

Apendicitis del muñón: presentación de un caso clínico (Appendicitis of stump: presentation of a clinical case report)

Gabriela Valero¹, Freyli Bustamante¹, Ekaterina Bustamante²✉

¹ Servicio de Radiología, Hospital Miguel Pérez Carreño, Caracas, Venezuela. ² Departamento de Ciencias Morfofisiológicas. Universidad de Carabobo Sede Aragua, Venezuela

Recibido: 16 de Marzo de 2016.

Aceptado: 19 de Junio de 2016.

Publicación online: 26 de Junio de 2016.

[CASO CLÍNICO]

Resumen (español)

La apendicitis aguda continúa siendo uno de los cuadros abdominales quirúrgicos agudos más frecuentes, con 1,4 casos/1.000 habitantes en la población general. Dentro de las complicaciones menos frecuentes post-apendicectomía, se encuentra la apendicitis del muñón. La apendicitis del muñón es una situación clínica muy rara, en la cual el resto apendicular presenta un cuadro de inflamación-infección progresiva. A continuación se presenta un caso clínico diagnosticado con apendicitis del muñón. El diagnóstico de sospecha para esta entidad clínica, fue en base a los hallazgos radiológicos y ecográficos (tomografía computarizada abdominal y ultrasonido), y el diagnóstico definitivo fue quirúrgico. Se recomienda tener en consideración esta entidad dentro de las posibilidades diagnóstica en cuadros de dolor en fosa iliaca derecha con antecedentes de apendicectomía y así disminuir las complicaciones mortales de la apendicitis del muñón.

Palabras clave (español)

Apendicitis del muñón, apendicectomía, dolor abdominal

Abstract (english)

Acute appendicitis still being one of the most common clinical presentation of abdominal pain, with 1.4/1,000 habitants in the general population. The complication less frequently in post-appendectomy is appendicitis of stump. The appendicular stump is a rare clinical situation, in which the appendicular remnant presents progressive inflammation and infection. Continuation will present one clinical case of appendicitis of stump. The suspected diagnosis for this clinical entity was based on radiographic and ultrasonographic findings (abdominal computed tomography and ultrasound), and the final diagnosis was surgical. It is recommended to consider this entity within the diagnostic possibilities in cases of right iliac fossa pain with a history of appendectomy and thus reduce fatal complications of appendicitis stump.

Keywords (english)

Appendicitis of stump, appendectomy, abdominal pain

Introducción

La apendicitis aguda continúa siendo uno de los cuadros abdominales quirúrgicos agudos más frecuentes, con 1,4 casos/1.000 habitantes en la población general. La apendicectomía es una de las

emergencias quirúrgicas más comúnmente realizados. Claudio Amyand en 1735, realizó la primera apendicectomía y Reginald Fitz en 1886, describe las características clínicas y patológicas de apendicitis. (1,2).

Dentro de las complicaciones más comunes post-apendicectomía: La infección de la pared abdominal, absceso local, absceso intraabdominal, adherencias postoperatorias; y como complicación a largo plazo tenemos la apendicitis del muñón (3). En 1945, Rose fue el primero en describir apendicitis del muñón en dos pacientes que habían sido sometidos a apendicectomía por apendicitis aguda en el pasado. 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).

La apendicitis del muñón es una de las complicaciones tardías raras, después de la apendicectomía con la incidencia de 1 en 50.000 casos (5,6). El reconocimiento precoz es importante para dar lugar a un tratamiento precoz, evitando así las complicaciones graves como la infección de la herida, absceso intraabdominal, y perforación intestinal con peritonitis, hemorragia, y adherencias con obstrucciones intestinales subagudas (7,8).

Caso clínico

Paciente femenino de 60 años acudió a facultativo por presentar dolor abdominal e hiporexia de 3 días de evolución. Por lo cual se procede a ingresarla en el centro de salud por dolor abdominal de etiología a precisar. En relación a los antecedentes quirúrgicos señaló, apendicectomía laparoscópica, hemorroidectomía y tres (03) cesáreas, en cuanto a los antecedentes personales refiere hipertensión arterial en tratamiento y no reporta otros antecedentes de importancia. Al realizarle el examen físico se encontró: estable, presión arterial (PA) 136/80 mmHg, frecuencia cardiaca (Fc) 100 lpm, frecuencia respiratoria (Fr) 16rpm, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha (FID) e hipogastrio, Blumberg positivo. El laboratorio arrojó los siguientes resultados: Glóbulos Blancos 11.000; neutrofilos 91%, linfocitos 3%, VSG 31 mm/h, Na 132 meq/L, K 3,7 med/L, Glucosa 125 mg/dl, lo que demuestra la existencia de un proceso inflamatorio.

