Avances en Biomedicina
Publicación Oficial del Instituto de Inmunología Clínica
Mérida-Venezuela
Volumen 14(2), Julio-Diciembre, p 184-189
Copyright: © ULA 2025
Depósito Legal: PPI201102ME3935
ISSN: 2477-9369
PII: S2477-9369(25)140024-CC
https://doi.org/10.53766/AVANBIO/2025.14.2.13.

Apendicitis del muñón apendicular

(Stump appendicitis)

Maira Sarmiento-Piña[1], Eduardo Reyna-Villasmil[2] ✉

[1] Servicio de Emergencias. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo. Venezuela

[2] Servicio de Investigación y Desarrollo. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo. Venezuela

Recibido: 9 de Enero 2025
Aceptado: 9 de Noviembre 2025.
Publicacion online: 20 Noviembre 2025.

[CASO CLINICO]

PII: S2477-9369(25)14024-CC

Resumen(español)

La apendicectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes a nivel mundial, aunque es considerado generalmente sencillo. No obstante, pueden surgir complicaciones, entre ellas la apendicitis del muñón apendicular, que ocurre cuando se deja un remanente apendicular que se infla. La incidencia es baja, aproximadamente 1 en 50,000 casos, y su diagnóstico suele ser complicado debido a la rareza de la condición, lo que puede resultar en retrasos en el tratamiento y aumentos en la morbilidad. Se presenta un caso de apendicitis del muñón apendicular en una paciente femenina de 66 años que acudió a emergencias con dolor abdominal agudo en la fosa ilíaca derecha, acompañado de fiebre y antecedentes de apendicectomía abierta siete años atrás. A pesar del tratamiento conservador con antibióticos, la paciente no mostró mejoría, lo que llevó a realizar una tomografía computarizada que evidenció un muñón apendicular inflamado y perforado. Esto resultó en la decisión de realizar una laparotomía exploratoria y la extirpación del muñón. La apendicitis del muñón apendicular, aunque rara, es una complicación seria que requiere un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

Palabras clave(español)

Apendicitis del muñón apendicular; Apendicectomía; Complicación.

Abstract(english)

Appendectomy is one of the most common surgical procedures worldwide, generally considered straightforward. However, complications can arise, including stump appendicitis, which occurs when a remnant of the appendix becomes inflamed. The incidence is low, approximately 1 in 50,000 cases, and its diagnosis is often complicated due to the rarity of the condition, leading to delays in treatment and increased morbidity. We present a case of stump appendicitis of a 66-year-old female patient who presented to the emergency department with acute abdominal pain in the right iliac fossa, accompanied by fever and a history of open appendectomy seven years prior. Despite conservative treatment with antibiotics, the patient showed no improvement, leading to a CT scan that revealed an inflamed and perforated appendiceal stump. This resulted in the decision to perform an exploratory laparotomy and resection of the stump. Stump appendicitis, although rare, is a serious complication that requires timely diagnosis and appropriate treatment.

Keywords(english)

✉ **Autor de correspondencia:** Dr. Eduardo Reyna-Villasmil. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Final Av. El Milagro. Maracaibo, VENEZUELA. Teléfono: +58162605233. E-mail: sippenbauch@gmail.com.

Stump Appendicitis; Appendectomy; Complication.

Introducción

La apendicectomía, ya sea abierta o laparoscópica, es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en todo el mundo. Aunque generalmente es un procedimiento simple, pueden surgir complicaciones a corto plazo, como dolor, sangrado e infección del sitio quirúrgico, así como complicaciones tardías, que incluyen adherencias, hernias y obstrucción intestinal (1).

La apendicitis del muñón apendicular es una complicación rara que ocurre cuando el apéndice vermiforme no se extirpa completamente, dejando un remanente que puede inflamarse. Esta condición, con una incidencia de aproximadamente 1 en 50,000 casos, puede presentarse desde unos pocos días hasta varios años después de la apendicectomía inicial (2). Su diagnóstico es difícil debido a su rareza y a la baja sospecha clínica, lo que puede llevar a retrasos en el tratamiento y aumentar la morbilidad (3). La tomografía computarizada es la herramienta diagnóstica más utilizada, y completar la apendicectomía es el tratamiento de elección (4). Se presenta un caso de apendicitis del muñón apendicular.

