.

Descripción del caso

Mujer de 41 años que acudió al hospital con los siguientes antecedentes: hipertensión y diabetes por rama ma-

terna; ginecológicos, dos parejas sexuales, menarca a los 15 años, inició vida sexual activa a los 18 años, ciclos menstruales regulares 28/3-4, gestas III, cesáreas II, aborto I, detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario negativos y oclusión tubaria bilateral como método de planificación familiar; personales patológicos: constipación intestinal crónica.

El cuadro clínico lo inició aproximadamente un año previo con dolor en fosa iliaca derecha, estado nauseoso, hiporexia, febrícula y exacerbación de la constipación intestinal. Fue tratada por su médico familiar con ampicilina, metronidazol y butilioscina combinada con metamizol. Con todo lo anterior tuvo una leve mejoría de la sintomatología, sin embargo, durante casi todo un año persistió con dolor intermitente en fosa iliaca derecha y en hipogastrio, acudiendo a consulta en forma constante. Durante todo ese tiempo fue manejada como portadora de síndrome de intestino irritable, con analgésicos, antiespasmódicos, antiambianos, procinéticos y laxantes. A pesar de todo lo anterior, la sintomatología sólo disminuía intermitente y parcialmente.

Ocho días previos a su ingreso a nuestro hospital, tuvo exacerbación del dolor, el cual se tornó intenso, en fosa iliaca derecha, acompañado de escalofríos, hipertermia continua de hasta 38.2 grados centígrados y vómito en tres ocasiones; a su ingreso la encontramos con tensión arterial de 120/80 mmHg, temperatura de 37.8 grados centígrados, frecuencia cardiaca de 91 por minuto y frecuencia respiratoria de 22 por minuto, con buen estado general, buena coloración de tegumentos. A nivel abdominal: cicatriz media infraumbilical no complicada, distensión abdominal leve, dolor de predominio derecho en todo el vientre bajo, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis disminuida y en flanco derecho un plastrón doloroso de aproximadamente unos 6 x 6 cm. El tacto vaginal con el cérvix cerrado y exudado blanquecino, no fétido.

Laboratorio y gabinete: hemoglobina de 12.4 g/dl, plaquetas 457 000, leucocitos 10 400 (80% neutrófilos), 4% bandas, glucemia de 112 mg/dl, urea de 15, creatinina 0.71, sodio 144, potasio 3.9, cloro 107, tiempo de protrombina 11.4 segundos con 98.3% de actividad, trombotoplastina parcial de 31 segundos; examen general de orina dentro de parámetros normales. Las radiografías simples de abdomen en decúbito y bipedestación mostraron como único dato importante abundante material fecal en el ciego y un asa fija en el hemiabdomen derecho (**Figuras 1 y 2**).

El ultrasonido de hueco pélvico mostró en la fosa iliaca derecha una masa irregular de ecogenicidad heterogénea, bordes mal definidos, sugestivas de tumoración y/o absceso en topografía de apéndice cecal (**Figura 3**).

Se sometió a una laparotomía exploradora de urgencia, encontrando una lesión tumoral irregular con dimensiones de 5 x 5 cm en la zona del ciego, de aspecto fibroso, con obstrucción casi total de la luz a nivel de la válvula ileocecal. No se realizó estudio histopatológico transoperatorio por no contar en esos momentos con el recurso. Debido a que no había evidencia macroscópica de tumoración maligna, se le realizó resección de ciego



Fig. 1. Rx. simple de abdomen en decúbito, la cual muestra un asa fija de intestino delgado con abundante material fecal a nivel de ciego.



Fig. 2. Rx. simple de abdomen en bipedestación, la cual muestra un asa fija de intestino delgado con abundante material fecal a nivel de ciego.

