

Apendicitis crónica, un caso de un dilema no resuelto

Chronic appendicitis, a case of an unsolved dilemma

José Francisco Camacho-Aguilera,* José Manuel Herrera-Morales†

Palabras clave:

dolor abdominal crónico, apendicitis, dolor abdominal recurrente.

Keywords:

chronical abdominal pain, appendicitis, recurrent abdominal pain.

RESUMEN

Introducción: la apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes en el mundo; sin embargo, existe también una entidad conocida como apendicitis crónica, que a lo largo del tiempo se ha estudiado con el fin de establecer criterios para su abordaje diagnóstico. **Caso clínico:** se presenta el caso de un paciente con cuadro de 18 meses de evolución, intervenido quirúrgicamente, reporte histopatológico compatible con proceso inflamatorio crónico. **Conclusiones:** el término de apendicitis crónica es hoy en día un desafío diagnóstico que los profesionales de la salud deben conocer y considerar como sospecha diagnóstica, para así evitar complicaciones.

ABSTRACT

Introduction: acute appendicitis is one of the most frequent surgical emergencies around the world. However, there is also an entity known as chronic appendicitis, a rare condition that has been studied over time in order to establish criteria for its diagnostic. **Clinical case:** we present the case of a patient with symptomatology of eighteen months of evolution, who underwent surgery; histopathological report compatible with chronic inflammatory changes. **Conclusions:** chronic appendicitis represents a diagnostic challenge that physicians must know and consider as a possible diagnosis and thus avoid complications.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas más comunes en todo el mundo, con un riesgo estimado a lo largo de la vida de 7-8% y una incidencia de 90 a 100 pacientes por cada 100,000 habitantes al año en los países desarrollados. Por su parte, la apendicitis crónica es una condición rara que se ha venido demostrando en diversos reportes de manera reciente.¹ Esta forma crónica se sospecha cuando se presenta dolor en el cuadrante inferior derecho por más de tres semanas,² y se corrobora su existencia basándose en los resultados histopatológicos que muestran inflamación crónica.^{3,4} Un tercer término relacionado es el de apendicitis recurrente, que hace referencia a la presencia de diferentes episodios de dolor abdominal similar en el cuadrante inferior derecho. Se ha dicho que la apendicitis recurrente y la apendicitis crónica

representan 10% y de 1 a 1.5% de los pacientes con apendicitis, respectivamente.^{1-3,5-7} Algunos autores han señalado que el término de apendicitis crónica es un nombre erróneo para la apendicitis aguda recurrente,⁸ aunque otros autores utilizan el término apendicitis crónica recurrente enmarcando en una sola entidad estas dos manifestaciones clínicas.⁷

En este artículo se presenta un caso compatible histológicamente con apendicitis crónica, con ataques recurrentes de dolor; además de que se realiza una revisión del tema.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 62 años, con un único antecedente de dolor abdominal recurrente en el cuadrante inferior y flanco derecho, de poca intensidad, punzante y sin factores desencadenantes; además, el paciente hacía uso ocasional de analgésicos

* Departamento de Cirugía General, Hospital General de Zona No. 3.
† Médico general. Universidad del Valle de México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Recibido: 12/11/2020
Aceptado: 17/04/2021



Citar como: Camacho-Aguilera JF, Herrera-Morales JM. Apendicitis crónica, un caso de un dilema no resuelto. Cir Gen. 2021; 43 (4): 243-247. <https://dx.doi.org/10.35366/109127>

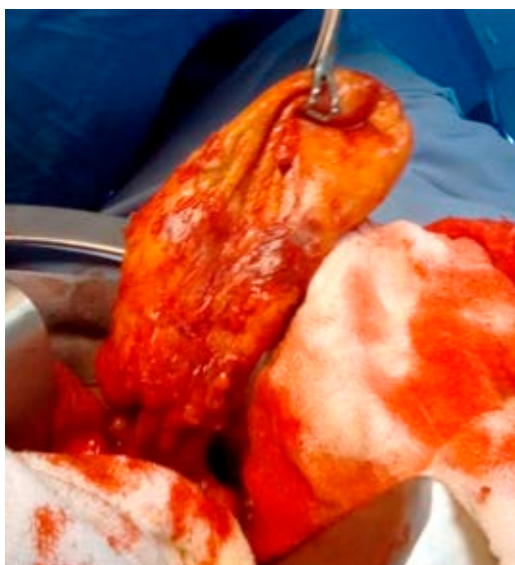


Figura 1: Extracción del apéndice a través de la incisión quirúrgica.

orales para controlar el dolor. Estos cuadros de dolor habían iniciado 18 meses previos a su padecimiento actual, presentaban una periodicidad de un ataque cada dos meses y, esporádicamente, se acompañaban sólo de náusea sin vómito.