Caso clínico

Se trata de una paciente femenina de 66 años que acudió a emergencias por presentar dolor abdominal de moderada intensidad, que inicialmente era difuso y luego se volvió agudo y localizado en la fosa ilíaca derecha desde hacía 48 horas. Este dolor se acompañaba de un aumento de la temperatura, sin escalofríos ni temblores, y se aliviaba con ibuprofeno. Además, refería 3 a 4 episodios de evacuaciones líquidas no fétidas, sin sangre ni moco. La paciente tenía antecedentes de hipertensión arterial crónica tratada con enalapril, y negaba antecedentes de hábito tabáquico, consumo de alcohol o uso de drogas ilícitas. También refería haber sido sometida a una apendicectomía abierta hace siete años.

Al examen físico de ingreso, la paciente presentaba regulares condiciones generales, facies dolorosa, febril (temperatura de 38.2 °C), taquicárdica (110 latidos por minuto) e hipotensa (100/60 mm de Hg). El resto de sus signos vitales eran normales. En la inspección del abdomen se reveló una distensión abdominal leve, sensibilidad generalizada y una cicatriz visible en el punto de McBurney en la fosa ilíaca derecha. Esta zona era sensible, presentaba defensa muscular y rigidez, con signo de Rovsing positivo y sensibilidad de rebote a la palpación. Los signos del psoas y del obturador fueron negativos. La auscultación mostró ruidos intestinales normales, sin soplos ni otros sonidos anormales. La percusión del abdomen evidenció timpanismo generalizado, sin matidez desplazable. No se apreciaron masas ni organomegalias. El examen rectal fue normal, sin masas ni dolor a la palpación. El examen de los sistemas cardiovascular, respiratorio y neurológico no reveló hallazgos anormales.

Los resultados de laboratorio iniciales mostraron un recuento total de leucocitos elevado (15.7 × 10^9/L, rango normal 4.8 – 11.3 × 10^9/L) con un aumento en el porcentaje de neutrófilos (88.4%, rango normal 4.9 – 76.2%). El resto de las pruebas de laboratorio resultó normal. La radiografía abdominal simple mostró asas intestinales dilatadas localizadas centralmente y múltiples niveles de aire-líquido también localizados centralmente.

La paciente fue ingresada para manejo conservador con antibióticos de amplio espectro, hidratación endovenosa y antieméticos, manteniéndola en ayunas. A pesar de este manejo, no presentó mejoría de la sintomatología. En vista de lo anterior, se decidió realizar una tomografía computarizada abdominal, la cual mostró hallazgos sugestivos de apendicitis. La imagen reveló un muñón apendicular pequeño y dilatado, con paredes engrosadas, estrías de gas asociadas y aire libre intraluminal (figura 1). Basado en estos hallazgos, se diagnosticó apendicitis del muñón apendicular. Estos hallazgos llevaron a la decisión de realizar una laparotomía exploratoria.

Durante la cirugía, se accedió al abdomen a través de una incisión media inferior. Se encontraron asas intestinales dilatadas y secreción purulenta en el cuadrante inferior derecho del

