

Apendicitis del muñón apendicular

María Carolina Berrogain ⁽¹⁾, Noelia González ⁽¹⁾, Silvana Rocha ⁽¹⁾, Cristian Daher ⁽²⁾, Sergio Moguillansky ⁽³⁾

Resumen

La apendicitis del muñón es una entidad rara, caracterizada por un proceso inflamatorio del remanente apendicular luego de una apendicectomía incompleta. Los signos y síntomas no difieren de una apendicitis aguda. Al no ser una patología usualmente pensada como posible diagnóstico diferencial del abdomen agudo inflamatorio, tiene mayor riesgo de complicaciones y morbi-mortalidad.

Los métodos seccionales de diagnósticos por imágenes resultan muy beneficiosos para definir el diagnóstico. La ultrasonografía (US) y tomografía computada (TC) demuestran signos similares a los observados en cuadros habituales de inflamación aguda del apéndice cecal. Se presentan dos casos de apendicitis del muñón, uno de ellos recibió tratamiento quirúrgico y el otro tratamiento médico.

Palabras clave. Apendicectomía. Apendicitis del muñón. Muñón apendicular.

Abstract

Apendicitis of the appendicular stump.

Stump appendicitis is a rare entity characterized by inflammation of the appendiceal remanent after incomplete appendectomy. Signs and symptoms do not differ from acute appendicitis.

As it is not a condition usually considered as a potential differential diagnosis of acute inflammatory abdomen, it has higher risks of complications and morbidity and mortality.

Imaging methods are highly useful to define the diagnosis. Ultrasound (US) and Computed Tomography (CT) show signs similar to those found in standard cases of acute appendicitis.

Two cases of stump appendicitis are reported: one managed with surgical treatment and the other with medical treatment.

Key words. Appendectomy. Stump Appendicitis. Appendicular stump.

INTRODUCCIÓN

La inflamación del muñón apendicular después de una apendicectomía es una entidad rara y su incidencia no es bien conocida ⁽¹⁾. Puede ocurrir meses o años después de la cirugía ⁽²⁾. Su diagnóstico no es sospechado rutinariamente y existen pocos casos reportados en la literatura médica ⁽¹⁾.

Presentamos dos casos de apendicitis del muñón apendicular, ambos con sintomatología clínica similar, diagnosticados por ultrasonografía (US) y tomografía computada (TC) con resolución quirúrgica y tratamiento médico respectivamente.

PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Caso 1

Paciente femenino de 34 años de edad que concurre a la guardia de una institución privada por cursar cuadro de dolor súbito en hipogastrio y Fosa Ilíaca Derecha (FID) de 12 horas de evolución, acompañado de diarrea. Al examen físico presentaba taquicardia, 37° C de temperatura axilar, sin cronología de

Murphy. Los signos de Mc Burney y Blumberg fueron positivos. Presentaba leucocitosis con neutrofilia (14.700 /mm³ - 84%). La paciente refería antecedente quirúrgico de apendicectomía por laparotomía, realizada nueve años antes. Se le indicó ecografía pélvica, donde se visualizó el aparato ginecológico de características habituales con imágenes foliculares en ambos ovarios. Debido a la sintomatología de la paciente, se procedió a evaluar la FID y, a pesar del antecedente quirúrgico referido, se sospechó la posibilidad de apendicitis del muñón (Fig. 1). Se estudió con TC de abdomen con contraste endovenoso y se visualizó imagen tubular en fondo de saco, con engrosamiento de las paredes, asociado a aumento de la densidad grasa regional (Fig. 2). Por dicho motivo, se decidió su exploración laparoscópica (Fig. 3), con diagnóstico de apendicitis aguda del muñón corroborado posteriormente por la anatomía patológica (apendicitis aguda flemónosa del muñón).

Caso 2

Paciente masculino de 71 años de edad que consultó a su médico de cabecera por dolor en FID, de

⁽¹⁾Médica Residente en Diagnóstico por Imágenes.

⁽²⁾Médico Especialista en Medicina por Imágenes.

⁽³⁾Prof. Médico Especialista en Medicina por Imágenes.

Clinica Moguillansky - Neuquén, Argentina.

