

Cartas al Director

Apéndicitis del muñón apéndicula: dos casos clínicos y revisión de la bibliografía

Palabras clave: Apendicectomía. Apéndicitis del muñón. Muñón apéndicula. Peritonitis.

Key words: Appendectomy. Appendicitis of the stump. Appendicular stump. Peritonitis.

Sr. Director:

La apéndicitis aguda del muñón es un raro y grave cuadro cuya incidencia no es bien conocida (1-3). Los pacientes presentan, con frecuencia, análogos síntomas a los de antes de la primera cirugía. Sin embargo, el retraso diagnóstico y terapéutico es la norma y aumenta el riesgo de peritonitis y sus consecuencias (1,3-6). A continuación describimos dos casos de apéndicitis del muñón apéndicula y peritonitis. En un caso, el diagnóstico preoperatorio se sospechó y el otro pudo establecerse, mediante el uso de la tomografía computerizada (TAC).

Casos clínicos

El primer caso fue un varón de 34 años que consulta en urgencias por dolor abdominal difuso y cierre intestinal en las últimas 24 horas. Entre los antecedentes quirúrgicos destaca apéndicectomía laparoscópica hace 1,5 años. La anatomía patológica de la pieza confirmó una apéndicitis flemonosa de 6 cm de longitud. A su llegada a urgencias el paciente presenta fiebre 38,5 °C y la exploración abdominal refleja irritación y defensa abdominal en fosa iliaca derecha, con signo de rebote positivo a dicho nivel. En sangre mostraba 14.000 leucocitos/mm³, con 85% de neutrófilos. Un TAC abdómino-pélvico con doble con-

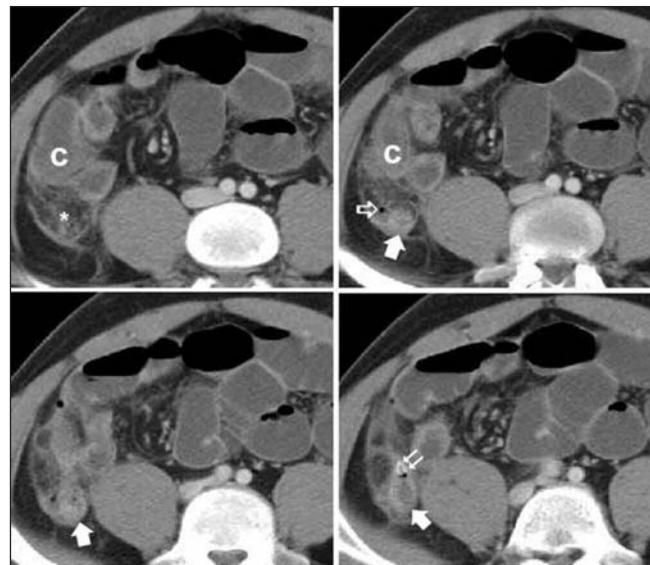


Fig. 1. TAC abdómino-pélvico: muñón apéndicula largo con líquido (flecha) y apendicolito en su interior (doble flecha). Se observan también cambios inflamatorios retrocecales (C) y pequeña colección de líquido con burbuja de aire en su interior sugestiva de perforación.

traste aprecia muñón de apéndicectomía previa, con apendicolito, y cambios inflamatorios retrocecales (Fig. 1). Ante estos hallazgos se decide laparotomía diagnóstica urgente objetivándose un muñón apéndicula largo de 4 cm inflamado y perforado, con un absceso periapéndicula y varios apendicolitos libres en la cavidad abdominal. Se realiza resección del muñón inflamado e invaginación del polo cecal con sutura continua, además de lavado de la zona. El postoperatorio fue satisfactorio.

El segundo caso se trató de un varón de 42 años que consulta en urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca derecha de 48 horas de evolución. Refiere apéndicectomía abierta hace 7 años por apéndicitis aguda. A la exploración el paciente muestra deterioro del estado general y fiebre de 38 °C. El abdomen es doloroso selectivamente en fosa iliaca derecha pero sin sig-

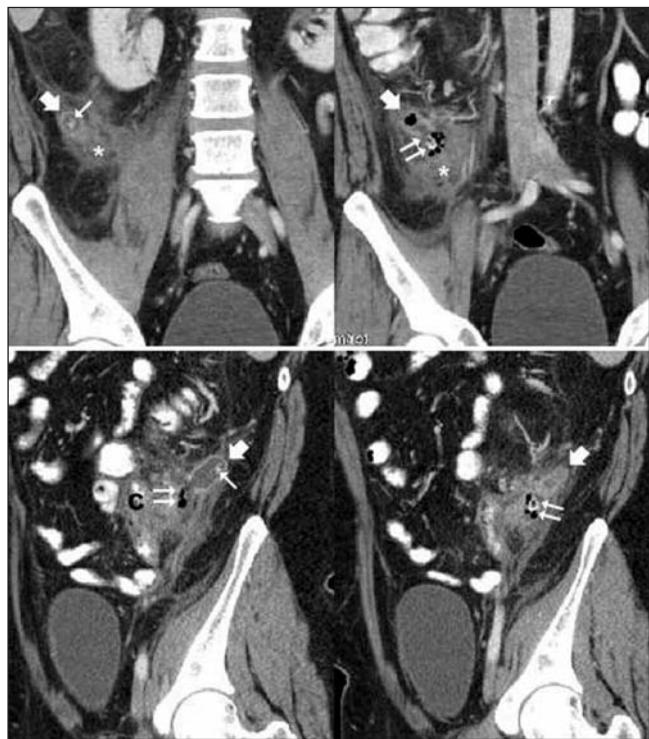


Fig. 2. TAC. Reconstrucción multiplanar: estructura tubular dilatada de 3 cm de longitud (flecha), con apendicolito en su interior (flecha lineal). Se observa también, un apendicolito en localización extraluminal y burbujas de aire libre (doble flecha). Estos hallazgos sugerían el diagnóstico de apendicitis del muñón apendicular.