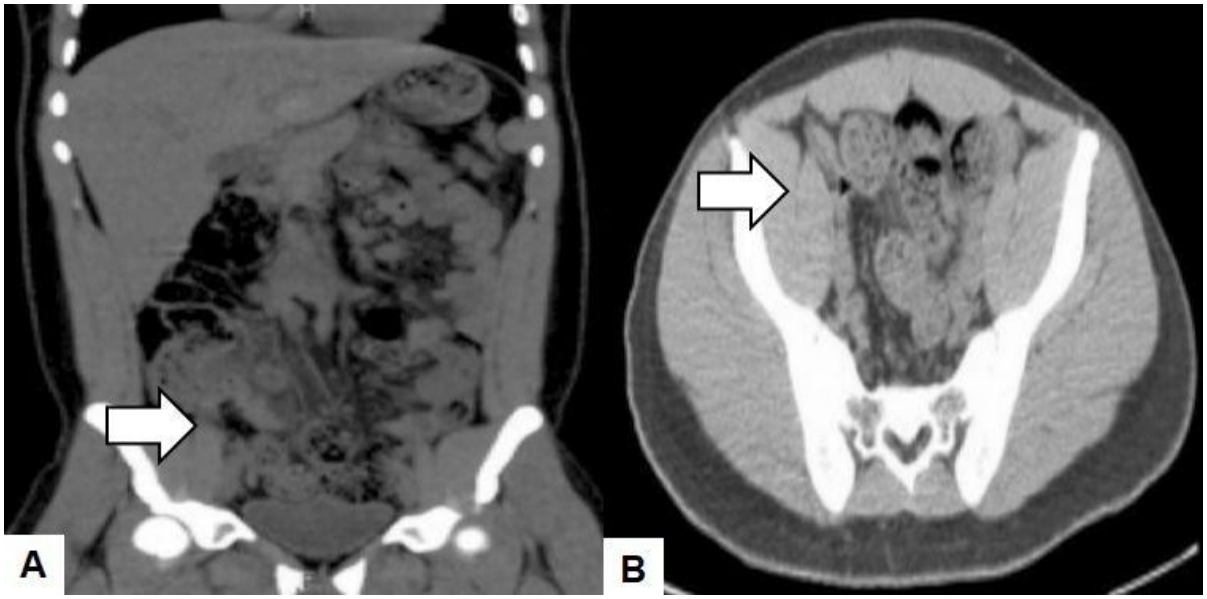


Figura 1. Imagen de tomografía axial computarizada A) coronal y B) axial. La fleca señala la apendicitis del muñón dilatada con paredes engrosadas y cambios inflamatorios.

abdomen. Se llevó a cabo una exploración meticulosa de la cavidad abdominal, movilizando tanto el ciego como el colon ascendente para visualizar mejor el área. Se identificó el muñón apendicular, localizado en la base del ciego, con aproximadamente 5 centímetros de longitud, el cual estaba inflamado y perforado, con paredes engrosadas y áreas de necrosis. Se procedió a ligar y extirpar el muñón apendicular desde su base utilizando suturas absorbibles. A continuación, se realizó un lavado peritoneal exhaustivo con solución salina para eliminar los restos de pus y material inflamatorio. Se colocaron drenajes para evitar la acumulación residual de líquido. La incisión abdominal fue cerrada en capas, utilizando suturas absorbibles para la fascia y suturas no absorbibles para la piel. Se aplicó un apósito estéril sobre la herida quirúrgica.

La evaluación anatomopatológica mostró que el muñón del apéndice vermiforme estaba engrosado, con un tamaño de 5 x 1 centímetro. Las secciones mostraron congestión con infiltrados inflamatorios mixtos transmurales, con infiltración de neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas en todas las capas de la pared apendicular. La mucosa estaba ulcerada en varias zonas, con pérdida de la arquitectura normal. La submucosa y la muscular propia mostraban edema y congestión vascular significativa. La serosa presentaba depósitos de fibrina y exudado purulento. No se encontraron parásitos ni neoplasias. Estas características eran consistentes con apendicitis del muñón apendicular.

El postoperatorio transcurrió sin incidentes. La paciente fue dada de alta seis días después de la admisión, con antibióticos de amplio espectro y analgésicos orales hasta completar un total de 10 días. Durante la visita de seguimiento a las dos semanas, la paciente informó que se sentía mejor, sin dolor ni signos de infección en el sitio de la incisión. En una evaluación de seguimiento a los tres meses, la paciente había recuperado su funcionalidad previa a la cirugía.

Discusión

El apéndice surge de la pared posteromedial del ciego, aproximadamente a 3 centímetros por debajo de la válvula ileocecal. Su posición variable y longitud subserosa, combinadas con la inflamación aguda, pueden resultar en la identificación errónea de la unión apendico-cecal. Disecar la rama recurrente de la arteria apendicular y seguir la tenia coli en el ciego ayuda a identificar la verdadera base apendicular (1).

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más común encontrada en la práctica clínica. Este es un diagnóstico clínico, y el paciente generalmente se presenta con dolor periumbilical que irradia al abdomen inferior derecho. Sin embargo, siempre surgen dudas cuando un paciente con antecedentes de apendicectomía se presenta con dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho (5).

La apendicitis del muñón apendicular es la reactivación del tejido apendicular residual después de la apendicectomía. Es una complicación rara y tardía que es desconocida por la mayoría de los clínicos (6). El diagnóstico precoz es necesario y debe considerarse al evaluar a cualquier paciente con dolor abdominal recurrente en el cuadrante inferior derecho y antecedentes de apendicectomía. Su frecuencia está subestimada y subreportada. La edad de aparición varía entre 11 y 72 años, y el tiempo de aparición puede variar desde 2 semanas hasta décadas después de la apendicectomía. La relación hombre-mujer es de 1.1 a 1 (5).