Inicia dos días previos con presencia de dolor punzante en fosa iliaca derecha, de gran intensidad, acompañado de náusea y vómito, sin fiebre, además de sensación de distensión abdominal. El examen físico reveló presencia de induración en cuadrante inferior derecho, hipersensibilidad e irritación peritoneal. Los resultados de laboratorio no mostraron elevación en la cuenta de leucocitos ni desviación a la izquierda. Se realizó ultrasonido en el que se encontró abundante gas en asas intestinales, así como asa ciega sumamente distendida y con contenido gaseoso.

Se realizó cirugía de urgencia donde se encontró un apéndice subcecal adherido a la pared posterior de la cavidad peritoneal, sumamente distendido y con paredes engrosadas, sin líquido en su interior (*Figura 1*). Las medidas registradas para la pieza fueron de 10 × 4 × 4 cm, con una base de 2 cm. No se evidenció líquido libre intraabdominal, ni alteraciones en órganos adyacentes. Se realizó apendicectomía abierta con manejo del muñón apendicular

con técnica de Parker-Kerr, sin complicaciones y sin uso de drenaje (*Figura 2*). La evolución postquirúrgica inmediata tendió a mejorar, con adecuada tolerancia oral; finalmente, el paciente egresó en las primeras 24 horas postoperatorias.

El reporte histopatológico identifica la presencia de infiltrado inflamatorio mixto con presencia de linfocitos maduros reactivos, células plasmáticas, histiocitos espumosos y abundantes polimorfonucleares. Existe formación de microabscesos. No se identifican células neoplásicas. A los seis meses de la cirugía, no se observó ninguna complicación postquirúrgica y la remisión de los síntomas fue completa.

DISCUSIÓN

Fue en 1886 cuando Reginald Fitz describió la importancia de la apendicectomía para el tratamiento de la apendicitis aguda, en su célebre texto *Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment*. En ese mismo documento manifiesta el término de apendicitis crónica por primera vez.⁹ Fue en 1949 cuando Crymble PT y Forsythe I señalan a la apendicitis crónica como uno o más ataques leves de apendicitis en una secuencia que puede incluir ataques más graves.¹⁰ Al día de hoy, la definición de

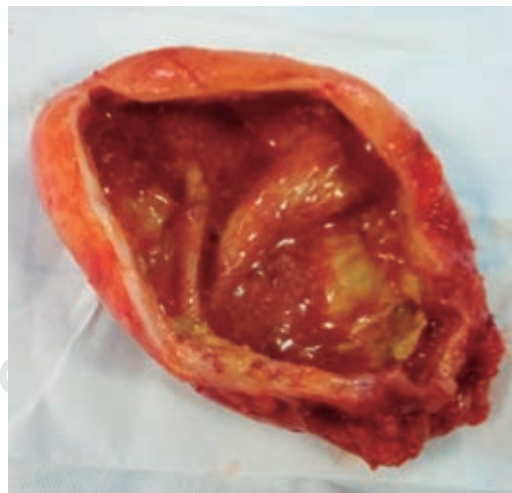


Figura 2: Incisión a lo largo del apéndice extraída, mostrando la distensión de su luz, su pared engrosada y ausencia de contenido.

apendicitis crónica no ha logrado un consenso, por lo que se pueden encontrar diferentes definiciones muy similares. Algunos autores la definen como una inflamación de larga evolución o fibrosis del apéndice, que clínicamente se presenta como un dolor abdominal prolongado (más de 48 horas) o intermitente.¹ Otros han propuesto los siguientes criterios para la apendicitis crónica: 1) persistencia de síntomas por más de dos semanas, 2) confirmación de inflamación crónica en el examen patológico, y 3) alivio de los síntomas después de la apendicectomía.^{7,8}

La existencia de apendicitis crónica parece ser controversial entre los médicos,⁵ aunque lentamente ha ganado aceptación en la comunidad médica en años recientes.² Es por ello que esta entidad es un reto diagnóstico, debido a que no se presenta con los síntomas típicos apendiculares y, frecuentemente, se diagnostica erróneamente.^{1,6} La apendicitis crónica representa de 1 a 1.5% de los pacientes con apendicitis.^{1,2,5-7} Algunas series han encontrado una incidencia de 7.9% de apendicitis crónica y de 2.8% de apendicitis recurrente, en los estudios histopatológicos de especímenes extraídos por apendicitis.¹¹ Es probable que el uso extensivo de la apendicectomía haya desplazado la aparición más frecuente de la apendicitis crónica o recurrente.^{7,8} Aparentemente no hay una predilección de sexo por la apendicitis crónica.^{7,11,12}

