

Cartas al Director

Apendicitis del muñón: una rara patología

Palabras clave: Apendicitis del muñón. Apendicectomizado.

Key words: Stump appendicitis. Post-appendectomy status.

Sr. Director:

La apendicitis aguda continúa siendo unos de los cuadros abdominales quirúrgicos agudos más frecuentes, con 1,4 casos/1.000 habitantes en la población general. Dentro de las complicaciones más comunes post-apendicectomía se encuentran la infección de la pared abdominal, el absceso local, el absceso intraabdominal y las adherencias postoperatorias; una de las complicaciones a largo plazo puede ser la apendicitis del muñón (1-3). La primera publicación de esta complicación se debe a Rose en 1945 y desde entonces sólo se han publicado un pequeño número de casos de apendicitis del muñón en la literatura médica; Baldiseerotto cita 15 casos en el año 2000 (4) y Watkins 29 en el 2004 (5).

Caso 1

Varón de 24 años con dolor abdominal progresivo en fosa iliaca derecha, de 24 horas de evolución, fiebre, pérdida de apetito y náuseas sin vómitos. Como antecedentes patológicos destacaba una atresia cólica del colon descendente y vólvulo intestinal de delgado en el periodo neonatal, practicándose desvolvulación intestinal y doble abocamiento del colon a pared abdominal (colostomía y fístula mucosa). A los 1,5 años de vida se realizó la liberación de ambos cabos cólicos y anastomosis término-terminal, así como una apendicectomía profiláctica. En la sala de urgencias el paciente estaba febricular (37,4

°C). La exploración física reveló dolor abdominal, en el cuadrante inferior derecho, con signos de irritación peritoneal. La analítica remarcaba una leucocitosis de $19,100/\text{mm}^3$ con desviación a la izquierda. La tomografía computarizada abdominal mostraba signos de probable apendicitis del muñón apendicular: engrosamiento de una estructura tubular en la base del ciego, algunas burbujas de aire adyacente y un apendicolito (Fig. 1). Mediante una incisión de Mc Burney se identificó un plastrón pericecal sobre un muñón apendicular de 1 cm con signos de apendicitis gangrenosa; se realizó resección del resto apendicular, doble sutura en bolsa de tabaco y lavados. Fue tratado con antibioterapia –ertapenem– y dado de alta al cuarto día sin complicaciones.



Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal: inflamación aguda del muñón apendicular con apendicolito.

Caso 2

Varón de 33 años con dolor abdominal difuso de 48 horas de evolución, con náuseas, vómitos y sin clínica miccional. Entre sus antecedentes patológicos destacaba una apendicectomía hacía 10

meses y un traumatismo torácico. En urgencias estaba febril (38,5 °C). La exploración física reveló dolor en fosa iliaca derecha con defensa. En la analítica había una leucocitosis de 26,400/mm³ con desviación a la izquierda. La ecografía abdominal informó de una zona aplastrada en ciego, con un resto apendicular engrosado y líquido libre en el parietocólico derecho. Se decidió realizar una laparotomía exploradora mediante una incisión de Mc Burney. Se identificó un plastrón pericecal sobre un muñón apendicular de 1,5 cm con signos de apendicitis gangrenosa; se realizó resección, invaginación del muñón y lavados. Fue tratado con antibioterapia –ceftriaxona más metronidazol– y dado de alta al sexto día sin complicaciones postoperatorias.

Discusión

La apendicitis del muñón tras apendicectomía es una situación clínica muy rara, en la cual el resto apendicular presenta un cuadro de inflamación-infección progresiva (6). Su etiopatogenia no es clara, pero se apunta a que la luz del resto apendicular puede ser obstruida por un fecalito, llegando a producir una isquemia y la perforación posterior (2). Algunas causas de la apendicitis del muñón serían una insuficiente invaginación del muñón, un resto apendicular excesivamente largo y una insuficiente apendicectomía laparoscópica (1-3,7). No hay una correlación directa entre la ligadura simple de la base apendicular o la ligadura más la invaginación del muñón y la aparición posterior de una apendicitis del resto apendicular (1,2). Los restos apendiculares que posteriormente han tenido una apendicitis van en un rango de 0,5 a 5,1 cm (2,6). La presentación clínica de la apendicitis del muñón puede ser aguda, subaguda o crónica, pudiendo aparecer desde los 2 meses a los 52 años de la apendicectomía inicial (1,6). El rango de edad de los pacientes oscila entre 11 y 72 años (6). Los casos publicados antes de 1950 eran predominantemente tras cirugía abierta (6), pero con el desarrollo de la cirugía laparoscópica esta rara patología es potencialmente más frecuente (3,7).

La laparoscopia presenta las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, pero también condiciona un menor campo vi-

sual, una percepción de profundidad más dificultosa y la ausencia de la sensación táctil, lo que puede condicionar una apendicectomía incompleta (7). El antecedente de apendicectomía puede retrasar el diagnóstico de apendicitis de muñón y puede originar la progresión de la enfermedad con gangrena, perforación, plastrón, absceso y peritonitis difusa, incrementando la morbimortalidad (2,3,5).

El diagnóstico de sospecha es clínico junto con la radiología (ecografía y tomografía computarizada abdominal) y el diagnóstico exacto es quirúrgico realizándose la exéresis del muñón apendicular.

J. I. Rodríguez Hermosa, J. Roig García, J. Puig Alcántara¹ y A. Codina Cazador

Servicios de Cirugía General y ¹Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

Bibliografía

1. Mangi AA, Berger DL. Stump appendicitis. *Am Surg* 2000; 66: 739-41.
2. Durgun AV, Baca B, Ersoy Y, Kapan M. Stump appendicitis and generalized peritonitis due to incomplete appendectomy. *Tech Coloproctol* 2003; 7: 102-4.
3. Roche-Nagle G, Gallagher C, Kilgallen C, Caldwell M. Stump appendicitis: a rare but important entity. *Surgeon* 2005; 3: 53-4.
4. Baldisserotto M, Cavazzola S, Cavazzola LT, Lopes MH, Mottin CC. Acute edematous stump appendicitis diagnosed preoperatively on sonography. *AJR* 2000; 175: 503-4.
5. Watkins BP, Kothari SN, Landercasper J. Stump appendicitis: case report and review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004; 14: 167-71.
6. Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. *AJR* 2005; 184 (Supl. 3): S62-4.
7. Walsh DC, Roediger WE. Stump appendicitis – a potential problem after laparoscopic appendectomy. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7: 357-8.