Correspondencia: Dra. María Carolina Berrogain -

carolina_berrogain@yahoo.com.ar

Recibido: julio 2010; aceptado: junio 2011

Received: July 2010; accepted: June 2011

©SAR

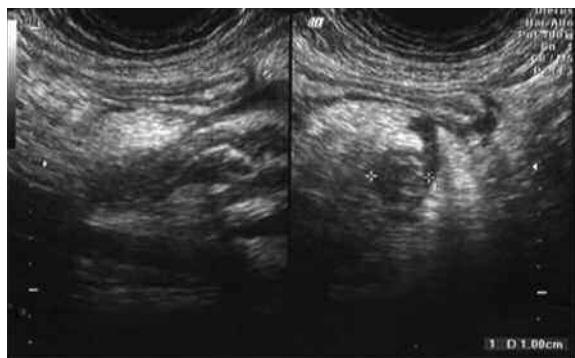


Fig. 1: Ultrasonografía: en fosa iliaca derecha, imagen tubular de 10 mm de diámetro máximo con pequeña colección líquida y aumento de la ecogenicidad de la grasa adyacente (Imagen entre cruces). Signos sugestivos de proceso inflamatorio (¿apendicitis del muñón?).



Fig. 2: TC de abdomen con contraste EV: imagen tubular en fondo de saco, dependiente del ciego, de disposición medial y caudal hacia la pelvis. La misma presenta marcado engrosamiento de las paredes y se asocia a aumento de la densidad grasa regional (flecha). Se observaron ganglios regionales de 4-6 mm.

una semana de evolución, asociado a registros febriles que descendían tras medicación antipirética.

El paciente refería cirugía apendicular 4 meses antes de la consulta.

Ante la sospecha de absceso, se le solicitó la realización de una TC de abdomen con contraste. La misma reveló, adyacente al fondo cecal, una imagen tubular con contenido líquido, de 17 mm de diámetro en sentido longitudinal por 11 mm de espesor, en íntimo contacto con el clip quirúrgico. En dicho nivel, presentaba engrosamiento de fascias látero-conales y aumento de la densidad de la grasa regional, como así también imágenes laminares y líquido libre en fondo de saco vesíco-rectal (Fig. 4). Estos hallazgos sugirieron apendicitis del remanente apendicular.

El paciente se negó a ser intervenido quirúrgicamente, por lo que se le realizó tratamiento antibiótico durante 21 días. La evolución clínica fue favorable y se revirtió el dolor y la fiebre.

Se realizó control tomográfico, poniéndose en evidencia la resolución del proceso inflamatorio (Fig. 5).

DISCUSIÓN

La apendicitis del muñón se trata de una enfermedad rara, frecuentemente insospechada, que puede ocurrir meses o años después de una apendicectomía por vía laparoscópica o cirugía abierta ⁽³⁾.

Es una patología subestimada en la literatura y su incidencia es incierta.

La etiología sigue siendo poco conocida y los factores de riesgo son difíciles de establecer debido a la escasa información que se obtiene de la cirugía inicial ⁽³⁾.

Hasta el momento, ha sido publicado un bajo número de casos y estos se han divulgado primordialmente en la literatura quirúrgica. Son aún más escasos los ejemplos en los que el diagnóstico preoperatorio fue realizado con imágenes seccionales ⁽⁴⁾.

El antecedente quirúrgico previo puede retrasar el

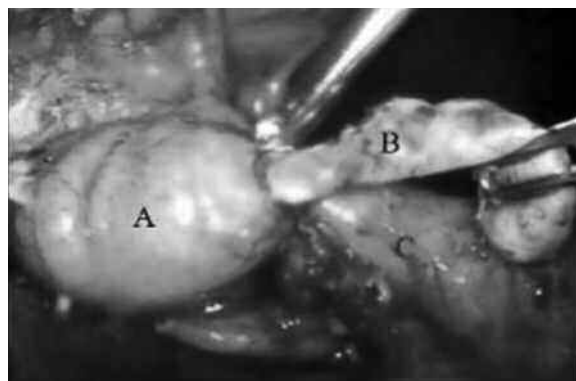


Fig. 3: Visión del campo quirúrgico desde la fosa iliaca derecha. (a) Ciego. (b) Muñón apendicular. (c) Ligamento ileocecal inferior.

diagnóstico y manejo de los pacientes, al considerar erróneamente que estos nunca más volverán a sufrir apendicitis ⁽⁵⁾.