Se cree que la patofisiología de la apendicitis crónica inicia con la obstrucción parcial, transitoria o recurrente de la luz apendicular,^{1,5,8} o una producción desproporcionada de moco,¹³ con el acúmulo subsecuente de la secreción apendicular y dilatación progresiva del apéndice, lo que hace que la presión intraluminal aumente y, eventualmente, libere la obstrucción.^{5,8} Por ejemplo, un apendicolito pequeño puede producir esa obstrucción parcial y causar síntomas leves, una vez que el apendicolito aumenta de volumen, los síntomas se vuelven más intensos;¹² con ello hay un alivio parcial o completo de los síntomas.^{5,8} Se ha sugerido que la coprostasis, más que los coprolitos, podrían ser un mayor contribuyente a las exacerbaciones agudas de la apendicitis crónica.¹³ La inflamación local leve después de la resolución del ataque de la apendicitis

aguda podría derivar en un malestar crónico en el cuadrante inferior derecho.^{5,8} Las posibles causas de la apendicitis crónica pueden ser las infecciones (por ejemplo, actinomicosis), inflamación de órganos vecinos, linfomas, tuberculosis intestinal, neoplasia del apéndice, carcinomatosis peritoneal, enfermedades parasitarias (por ejemplo, helmintiasis, amebiasis),⁴ fibrosis quística y enfermedad de Crohn.¹⁴

Los datos clínicos de la apendicitis crónica son similares a aquellos con apendicitis aguda, pero con una duración más prolongada,^{8,15} menor intensidad y menor dolor.^{1,7,15} Usualmente persisten por un periodo mayor a los típicos, 1-2 días en la apendicitis aguda, especialmente por más de siete días de evolución, aun sin existir datos clínicos, de laboratorio o de imagen significativos de inflamación.⁴ En diversas ocasiones, las manifestaciones clínicas pueden extenderse por semanas, meses o años,⁵ con dolor episódico y recurrente.^{1,3} El caso con mayor duración registrado de dolor abdominal crónica asociado a apendicitis recurrente fue de 18 años.² El cuadro clínico puede cursar o no con fiebre, o asociarse con síntomas sistémicos.¹ Los diagnósticos de apendicitis recurrente y/o crónica deben considerarse en todo cuadro de dolor abdominal de larga evolución, aunque muchas veces se realice por exclusión.¹⁵

Los análisis de laboratorio mostrarán niveles de leucocitos que pueden ser normales o ligeramente aumentados, sin desviación de la fórmula blanca hacia la izquierda.^{1,15} En el estudio de tomografía, la apendicitis crónica mostrará muchos de los signos observados en la apendicitis aguda; estos incluyen aumento del diámetro apendicular (más de 5-7 mm), pared apendicular engrosada (con signo del halo o de diana), realce de la grasa periapendicular, linfadenopatía, efecto de masa cecal, engrosamiento cecal focal, apendicolitos calcificados, signo de la punta de flecha, flemón y líquido.^{1,3,8,14} En caso de un apéndice con diámetro mayor a 9 mm, en un paciente sin irritación peritoneal o leucocitosis, se debe sospechar la apendicitis crónica. Estos datos pueden asociarse a la presencia de un apendicolito. En el caso de los pacientes pediátricos, se puede utilizar la resonancia magnética, si hay disponibilidad de la misma. El mayor uso

de los estudios de imagen podría revelar que la apendicitis crónica es más común de lo que se piensa.¹

No existe examen de laboratorio o de imagen que pueda establecer la sospecha de apendicitis crónica,⁸ por lo que el diagnóstico frecuentemente se establece basándose en los cambios inflamatorios crónicos observados en el estudio histopatológico.¹ Los hallazgos histopatológicos de la apendicitis crónica incluyen la infiltración inflamatoria consistente en linfocitos, histiocitos y eosinófilos asociado a fibrosis de la pared apendicular.^{3,4,8,12} También hay reemplazo de la grasa submucosa por tejido fibroso y presencia de plastrón periapendicular. La perforación y la gangrena del apéndice no se asocia con la apendicitis crónica, según la serie de Sgourakis G y colaboradores.¹³ Puede haber proliferación de las células neurales.¹² También se ha encontrado el producto del gen proteína 9.5 (PGP9.5) como un factor neuronal en la patofisiología del dolor en la enfermedad.⁷ La presencia de ataques recurrentes de dolor asociados histológicamente con inflamación aguda podrían definir a una apendicitis recurrente.¹² El diagnóstico diferencial de la apendicitis crónica se establece con el cólico ureteral, diverticulitis de colon ascendente, parasitosis en ciego, condiciones ginecológicas, adherencias, hernias, ileítis regional, pancreatitis, enfermedad intestinal inflamatoria, tuberculosis, linfoma y paniculitis mesentérica.³