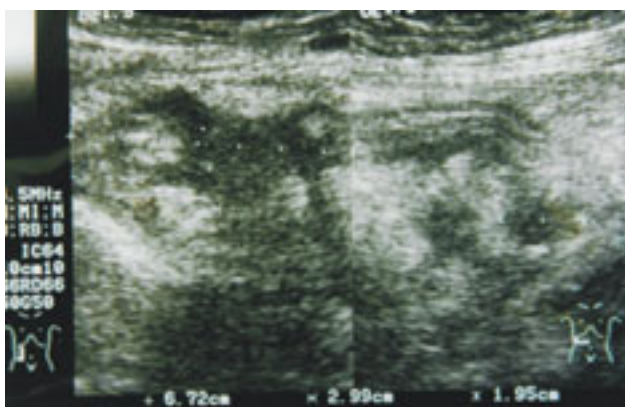


Fig. 3. Ultrasonido de hueco pélvico que muestra, en fosa iliaca derecha, una masa irregular de ecogenicidad heterogénea, bordes mal definidos, que sugieren tumoración y/o absceso en topografía de apéndice cecal.

con unos 10 cm de colon ascendente, 20 cm de íleon terminal y por falta de preparación intestinal, se tuvo que realizar ileostomía. El informe histopatológico definitivo reveló lo siguiente: se recibe una pieza etiquetada como íleon terminal y ciego, de aproximadamente 20 x 6 con serosa grisácea, al corte con obstrucción de la luz a nivel de unión ileocecal, mucosa aterciopelada, blanque-

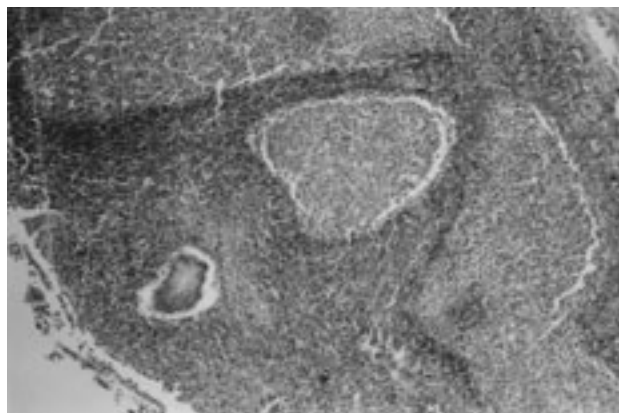


Fig. 4. Microfotografía (10x) que muestra mucosa de apéndice cecal.

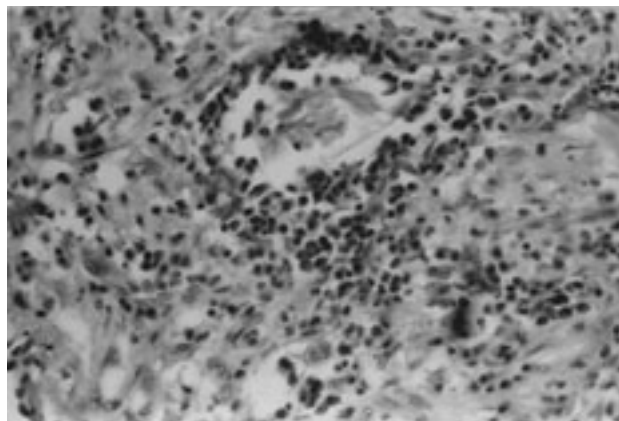


Fig. 5. Microfotografía (40x) que muestra pared de apéndice cecal con linfocitos y eosinófilos.

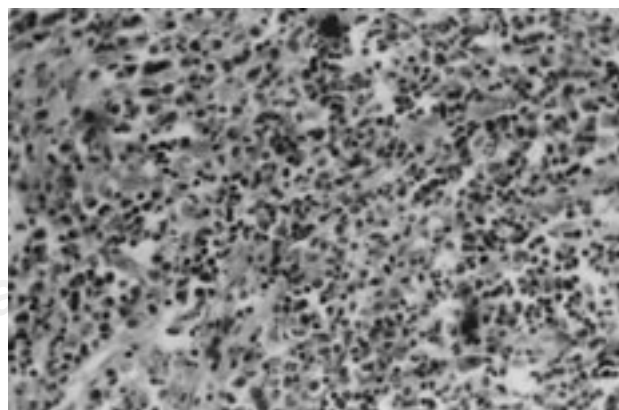


Fig. 6. Microfotografía (40x) con predominio de linfocitos y escasos eosinófilos.