nos de irritación peritoneal. Presenta intensa leucocitosis y neutrófilia (21.000 leucocitos/mm³, con 92% de neutrófilos). El TAC abdominal describe cambios inflamatorios del remanente apendicular sugestivos de apendicitis del muñón (Fig. 2). Se realiza exploración laparoscópica que muestra un muñón apendicular de 3 cm y un plastrón pericecal asociado con apendicolitos libres. Ante las limitaciones técnicas fue necesario convertir a cirugía abierta, realizándose la resección e invaginación del muñón apendicular en bolsa de tabaco y lavado de la zona. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

Discusión

La apendicitis del muñón es una rara y grave complicación tardía que se produce en pacientes apendicectomizados (1,4). La incidencia y prevalencia real no es bien conocida; no obstante, se considera que es superior a los casos publicados en la literatura médica (3). Hasta hoy, cuarenta casos han sido descriptos desde 1945 (7).

Una sección apendicular previa incompleta deja la vía abierta a una nueva apendicitis, en este caso del muñón. En la cirugía inicial, la inflamación del polo cecal, los cambios inflamatorios locales con edema, abscesos o peritonitis local o alteraciones anatómicas en la posición del apéndice, impiden identificar correctamente el origen del mismo, lo que puede explicar la sección incompleta del apéndice (1,2). En relación a la vía (abierta o laparoscópica), en los casos revisados, la apendi-

cectomía abierta representa el 66% de los casos comunicados, mientras que la cirugía laparoscópica representa el 34% (1). No obstante, existen muchos más casos operados vía abierta que laparoscópica en la intervención inicial. En uno de nuestros pacientes, la vía utilizada fue la laparoscópica en la apendicectomía inicial, mientras que en el otro caso, la primera intervención se realizó vía abierta. Probablemente el uso de la técnica laparoscópica pueda asociarse a más casos, por ser habitual dejar un muñón apendicular presente, aunque mínimo, frente a la técnica abierta y la costumbre de invadir el muñón.

La historia previa de apendicectomía puede retrasar el diagnóstico y manejo de los pacientes, al considerar erróneamente que el paciente nunca más volverá a sufrir apendicitis. Sin embargo, consideramos que es importante en estos casos valorar la posibilidad de una sección apendicular previa incompleta y nueva apendicitis (1). Es la mejor forma de evitar la demora diagnóstica y sus consecuencias: la perforación apendicular y la peritonitis, que se producen en hasta en el 70% de los pacientes. Los dos casos anteriores, se presentaron con perforación y peritonitis del muñón apendicular. Las técnicas de imagen, específicamente la tomografía computerizada, son de gran ayuda en el diagnóstico preoperatorio (4,8). Sólo cinco casos de apendicitis del muñón apendicular han sido diagnosticados mediante TAC (4,8). En uno de nuestros pacientes, las técnicas de imagen proporcionaron la sospecha diagnóstica preoperatoria, y, en el otro, la confirmaron.

En conclusión, la inflamación del muñón apendicular o apendicitis del muñón debe incluirse entre los diagnósticos diferenciales de dolor agudo en cuadrante inferior derecho del abdomen. En la mayor parte de los casos, constituyen cuadros graves. El diagnóstico de sospecha en pacientes apendicectomizados, así como el uso de las técnicas de imagen, permite un diagnóstico y tratamiento precoz, limitando la alta morbilidad que ofrece la patología.

M. J. Cases Baldó, A. Campillo Soto, M. Mengual Ballester,
E. Parlorio de Andrés¹, D. Martínez Gómez y
J. L. Aguayo Albasini

Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo, y
¹Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario Morales
Meseguer. Murcia

Bibliografía

1. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis: A comprehensive review of literature. Am Surg 2006; 72: 162-6.
2. Roche-Nagle G, Gallagher C, Kilgallen C, Caldwell M. Stump appendicitis: a rare but important entity. Surgeon 2005; 3: 53-4.
3. Yigit T, Mentes O, Eryilmaz M, Balkan M, Uzar AI, Kozak O. Stump resections resulting from incomplete operations. Am Surg. 2007; 73(1): 75-8.
4. Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. Am J Roentgenol 2005; 184: S62-64.
5. Aschkenasy MT, Rybicki FJ. Acute appendicitis of the appendiceal stump. Emerg Med 2005; 28: 41-3.
6. Waseem M, Devas G. A child with appendicitis after appendectomy. Emerg Med 2007 Oct 16; [Epub ahead of print].
7. Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. Med J Aust 1945; 32: 652-9.
8. Levine CD, Aizenstein O, Wachsberg RH. Pitfalls in the CT diagnosis of appendicitis. Br J Radiol 2004; 77: 792-9.