El diagnóstico tardío se encuentra relacionado con una elevada tasa de perforación y gangrena del remanente apendicular, cuya frecuencia varía entre el 40 y 70% de acuerdo a las revisiones bibliográficas ^(3,6).

Se debe tener presente esta patología en todos aquellos pacientes intervenidos por apendicitis y dolor focalizado en el cuadrante inferior derecho ⁽⁷⁾.

El conocimiento de esta entidad permite su diagnóstico preoperatorio mediante métodos de imágenes, disminuyendo de esta manera la morbi-mortalidad y sus complicaciones posteriores ^(7,8).

La US es uno de los métodos de elección utilizado para descartar esta patología. Permite detectar aumento de tamaño del muñón apendicular, líquido libre en FID y edema del ciego ⁽⁷⁾. Presenta menor sensibilidad que la TC ⁽⁶⁾.

Los hallazgos tomográficos incluyen engrosamiento de la pared cecal en el origen apendicular, desdibujado de la grasa adyacente y absceso o flemón pericecal,



Fig. 4: En contacto con el fondo cecal se identifica imagen tubular con contenido líquido de 17 mm en sentido long. x 11 mm de espesor (flecha negra), con engrosamiento de fascias látero-conales y aumento de la densidad de la grasa. El íleon terminal se presenta con las paredes gruesas de aspecto edematosas (flecha blanca).



Fig. 5: Control tomográfico a los 35 días del proceso inflamatorio. Resolución del proceso inflamatorio del remanente apendicular.

visualizándose en algunos casos el apendicolito ^(6,7).

La técnica quirúrgica es de suma importancia. La ligadura simple del apéndice cecal sin invaginación y un muñón residual largo son considerados prerrequisitos para el desarrollo de esta enfermedad ⁽¹⁾.

Revisiones de la literatura señalan que la apendicectomía original fue abierta en el 58,3-66% y la laparoscópica en el 31-34% de los casos ^(3,6).

CONCLUSIÓN

La inflamación del muñón apendicular es una entidad escasamente reportada y, por ende, descrita de manera insuficiente en la literatura.

Debe incluirse entre los diagnósticos diferenciales de todo dolor en FID.

Un alto índice de sospecha, así como el uso de los métodos complementarios (US y TC), permiten llegar a un diagnóstico precoz y realizar el tratamiento oportuno.

De este modo, se limitan las complicaciones y la alta tasa de morbi-mortalidad asociada.

Si bien muchos autores sugieren que la incidencia ha aumentado con el uso de técnicas laparoscópicas, no hay estudios hasta el momento que hayan evaluado las complicaciones relacionadas entre cirugías abiertas y laparoscópicas.

1. Baldisserotto M, Cavazzola S, Cavazzolo L, et al. Acute Edematous Stump Appendicitis Diagnosed Preoperatively on Sonography, Case Report. *AJR* 2000; 175: 503-4.
2. Patel R, Kan H. Stump appendicitis. *Pediatr Radiol* 2009; 39: 306.
3. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump Appendicitis: A Comprehensive Review of Literature. *Am Surg* 2006; 72:162-6.
4. Lewis KS, Halpern D, Weston SR, et al. Prospective CT Diagnosis of Stump appendicitis. *AJR* 2005; 184:62-4.
5. Cases Baldó M, Campillo Soto A, Mengual Ballester M, et al. Apendicitis del muñón apendicular: dos casos clínicos y revisión de la bibliografía [Cartas al Director]. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101:506-19.
6. Leff D, Sait M, Hanief M, et al. Inflammation of the residual appendix stump: a systematic review. *Colorectal Dis* 2010 Nov 5. doi: 10.1111/j.1463-1318.2010.02487.x. [Epub ahead of print].
7. Ismail I, Iusco D, Jannaci M, et al. Prompt recognition of stump appendicitis is important to avoid serious complications: a case report. *Cases Journal* 2009; 2: 7415.
8. Carcacia ID, Vázquez JL, Iribarren M, et al. Diagnóstico preoperatorio por métodos de imagen de una apendicitis del muñón. *Radiología* 2007; 49:133-5.

Agradecimientos

Médica Especialista en Diagnóstico por Imágenes y en Imágenes Pediátricas, Alejandra De Rovere; Médico Cirujano, José Acevedo; y Bibliotecaria, Graciela Luna.

El autor y los colaboradores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.