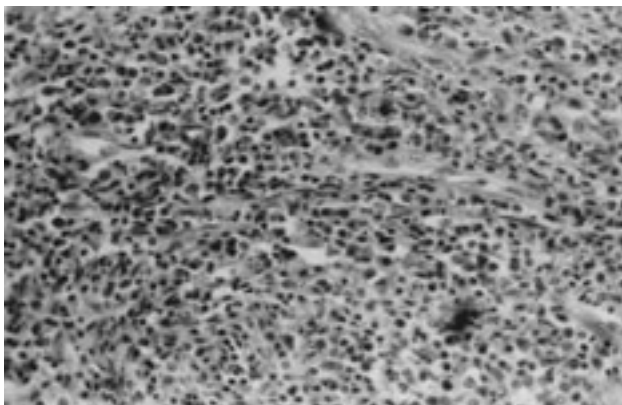


Fig. 7. Microfotografía (40x) infiltrado inflamatorio mixto (crónico y agudo) donde se observan linfocitos pequeños, eosinófilos y neutrófilos.

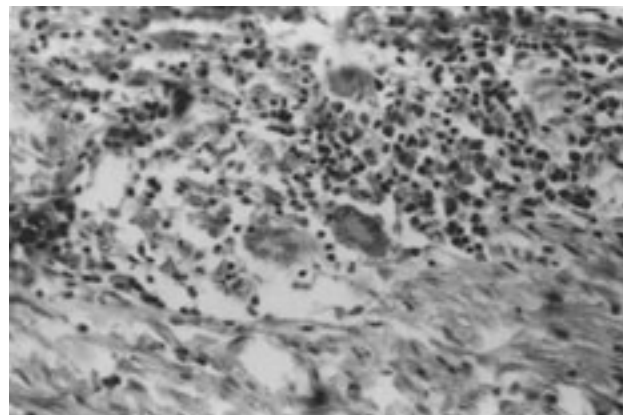


Fig. 8. Microfotografía (40x) infiltrado inflamatorio mixto (crónico y agudo) donde se observan linfocitos pequeños, eosinófilos, células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño y neutrófilos.

cina, sin identificarse apéndice cecal, y espesor de paredes de 2.5 cm de aspecto fibroso. Microscópicamente (**Figuras 4 a 8**): en la serosa del apéndice cecal y del ciego se observa proliferación de tejido fibroconectivo con un proceso inflamatorio crónico de moderado a severo, con la presencia de linfocitos y eosinófilos, extendido a muscular y submucosa compatible con "Apendicitis crónica". Dos meses después de la cirugía se procedió a realizar preparación intestinal para el cierre de ileostomía, llevándose a cabo ésta en forma satisfactoria.

Discusión

El dolor pélvico crónico es un problema común que representa un reto para los profesionales de la salud.²³ Las manifestaciones clínicas de la patología apendicular son muy variadas.^{2-5,8,17} Es cierto que hay duda en cuanto a la existencia o ausencia de los términos "Apendicitis crónica y apendicitis recurrente",^{1,5,8} sin embargo, éstos se demuestran por estudio histopatológico y debemos tenerlos en mente ante patología dolorosa recurrente de vientre bajo del lado derecho tanto en hombres como en mujeres.²² En los niños, podemos realizar laparotomías exploratorias negativas hasta en un 10%, y ante esta situación debemos buscar otras patologías que puedan ocasionar cuadro similar a dolor apendicular.¹⁹

El cuadro clínico de la apendicitis crónica es similar al de la apendicitis aguda. Sus manifestaciones suelen ser menos intensas, con menos dolor, los niveles de leucocitos pueden estar normales o ligeramente aumentados, sin desviación de la fórmula blanca hacia la izquierda y las radiografías simples de abdomen suelen revelar muy pocos o ningún dato y pueden llegar a confundirse con un cuadro de constipación intestinal.

Ante la duda diagnóstica en un dolor abdominal bajo, del lado derecho, recurrente, intermitente o continuo y con los antecedentes mencionados, debemos proceder a realizar una serie de estudios de diagnóstico entre los que se incluyen: ultrasonido de hueco pélvico derecho, tomografía axial computadorizada de abdomen y reso-

nancia magnética nuclear^{9,10,22} a fin de llegar a detectar la patología para evitar complicaciones como la que presentamos en este caso.