Se realizaron estudios, radiológicos (tomografía computarizada) y ecográfico, los cuales revelaron importante proceso inflamatorio a nivel del ciego con engrosamiento en la pared, así como áreas que sugerían la posibilidad de pequeñas colecciones inflamatorias en la zona y que se asoció con cambios en la grasa mesentérica adyacente. Adicionalmente, se observó discreto engrosamiento en la pared del íleon terminal. No hubo modificaciones a nivel del hígado, vesícula páncreas o bazo. Los riñones se observaron de

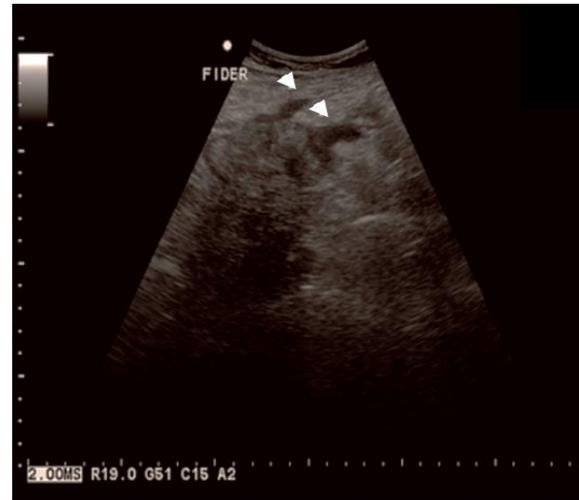


Figura 1. Ultrasonografía de abdomen, se observa a nivel de fosa iliaca derecha imagen heterogénea predominantemente hipocóica y presencia de líquido libre (flechas), hallazgos que sugieren colección.

aparición normal. No hubo modificaciones en la excavación pélvica. Estos hallazgos revelaron un proceso inflamatorio agudo e importante a nivel del ciego (ver figuras 1 y 2). En vista de los hallazgos de laboratorio, radiológicos y ecográficos encontrados se indicó antibioticoterapia endovenosa así como cirugía exploratoria de la cavidad abdominal, encontrando proceso inflamatorio del muñón apendicular. En su postoperatorio no presentó ninguna complicación, teniendo una evolución clínica satisfactoria.

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 (8); con severo proceso inflamatorio a nivel del ciego con compromiso de la pared, así como también de la grasa y pequeñas colecciones adyacentes.

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 (2,9). 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 (1,8). El rango de edad de los pacientes oscila entre 11 y 72 años (9). Los casos