Aunque no se considera una emergencia quirúrgica, la mayoría de los pacientes tienen una resolución del dolor con la apendicectomía.⁶ Es por ello que, al igual que en la apendicitis aguda, el tratamiento para la apendicitis crónica es la apendicectomía.⁷ Cuando se identifica un apéndice normal, dicho órgano debe ser removido para descartar apendicitis en futuros episodios de dolor.³ Finalmente, entre las complicaciones de la apendicitis crónica, al no sospecharse y no darse una pronta solución, pueden encontrarse infecciones intraabdominales, obstrucción intestinal o perforación, perforación vesical, fístulas, pileflebitis, absceso hepático y sepsis.¹

CONCLUSIONES

El término de apendicitis crónica representa una condición que a lo largo de la historia

ha sido controversial e, incluso, cuestionada. Sin embargo, con el paso de los años se han encontrado datos clínicos y hallazgos histopatológicos documentados que apoyan dicha patología. Es importante mencionar y tomar en cuenta las distintas presentaciones, las cuales son consideradas como atípicas, con el fin de que el médico lo tenga presente al momento de establecer su sospecha diagnóstica y así evitar posibles complicaciones que deriven en un mal pronóstico.

REFERENCIAS

1. Kim D, Butterworth SA, Goldman R. Chronic appendicitis in children. *Can Fam Physician*. 2016; 62: e304-e305.
2. Demeke MM, Gebru TG. A case report on recurrent appendicitis: An often forgotten and atypical cause of recurrent abdominal pain. *Ann Med Surg*. 2018; 28: 16-19.
3. Chang SKY, Chan P. Recurrent appendicitis as a cause of recurrent right iliac fossa pain. *Singapore Med J*. 2004; 45: 6-8.
4. Kuri OJA, De Luna DR, Marín D, Espinosa AL, Martínez BP. Apendicitis crónica de 3 años de evolución secundaria a infección por actinomicosis. *Cir Esp*. 2011; 90: 131-134.
5. Kothadia JP, Katz S, Ginzburg L. Chronic appendicitis: uncommon cause of chronic abdominal pain. *Therap Adv Gastroenterol*. 2015; 8: 160-162.
6. Shah SS, Gaffney RR, Dykes TM, Golstein JP. Chronic appendicitis: An often forgotten cause of recurrent abdominal pain. *Am J Med*. 2013; 126: e7-e8.
7. Andiran F, Dayi D, Caydere M, Üstün H. Chronic recurrent appendicitis in children: An insidious and neglected cause of surgical abdomen. *Turk J Med Sci*. 2002; 32: 351-354.
8. Safei M, Moeinei L, Rasti M. Recurrent abdominal pain and chronic appendicitis. *J Res Med Sci*. 2004; 1: 11-14.
9. Fitz RH. Perforating inflammation of the vermiform appendix, with special reference to its early diagnosis and treatment. *Am J Med Sci*. 1886; 92: 321-346.
10. Crymble PT, Forsythe I. Chronic appendicitis in children. *Ulster Med J*. 1949; 18: 153-172.
11. Rehman S, Israr KA, Ayyub AH, Alam F, Vasenwala SM, Alam K, et al. Retrospective analysis of appendicectomy specimens: a tertiary care center-based study. *Saudi Surg J*. 2017; 5: 71-75.
12. Lai DH, Chuang CH, Yu JC, Hsieh CB, Wu HS, Lin CH. Chronic or recurrent appendicitis? *Rev Esp Enferm Dig*. 2007; 99: 613-621.
13. Sgourakis G, Sotiropoulos GC, Molmenti EP, Eibl C, Bonticous S, Moege J, et al. Are acute exacerbations of chronic inflammatory appendicitis triggered by coprostanis and/or coproliths? *World J Gastroenterol*. 2008; 14: 3179-3182.
14. Shaoul R, Rimar Y, Toubi A, Mogilner J, Polak R, Jaffe M. Crohn's disease and recurrent appendicitis:

A case report. *World J Gastroenterol.* 2005; 11: 6891-6893.

15. Montiel-Jarquín AJ, Gómez-Conde E, Reyes-Páramo P, Romero-Briones C, Mendoza-García AV, García-Ramírez UN. Apendicitis crónica. Caso clínico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008; 46: 431-434.

Consideraciones y responsabilidad ética: los autores declaran que siguieron los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos

de pacientes, resguardando su derecho a la privacidad mediante la confidencialidad de sus datos.

Financiamiento: no se recibió apoyo financiero para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la realización del trabajo.

Correspondencia:

José Francisco Camacho-Aguilera

E-mail: scientia_medica@hotmail.com

www.medigraphic.org.mx