Los factores de riesgo se dividen en anatómicos y relacionados con la cirugía. La identificación inapropiada de la base apendicular o de la unión apendico-cecal es un denominador común para ambos. El apéndice retrocecal o subseroso, un apéndice duplicado o un divertículo en la base del apéndice son algunos de los factores anatómicos contribuyentes. Los factores relacionados con la cirugía incluyen la identificación inadecuada de la base apendicular debido a una inflamación local severa, dejar un muñón largo (mayor de 5 milímetros, ya que podría permitir la impactación de un fecalito) por temor a una lesión cecal, o una disección difícil y ulceraciones locales debido a la presencia de un fecalito (7). Ambas técnicas quirúrgicas para tratar el muñón, es decir, la inversión del muñón o la simple ligadura del muñón, no previenen la posibilidad de apendicitis del muñón apendicular (8,9).

Algunas teorías han intentado vincular la apendicectomía laparoscópica en evolución con la apendicitis del muñón apendicular, ya que su visión restringida, la falta de tridimensionalidad, las limitaciones en la palpación y la preparación cuidadosa de la base del ciego con los instrumentos de diatermia podrían posiblemente jugar un papel en la identificación errónea de la base, aumentando así las posibilidades de desarrollo de apendicitis del muñón apendicular. Sin embargo, muchas otras series posteriores sostienen que la apendicectomía abierta también tiene una incidencia similar a la del abordaje laparoscópico (10).

El diagnóstico de apendicitis del muñón apendicular es un desafío debido a su rareza y a la similitud de sus síntomas con los de la apendicitis aguda. Algunos diagnósticos diferenciales también imitan clínicamente la apendicitis del muñón apendicular, incluyendo la enfermedad de Crohn, el tracto de drenaje quirúrgico residual y la apendicitis epiploica (2). Es necesario considerar que la obstrucción intestinal puede aparecer en un 1% a 5% de los casos. La inflamación y la infección del muñón apendicular pueden irritar el intestino adyacente, lo que lleva a la aparición de íleo paralítico. Por otra parte, la alta tasa de perforación asociada subraya la necesidad de un diagnóstico y tratamientos oportunos (11).

El diagnóstico preoperatorio correcto de la apendicitis del muñón apendicular puede realizarse mediante ecografía y tomografía computarizada. La radiografía simple de abdomen puede ser útil para identificar la perforación del muñón, con presencia de líquido y/o aire libre en la cavidad abdominal. La ecografía puede revelar un muñón apendicular engrosado, líquido en la fosa ilíaca derecha y edema del ciego (1). Los hallazgos de la tomografía computarizada pueden ser similares a los de la apendicitis aguda, mostrando una estructura tubular con realce de contraste que surge del ciego, con estriación de grasa adyacente, así como engrosamiento de la pared cecal con material de contraste oral en la ubicación del origen apendicular, conocido como el "signo de la punta de flecha". La tomografía computarizada excluye otras etiologías del abdomen agudo y es capaz de identificar cambios inflamatorios pericecales, formación de abscesos, líquido en el canal paracólico derecho, engrosamiento de la pared cecal, masa ileocecal y, en algunos casos, el muñón apendicular (12). La colonoscopia y el enema de bario son otras

modalidades de diagnóstico descritas en la literatura, aunque son menos útiles (13).

El tratamiento de elección para la apendicitis del muñón apendicular es la apendicectomía de finalización, con o sin inversión del muñón, realizada ya sea como cirugía abierta (72% de los casos) o mediante abordaje laparoscópico, dependiendo de la condición clínica del paciente y de la experiencia y recursos hospitalarios (6,14). Diferentes estudios reportan que la laparoscopia es superior a la cirugía abierta porque proporciona un mejor ángulo de visión, lo que conduce a un diagnóstico diferencial más preciso; sin embargo, no existe un enfoque quirúrgico estandarizado para el tratamiento de la apendicitis del muñón apendicular. Además, en casos de inflamación significativa alrededor de la región ileocecal con presencia de abscesos, podría ser necesario realizar una ileocectomía o incluso hemicolectomía derecha (15).

También se han descrito tratamientos no quirúrgicos para la apendicitis del muñón apendicular, que incluyen la extirpación colonoscópica del apendicolito y el tratamiento médico con antibióticos, analgésicos y dieta líquida (16). Estos pacientes pueden someterse a una apendicectomía del muñón a intervalos de 6 semanas, tras la resolución de la inflamación. Algunos investigadores han propuesto que esto disminuye la morbilidad potencial de las infecciones de la herida y del sitio quirúrgico, y elimina recurrencias futuras (10).

En conclusión, la apendicitis del muñón apendicular es una complicación rara pero significativa de la apendicectomía. La identificación temprana y la prevención mediante técnicas quirúrgicas adecuadas son esenciales para reducir el riesgo de esta condición. La educación continua y la conciencia entre los clínicos sobre esta complicación pueden mejorar los resultados para los pacientes.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto.