Referencias

1. Azar V, Hoda S, Tsai P, Morrissey K. "Chronic" appendicitis may be a dubious pathological entity, but recurrent appendicitis is not! *Lab Invest* 1997; 76(1): 53-4.
2. Stevenson RJ. Chronic right-lower-quadrant abdominal pain: is there a role for elective appendectomy? *Pediatr Surg* 1999; 34: 950-4.
3. Crabbe MM, Norwood S, Robertson HD, Silva JS. Recurrent and chronic appendicitis. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 163: 11-3.
4. Mattei P, Sola JE, Yeo CJ. Chronic and recurrent appendicitis are uncommon entities often misdiagnosed. *J Am Coll Surg* 1994; 178: 385-9.
5. Van Winter JT, Wilkinson JM, Goerss MW, Davis PM. Chronic appendicitis: does it exist? *J Fam Pract* 1998; 46: 507-9.
6. Carnett JB, Boles RS. Fallacies concerning chronic appendicitis. *JAMA* 1928; 91: 1679-83.
7. Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA* 1996; 276: 1589-94.
8. Savrin RA, Clausen K, Martin EW, Cooperman M. Chronic and recurrent appendicitis. *Am J Surg* 1979; 137: 355-7.
9. Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P. A computer-based diagnostic score to aid in diagnosis of acute appendicitis. A prospective study of patients with acute abdominal pain. *Theor Surg* 1992; 7: 86-90.
10. Van Way CW 3rd, Murphy JR, Dunn EL, Elerding SC. A feasibility study of computer aided diagnosis in appendicitis. *Surg Gynecol Obstet* 1982; 155: 685-8.
11. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 557-64.
12. Arnbjörnsson E. Scoring system for computer-aided diagnosis of acute appendicitis: the value of prospective versus retrospective studies. *Ann Chir Gynaecol* 1985; 74: 159-66.
13. Fenyo G. Routine use of a scoring system for decision-making in suspected acute appendicitis in adults. *Acta Chir Scand* 1987; 153: 545-51.

14. Ohmann C, Franke C, Yang Q, Margulies M, Chan M, Van Elk PJ, et al. Diagnose Score für achute Appendicitis. [Diagnostic score for acute appendicitis]. *Chirurg* 1995; 66: 135-41.
15. Lindberg G, Fenyo G. Algorithmic diagnosis of appendicitis using Bayes' theorem and logistic regression. *Bayesian Stat* 1988; 3: 665-8.
16. Teicher I, Landa B, Cohen M, Kabnick LS, Wise L. Scoring system to aid in diagnoses of appendicitis. *Ann Surg* 1983; 198: 753-9.
17. Christian F, Christian GP. A simple scoring system to reduce the negative appendectomy rate. *Ann R Coll Surg Engl* 1992; 74: 281-5.
18. Izbicki JR, Wilker DK, Mandelkow HK, Muller K, Siebeck M, Geissler K, et al. Retro-und prospective Untersuchung zur wertigkeit klinischer und laborchemischer Daten bei der akuten Appendicitis. [Retro-and prospective studies on the value of clinical and laboratory chemical data in acute appendicitis]. *Chirurg* 1990; 61: 887-94.
19. Knight PJ, Vassy LE. Specific diseases mimicking appendicitis in childhood. *Arch Surg* 1981; 116: 744-6.
20. Andersson RE, Hugander A, Thulin J. Diagnostic accuracy and perforation rate in appendicitis: association with age and sex of the patient and with appendectomy rate. *Eur J Surg* 1992; 158: 37-41.
21. Blind PJ, Dahlgren ST. The continuing challenge of the negative appendix. *Acta Chir Scand* 1986; 152: 623-7.
22. Montiel JAJ, García SC, García BJE, Sánchez TJ, Barrón SML. Torsión segmentaria derecha de epiplón mayor. Informe de un caso. *Cir Ciruj* 1998; 66: 74-7.
23. Ghaly AF, Chien PW. Chronic pelvic pain: clinical dilemma or clinician's nightmare. *Sex Transm Infect* 2000; 76: 419-25.