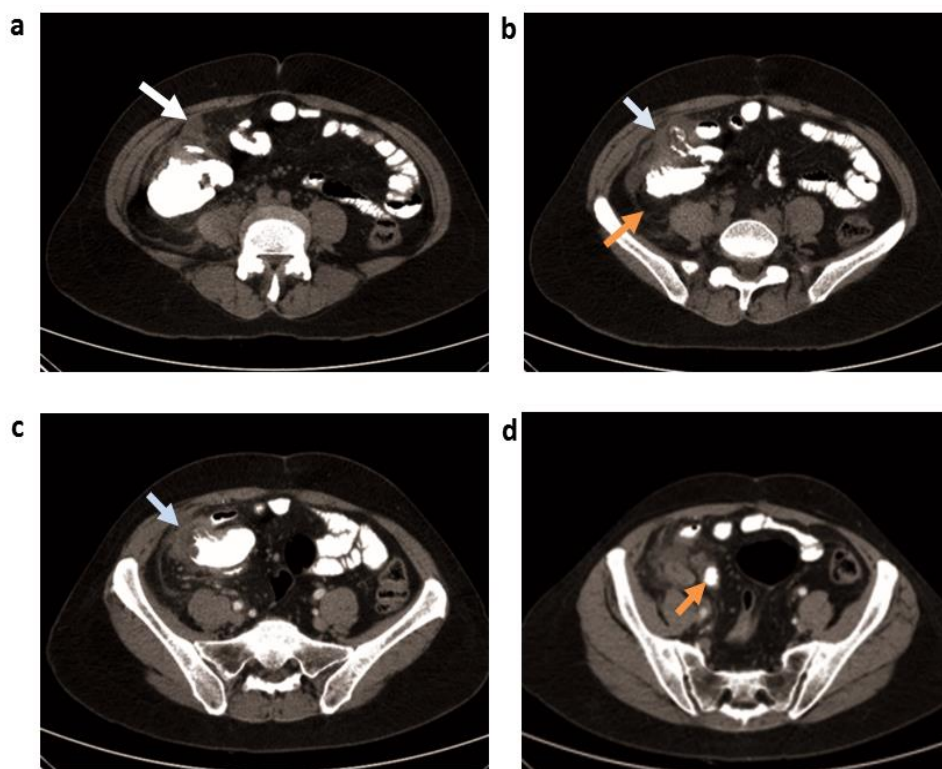


Figura 2. Tomografía computarizada (TC) con contraste oral, corte axial (2a y 2b), se observa (2a) pequeña colección adyacente a la pared del ciego (flecha blanca), engrosamiento de la pared a nivel del ciego (flecha azul), además se aprecian (2b) cambios en la densidad de la grasa mesentérica adyacente (flecha naranja). Figuras 2c y 2d muestran TC corte axial con contraste oral y endovenoso, 2c demuestra importante proceso inflamatorio del ciego engrosamiento de la pared del ciego (flecha azul) y 2d, engrosamiento de la pared del íleo terminal (flecha negra).

publicados antes de 1950 eran predominantemente tras cirugía abierta (9), pero con el desarrollo de la cirugía laparoscópica esta rara patología es potencialmente más frecuente (4,10-12).

Algunas causas de la apendicitis del muñón serían una insuficiente invaginación del muñón, un resto apendicular excesivamente largo y una insuficiente apendicectomía laparoscópica.

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.

El diagnóstico de sospecha en el caso clínico presentado, se realizó en base a los hallazgos radiológicos y ecográficos (tomografía computarizada abdominal y ultrasonido), sin embargo, el diagnóstico definitivo se confirmó por vía quirúrgica, procediéndose a la exéresis del muñón apendicular. La anatomía patológica arrojó, apendicitis aguda flegmonosa, perforada, peritonitis aguda periapendicular, y apéndice epiploica con inflamación crónica y aguda.

Esta entidad solo ha sido reportada en muy pocos casos, su diagnóstico puede representar un dilema, debido a que clínicamente los pacientes presentan signos y síntomas que imitan la apendicitis aguda, aunque tengan un antecedente de apendicectomía, como se observó en nuestro caso. Por lo que, si el médico tratante no está familiarizado con esta entidad clínica, hace que no sea considerada en el manejo del paciente que presenta dolor abdominal en fosa iliaca derecha, con antecedente de apendicetomía. Lo que puede llevar a que el diagnóstico de apendicitis del muñón, sea tardío y como consecuencia se pueda originar la progresión de la enfermedad con gangrena, perforación, plastrón, absceso y peritonitis difusa, incrementando la morbimortalidad (13,14). Por lo que se recomienda tener en consideración esta entidad dentro de las posibilidades diagnóstica en cuadros de dolor en fosa iliaca derecha, con antecedentes de apendicetomía y así disminuir las complicaciones mortales de la apendicitis del muñón.

Referencias

1. Mangi AA, Berger DL. Stump appendicitis. *Am Surg.* 2000; 66: 739-41. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
2. Durgun AV, Baca B, Ersoy Y, Kapan M. Stump appendicitis and generalized peritonitis due to incomplete appendectomy. *Tech Coloproctol.* 2003; 7: 102-4. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
3. Cama JK. Recurrent abdominal pain post appendectomy: a rare case. *Pac Health Dialog.* 2010; 16:78-81. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
4. Baldisserotto M, Cavazzola S, Cavazzola LT, Lopes MH, Mottin CC. Acute edematous stump appendicitis diagnosed preoperatively on sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 2000; 175: 503-4. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
5. Watkins BP, Kothari SN, Landercasper J. Stump appendicitis: case report and review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2004; 14: 167-71. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
6. Truty MJ, Stulak JM, Utter PA, Solberg JJ, Degnim AC. Appendicitis after appendectomy. *Arch Surg.* 2008; 143: 413-5. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
7. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis: A comprehensive review of literature. *Am Surg.* 2006; 72: 162-6. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
8. Subramanian A, Liang MK. A 60-year literature review of stump appendicitis: The need for a critical view. *Am J Surg.* 2012; 203: 503-7. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
9. Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. *AJR Am J Roentgenol.* 2005; 184(3 Suppl): S62-4. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
10. Walsh DC, Roediger WE. Stump appendicitis—a potential problem after laparoscopic appendectomy. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7: 357-8. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
11. Geraci G, Di Carlo G, Cudia B, Modica G. Stump appendicitis. A case report. *Int J Surg Case Rep* 2016; 20: 21-3. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
12. Wei B, Qi CL, Chen TF. Laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis: a metaanalysis. *Surg Endosc* 2011; 25: 1199-208. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
13. Rodríguez J, Roig J, Puig J, Codina A. Apendicitis del muñón: una rara patología. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007; 99: 244-5. [\[Google Scholar\]](#)
14. 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. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)

Como citar este artículo: Valero G, Bustamante F, Bustamante E. Apendicitis del muñón: presentación de un caso clínico. *Avan Biomed* 2016; 5: 95-8.