Referencias

1. Alemayehu A, Woyesa E, Fekadu D. Stump appendicitis: challenging diagnosis with serious complication: a case report. J Surg Case Rep. 2023; 2023: rjad043. [PubMed]
2. Mohammed NA, Dukandar M. Stumped by appendicitis: A rare cause of acute abdominal pain. Cureus. 2023; 15: e50557. [PubMed] [Google scholar]
3. Nashidengo PR, Quayson FW, Abebrese JT, Tjipetekera R, Seibes SS. Twice perforated stump appendicitis: a case report. Pan Afr Med J. 2022; 43: 43. [PubMed] [Google scholar]
4. Mejri A, Arfaoui K, Aloui B. Stump appendicitis: a myth that can become reality. Pan Afr Med J. 2020; 36: 274. [PubMed] [Google scholar]
5. Almas T, Nagarajan VR, Ahmed D, Ullah M, Ashary MA, Oruk M, Khan A, Amin K, Malik U, Ramjohn J, Huang H, Rifai A, Alzahrani A, Alqallaf N, Alsairefi S, Hur YS, Bhullar A, Abdulkarim K, Alwheibi E, Kadom M, Alshabibi A, Shafi A, Murad F, Mansoor E. Recurrent appendicitis of vermiform appendix after a prior appendectomy: A case report and review of the literature. Ann Med Surg (Lond). 2022; 77: 103603. [PubMed] [Google scholar]
6. Yuen AT, Suessman A. Stumped by a case of appendicitis after appendectomy. Ochsner J. 2024; 24: 147-50. [PubMed] [Google scholar]
7. Soh CL, Shetty S, Abdalla S, Soggiu F. 'Stumped' by stump appendicitis-a case report and literature review. J Surg Case Rep. 2024; 2024: rjae573. [PubMed] [Google scholar]
8. Parthsarathi R, Jankar SV, Chittawadgi B, Sabnis SC, Kumar SS, Rajapandian S, Senthilnathan P, Raj PP, Palanivelu C. Laparoscopic management of symptomatic residual appendicular tip: A rare case report. J Minim Access Surg. 2017; 13: 154-6. [PubMed] [Google scholar]
9. Hendahewa R, Shekhar A, Ratnayake S. The dilemma of stump appendicitis - A case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2015; 14: 101-3. [PubMed] [Google scholar]
10. Basukala S, Pathak BD, Pahari S, Gurung S, Basukala B, Rayamajhi BB, Thapa N. An unusual case of perforated stump appendicitis: A case report. Ann Med Surg (Lond). 2022; 76: 103447. [PubMed] [Google scholar]
11. Ahmed F, Asad S, Salim S, Soomar SM. Appendicitis after appendectomy: A rare presentation of acute appendicitis as stump appendicitis. Case Rep Gastroenterol. 2022; 16: 441-5. [PubMed] [Google scholar]
12. Casas MA, Dreifuss NH, Schlottmann F. High-volume center analysis and systematic review of stump appendicitis: solving the pending issue. Eur J Trauma Emerg Surg. 2022; 48: 1663-72. [PubMed] [Google scholar]
13. Enzerra MD, Ranieri DM, Pickhardt PJ. Stump appendicitis: Clinical and CT findings. AJR Am J Roentgenol. 2020; 215: 1363-9. [PubMed] [Google scholar]
14. Choi H, Choi YJ, Lee TG, Kim DH, Choi JW, Ryu DH. Laparoscopic management for stump appendicitis: A case series with literature review. Medicine (Baltimore).

2019; 98: e18072. [PubMed] [Google scholar]

15. Bastakoti A, Khatiwada A, Luitel P, Panthi B, Kc S, Kc S. Classic yet challenging case of stump appendicitis: a case report. Ann Med Surg (Lond). 2024; 86: 7427-30. [PubMed] [Google scholar]
16. Qunibi H, Thalji M, Ahmad MS, Fakhouri S. A rare case of tip appendicitis treated successfully with conservative management. J Surg Case Rep. 2024; 2024: rjae685. [PubMed]

Como citar este artículo: Sarmiento-Piña M, Reyna-Villasmil E. Apendicitis del muñón apendicular. ***Avan Biomed. 2025; 14: 184-9***

Avances en Biomedicina se distribuye bajo la Licencia CreativeCommons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4. 0 Venezuela, por lo que el envío y la publicación de artículos a la revista son completamente gratuitos.

https://q.me-qr.com/cc7IeHtj